



Revista da Ordem dos Médicos

198 Maio 2019
Mensal 2€

As iniciativas do Dia do Médico de Família

- pág. 35



Debate:

O estado do SNS e o SNS do Estado

- pág. 22



Reunião Geral dos Colégios

Auditoria vai permitir melhorar um processo que já é de excelência
- pág. 20

NOVO BMW SÉRIE 3.

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



Pelo prazer
de conduzir



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

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

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



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

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

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

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

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

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

- pág.16



Auditoria vai permitir melhorar um processo que já é de excelência

- pág.20



- pág.22



- pág.26



- pág.30



- pág.35



Ser Médico de Família é (também) orientar e ensinar

- pág.38



Choosing Wisely Portugal

Escolhas Criteriosas em Saúde

Escolha não prescrever antibiótico pré-operatório com intuito profilático na cirurgia limpa da tiroide em doentes sem risco acrescido de infeção.

A taxa de infeção do local cirúrgico em cirurgia limpa da tiroide é muito baixa pelo que a profilaxia antibiótica pré-operatória não está indicada. O uso abusivo dos antibióticos em cirurgia limpa aumenta tendencialmente a taxa de resistência aos antimicrobianos, diminuindo a capacidade de utilização efetiva destes medicamentos.

Uma recomendação do Colégio da Especialidade de **Cirurgia Geral**

Mais informação e bibliografia no site nacional da OM em:
<https://ordemdosmedicos.pt/antibiotico-pre-operatorio-com-intuito-profilatico-na-cirurgia-limpa-da-tiroide/>



Não adie a medição da bilirrubina total e conjugada (direta) num recém-nascido com icterícia persistente além das 2 semanas de idade.

A atresia das vias biliares (AVB) manifesta-se clinicamente cerca das 2 semanas de vida com icterícia (devido a hiperbilirrubinémia conjugada) e fezes acólicas. Todos os recém-nascidos com icterícia que persiste além das 2 primeiras semanas de vida devem realizar análises para avaliar os níveis de bilirrubina total e conjugada (direta) no sangue. Se a fração de bilirrubina conjugada (direta) for \rightarrow 20% da bilirrubina total, a criança deve ser imediatamente referenciada, para um especialista, para avaliar se existe AVB. O diagnóstico atempado e a realização de intervenção cirúrgica antes dos 30 dias de vida possibilitam os melhores resultados possíveis em termos de sobrevivência do doente com o seu fígado nativo, sem necessidade de transplante hepático.

Uma recomendação do Colégio da Especialidade de **Cirurgia Pediátrica**

Mais informação e bibliografia no site nacional da OM em:
<https://ordemdosmedicos.pt/medicao-da-bilirrubina-total-e-conjugada-direta-num-recem-nascido-com-ictericia-persistente/>



Escolha não submeter a exérese cirúrgica um nevo melanocítico só porque tem pelo ou se localiza nas mãos e/ou nos pés.

É frequente nos nevos melanocíticos, sobretudo nos congénitos de maiores dimensões, a presença de pelos (hipertricrose), sem que tal signifique aumento do risco de malignidade. De igual modo, a simples localização nas mãos e/ou nos pés não constitui indicação para exérese cirúrgica. A exérese de um nevo melanocítico deve proceder à avaliação global do risco, assente nas características do doente (idade, história familiar, fotótipo, entre outros) e do nevo (ex.: avaliação dermatoscópica).

Uma recomendação do Colégio da Especialidade de **Dermato-Venereologia**

Mais informação e bibliografia no site nacional da OM em:
<https://ordemdosmedicos.pt/exerese-cirurgica-de-um-nevo-melanocitico/>





**Revista da
Ordem dos Médicos**
Ano 35 - N.º 198
MAIO 2019

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

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

Bastonário da Ordem dos Médicos:
Miguel Guimarães

Diretor:
Miguel Guimarães

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

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

Redação:
**Paula Fortunato
Filipe Pardal**

Dep. Comercial:
rom@ordemdosmedicos.pt

Designer gráfico e paginador:
António José Cruz

Capa:
2aocubo

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

Impressão:
Lidergraf - Sustainable Printing

Depósito Legal: **7421/85**
Preço Avulso: **2 Euros**
Periodicidade: **Mensal**
ISSN: **2183-9409**

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

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

Nota da redação:

Os artigos assinados são da inteira
responsabilidade dos autores;
os artigos inseridos nas páginas
identificadas das Seções Regionais
são da sua inteira responsabilidade.
Em qualquer dos casos, tais artigos
não representam qualquer tomada
de posição por parte da Revista da
Ordem dos Médicos.

Relativamente ao acordo ortográfico
a ROM escolheu respeitar a opção
dos autores. Sendo assim poderão
apresentar-se artigos escritos
segundo os dois acordos.

sumário



editorial

- 04 **Saúde em todas as políticas...
Ou, pelo menos, na Saúde!**

- 08 **breve revista de Imprensa**

informação

- 10 Dia Internacional da Família – Estudo
Mais de 70% dos médicos assumem
dificuldade em conciliar trabalho no SNS
com família
- 11 Dados inquietantes sobre *burnout* levam
Ordem a criar Gabinete Nacional de
Apoio ao Médico
- 12 Injustiça atinge os especialistas
em Medicina Legal
- 13 Ministério da Justiça deixa
Medicina Legal em risco
- 15 Ordem considera que degradação
das listas de espera envergonha Portugal

atualidade

- 16 25º Congresso Nacional de
Medicina Interna – “A Medicina Interna
tem de ser mais valorizada pela tutela”
- 20 Reunião Geral dos Colégios
Auditoria vai permitir melhorar um
processo que já é de excelência
- 22 Debate:
O estado do SNS e o SNS do Estado
- 26 A função do orientador de formação
e do médico interno na formação
- 30 Sonhando com um hospital optimista
Por um sistema de saúde mais saudável
- 33 Mitos e crenças na Saúde
Não é uma opinião, é evidência científica!
- 35 As iniciativas do Dia do Médico de Família

entrevista

- 38 Dia do Médico de Família
Ser Médico de Família é (também) orientar
e ensinar

Região Sul

- 42 Total politização da lei de bases ao abrigo
de acordos partidários
- 44 UTIC de Santa Maria comemorou 50 anos
- 45 mostrEM
- Médicos devem alargar áreas de formação
- 45 - As especialidades vão mudar muito
- 46 - Jovens internos e especialistas entre
os trabalhos no auditório os momentos
de descontração no jardim
- 47 - Melhorar a vida dos doentes é um dever

Região Norte

- 48 Ciclo de Conferências
A arte do encontro esteve de volta
à SRNOM

Região Centro

- 54 “Nos Bastidores da Medicina
- Reflexões autobiográficas que nunca pensei
escrever” apresentado na Ordem dos Médicos
- 56 Ordem dos Médicos e Faculdade
de Medicina da Universidade de Coimbra
Assinam protocolo de colaboração
- 57 Cirurgião Manuel Antunes
recebe medalha de ouro da FMUC,
onde vai continuar a dar aulas
- 58 Quatro sessões de debate antecedem o
II Encontro do Internato Médico
da Zona Centro

opinião

- 60 Refletindo na banalização de um teste
diagnóstico
- 63 O profissionalismo médico:
não basta parecer
- 66 Acreditar na Acreditação
- 68 O consentimento informado
- 70 Consulta de planeamento familiar
no homem: mito ou realidade?
- 72 Facto ou ficção?
- 74 Dar vida à vida do doente em
cuidados paliativos
- 76 Erro médico
- 78 Para uma política de natalidade
em Portugal - algumas sugestões



Miguel Guimarães
Bastonário da Ordem dos Médicos

Saúde em todas as políticas... Ou, pelo menos, na Saúde!

O conceito de saúde em todas as políticas não é recente. A conclusão quanto aos benefícios de uma abordagem coerente à Saúde, incluindo-a em todas as políticas, remonta à Declaração de Alma-Ata, sobre Cuidados de Saúde Primários, na qual se perspetivava a importância dos determinantes não clínicos da Saúde e a consequente necessidade de uma abordagem transversal, na qual se tenha em conta a importância das questões sociais, económicas e educacionais. Já no final dos anos 80 do século passado, a Carta de Ottawa sobre a promoção da Saúde identificava igualmente fatores exógenos determinantes da Saúde como sejam a paz, condições de habitabilidade e de saneamento básico, educação, alimentação mais ou menos saudável e em quantidade suficiente, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

Se o tratar a doença está exclusivamente no âmbito da Medicina, já o prevenir e o promover da Saúde residem, em grande parte, fora do setor da Saúde, *strictu sensu*, alicerçando-se em questões como o desenvolvimento social, cultural e económico, áreas em que sucessivos governos continuam

a negligenciar o impacto que podem ter na Saúde da nossa população.

Curiosamente, Portugal não desconhece a validade deste princípio (que defende a Saúde em todas as políticas para melhores resultados) pois, no ano 2000, os determinantes da Saúde foram

precisamente tema da presidência portuguesa da União Europeia, preconizando o conceito de que se podem obter ganhos através da melhoria das condições de vida e da implementação de estilos de vida mais saudáveis, o que pode ser alcançado com estratégias políticas em que a educação para a Saúde e a melhoria desses determinantes sejam implementadas de forma transversal por todos os ministérios - da educação à agricultura, sem esquecer o trabalho, a cultura, etc. Para essa presidência, Portugal definiu a Saúde Pública como uma área a que daria prioridade...

Dez anos mais tarde, também a Declaração de Adelaide sobre "Saúde em todas as políticas: no caminho de uma governança compartilhada, em prol da Saúde e do bem-estar", documento emanado pela Organização Mundial da Saúde, referia a importância de cuidar da Saúde e ter um governo mais eficaz para ter melhor Saúde.

Em junho de 2013, os especialistas presentes na 8ª Conferência Global sobre Promoção em Saúde, que decorreu na Finlândia, fizeram a Declaração de Helsínquia, onde enfatizam mais uma vez a importância dos vários setores de um governo incorporarem a Saúde e o bem-estar como elementos essenciais no desenvolvimento da sua política, evidenciando a necessidade de ações coordenadas, que cumpram um plano estratégico e a necessária distribuição da responsabilidade pelos diferentes ministérios, no cumprimento de objetivos comuns, reconhecendo

que bons indicadores de Saúde são facilitadores de todas as políticas de um governo. Basta recordar que cidadãos saudáveis são mais produtivos, têm menor taxa de absentismo no trabalho, maior capacidade de aprendizagem, melhores relações familiares e sociais, etc. E são, com certeza, mais felizes, o que também deveria ser um objetivo de todas as políticas governamentais!

Não deveria ser necessário explicar que esta abordagem integrada não significa de forma alguma que devamos coordenar apenas Saúde e Finanças, e muito menos sempre com subordinação da primeira à segunda... Antes pelo contrário: o que

estou a dizer, com base em toda a evidência acumulada em décadas, é que a Saúde deverá ser o ponto central da política de qualquer governo, o que depois se deve traduzir em políticas setoriais – mas integradas, como integradas deverão ser as respostas às necessidades da população – nos vários ministérios.

Em vez de termos um governo que se preocupa tanto com os brilharetes de desempenho do ministro da Finanças, devíamos exigir que sejam medidas as consequências negativas graves que tais políticas têm nos nossos doentes.

Com essa transversalidade em todas as políticas, melhorar-se-ia também a equidade e evitar-se-ia tais impactos negativos. Mais uma vez, não falta evidência das consequências negativas, bem documentadas em (con)sequência da intervenção da Troika, por exemplo.

Com a Saúde da população moldada por tantos

Neste momento o orçamento para o setor é claramente inferior ao orçamento médio dos países da OCDE.

A Saúde dos portugueses não merecerá um orçamento semelhante ao da média dos países da OCDE ou até ao da União Europeia, que é de 7,8% do PIB?!

Nem temos pedido tanto... Mas o que tem sido gasto com o SNS está muito abaixo das necessidades.

fatores, da urbanização à degradação do ambiente, entre outros, urgem políticas consequentes que façam da Saúde uma prioridade e que evitem tantas mortes prematuras todos os anos (vejam-se as estatísticas mundiais de mortes evitáveis por fatores como, por exemplo, a poluição ou a subnutrição). São mudanças estruturais que exigem coragem e vontade política. Mas estejam certos de que todas as políticas, de todos os setores, podem ter um impacto significativo na Saúde da população e na equidade do acesso, expressões fundamentais da coesão e justiça sociais.

Poderemos desejar que Portugal tenha de facto

uma estratégia consequente de Saúde em todas as políticas, da economia à educação, da política social à ambiental, do emprego à política laboral, se, muitas vezes, não conseguimos ver onde está a Saúde a ser protegida e promovida nas políticas de Saúde que (não) vão sendo adotadas?!

Neste momento o orçamento para o setor é clara-

do país. Em Vila Real, Aveiro, Faro e até em Lisboa. Sofrem os doentes e sofrem também os profissionais de saúde, e muito especificamente os médicos. Por um lado, por verem os seus doentes em sofrimento, e, por outro, porque todos os dias são confrontados com a contingência de exercer medicina sem a devida segurança clínica e em

condições de trabalho precárias. Fazemos o possível e o impossível para que os doentes recebam o tratamento de que necessitam, que sejam operados... Mas não somos feitos de ferro!

A Ordem dos Médicos divulgou publicamente as conclusões do estudo do *burnout* que demonstram precisamente a exaustão emocional que afeta os médicos, problema com raízes na falta de condições que se verifica no nosso sistema de saúde. Os médicos continuam a fazer o melhor que podem, mas o preço a pagar é muito elevado, com níveis de insatisfação profissional e sofri-

Quero acreditar que talvez ainda estejamos em tempo. Se há décadas que se fala do conceito e ainda se mantém como parte dos objetivos da UE... Ainda há esperança: um dos dois objetivos da política Saúde 2020 (Health 2020) é “melhorar a liderança e a governação participativa na Saúde”, numa abordagem que inclua Saúde em todas as políticas.

mente inferior ao orçamento médio dos países da OCDE. A Saúde dos portugueses não merecerá um orçamento semelhante ao da média dos países da OCDE ou até ao da União Europeia, que é de 7,8% do PIB?! Nem temos pedido tanto... Mas o que tem sido gasto com o SNS está muito abaixo das necessidades. Com um orçamento que não dá sequer para os hospitais pagarem os medicamentos até meio do ano, haverá alguma dúvida de que o governo não valoriza a Saúde?...

Esta falta de investimento financeiro adequado traduz-se numa situação de verdadeiro caos que está a destruir o Serviço Nacional de Saúde, onde já falta tudo: dos equipamentos e consumíveis básicos aos profissionais. E quem sofre as consequências são, sem dúvida, os doentes, com vários hospitais a internar pessoas em locais impróprios, sem condições de conforto ou de segurança, de salas de refeição aos corredores, num tratamento indigno que põe em causa os tratamentos realizados. A imprensa noticiou recentemente a falta de condições de dignidade do Hospital de Vila Franca, mas essa é uma situação que se vive de norte a sul

mento ético nunca vistos.

E a tutela não demonstra respeito nem por uns, nem por outros.

Quero acreditar que talvez ainda estejamos em tempo. Se há décadas que se fala do conceito e ainda se mantém como parte dos objetivos da UE... Ainda há esperança: um dos dois objetivos da política Saúde 2020 (Health 2020) é “melhorar a liderança e a governação participativa na Saúde”, numa abordagem que inclua Saúde em todas as políticas.

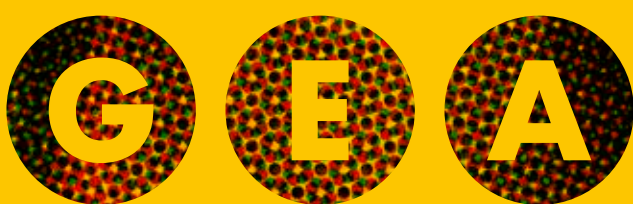
A estratégia de suporte ao 3.º Programa de Saúde 2014-2020 da União Europeia refere quatro princípios fundamentais:

- uma estratégia baseada em valores de Saúde partilhados (objetivos comuns);
 - a Saúde é a maior riqueza (“Health is the greatest wealth”);
 - a Saúde em todas as políticas;
 - fortalecer a voz da União Europeia na Saúde global.
- E, se não conseguirmos, em Portugal, ter Saúde em todas as políticas... Ao menos que tenhamos Saúde... em toda a política de Saúde!

Formação Avançada.

Faculdade de Medicina da
Universidade de Coimbra

2019—2020



Go

Mestrados

- Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos
- Mestrado em Geriatria
- Mestrado em Investigação Biomédica
- Mestrado em Medicina do Desporto
- Mestrado em Patologia Experimental
- Mestrado em Saúde Ocupacional

Candidaturas para Mestrados e Pós-Graduações/Cursos de Especialização

1 de abril a 15 de julho de 2019

19 de agosto a 6 de setembro de 2019

Local Candidatura on-line em

<https://infoestudante.uc.pt/nonio/security/candidaturas.do>

Pós-Graduações / Cursos de Especialização

- Curso de Especialização em Gestão e Direção em Saúde
- Curso de Especialização em Dentisteria Operatória e Estética
- Curso de Especialização em Endodontia
- Pós-Graduação em Ortodontia
- Pós-Graduação em Reabilitação Oral Protética
- Pós-Graduação em Acupuntura

Site das candidaturas <http://www.uc.pt/candidatos>

Mais informações:

Gabinete de Estudos Avançados

T +351 239 857 729 **e-mail** gea@fmed.uc.pt

Site <https://www.uc.pt/fmuc/gea>



Breve revista de imprensa

28-05-2019

Medicina Legal, Enfermagem e Oncologia em pé de guerra

Saúde em crise permanente

Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, sobre os atendimentos na Urgência

A CULPA É DA MINISTRA DA SAÚDE E NÃO DOS UTENTES



so que se perceba que a culpa da situação da Saúde não é dos utentes, mas sim da falta de investimento na área da saúde.

SNS. Um quinto das salas dos hospitais e centros de saúde não têm ar condicionado

Estudo sobre a grande onda de calor de 2003 concluiu que, nos hospitais com AC, o risco de morrer no verão foi reduzido em 40%. Ministério da Saúde tem planeado a instalação de 80% das salas dos SNS com ar condicionado.

CORREIO da Manhã

25-05-2019

SOBE MIGUEL GUIMARÃES
BASTONÁRIO O. MÉDICOS



A Ordem dos Médicos vai criar um gabinete de apoio para os médicos que sofrem de exaustão profissional ou vítimas de violência.

Política social

Jornal de Notícias

30-05-2019

HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA

"O que aconteceu em Vila Franca acontece em outros hospitais"

Bastonário da Ordem dos Médicos diz que colocar doentes em refeitórios ou corredores é indigno e coloca em causa os cuidados de saúde

"Meta do Governo é irrealista e ilude os doentes"



MIGUEL GUIMARÃES
BASTONÁRIO DA OM

CORREIO da Manhã

24-05-2019

Exaustão emocional atinge mais médicos

ESTUDO • Dois terços dos clínicos revelam máximo de cansaço e 40% apresentam sintomas próprios da síndrome de "burnout" **INTERVENÇÃO** • Ordem dos Médicos vai criar gabinete de apoio

JOÃO SARAMAGO
A exaustão emocional atinge dois terços dos médicos e um terço reconhece sofrer de uma síndrome de "burnout".



Protesto adiado mais de 300 cirurgias

Grave de 5 dias dos médicos anestestesistas no Hospital Amadora - Sintra terminou ontem, com níveis de adesão próximos dos 100%, tendo sido adiadas 320 cirurgias e 180 exames, referiu o secretário-geral do Sindicato Independente dos Médicos, Roque Cunha.

SAIBA MAIS

980

casos de incidentes de violência contra profissionais de saúde foram registados no ano passado. 2018 foi, assim, o ano com um maior número de episódios notificados, divulgou o relatório-geral da Saúde.

516 agressões físicas

Nos últimos 12 anos há um registo de 4300 casos de violência no contexto clínico. A maior parte das situações (77%) é referente a situações de assédio moral. Em 17% dos episódios houve violência verbal e em 516 casos (12%) agressão física.

reclama por mais médicos

melhor cobertura médica do território, um problema que se arrasta há décadas. "Não pedimos um helicóptero para

Antena Aberta

Ouçá, Veja, Participe!

Síndrome de burnout

OUÇA AQUI



Investigação de tratamento da diabetes distinguida com prémio Banco Carregosa



Ordem dos Médicos atribui prémio na área da investigação da Diabetes

VEJA AQUI



Hospital de Gaia adia cirurgias por falta de material básico



Bastónario apela à denúncia das situações de insegurança clínica

VEJA AQUI



Bastónario da Ordem dos Médicos pede celeridade na nomeação de uma nova administração do IPO do Porto



Bastónario da Ordem dos Médicos pede celeridade na nomeação de uma nova administração do IPO do Porto

VEJA AQUI



CORREIO
da manhã

16-05-2019

CORREIO
DA SAÚDE
Miguel
Guimarães

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Listas que desesperam

Não vale a pena a ministra da Saúde continuar a atirar areia para os olhos de todos nós: os hospitais do SNS têm taxas de incumprimento dos tempos de espera de 18,5% nas cirurgias programadas e de 39% nas primeiras consultas de especialidade hospitalares. Houve um aumento para mais do dobro na percentagem de cirurgias realizadas fora dos tempos máximos ditos "garantidos".

Os dados da Entidade Reguladora da Saúde, que avaliou os resultados entre janeiro e maio de 2018, são reveladores do desinvestimento no SNS e de como as

ATRÁS DE UMA LINHA DE EXCEL ESTÁ UMA PESSOA COM UM PROBLEMA

promessas da tutela – que recentemente afirmou que ia operar ainda este ano todos os doentes que aguardam cirurgia há mais de um ano – não passarão, mais uma vez, de meras palavras que desesperam quem mais precisa.

A propósito deste tema, fui esta semana ouvido na Comissão de Saúde enquanto ex-coordenador do denominado Grupo Técnico Independente, que avaliou precisamente um problema de limpeza administrativa de doentes destas listas, já auditado pelo Tribunal de Contas. Espero que o Ministério da Saúde não ceda à tentação de voltar a maquilar as listas de espera. Atrás de uma linha de Excel está uma pessoa com um problema que o Estado tem obrigação de resolver. ●

CORREIO
da manhã

30-05-2019

CORREIO
DA SAÚDE
Miguel
Guimarães

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Justiça em risco

Cerca de 70% dos lugares para médicos especialistas de Medicina Legal do quadro do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF) estão por preencher.

Só esta frase é suficiente para qualquer pessoa perceber a gravidade do problema. Mas o Ministério da Justiça continua a fazer orelhas moucas aos sucessivos alertas e denúncias que têm sido feitos, não tendo sequer respondido a um pedido de reunião urgente feito pela Ordem dos Médicos no dia 19 de fevereiro.

A Medicina Legal no INMLCF corre o risco de

A MEDICINA LEGAL NO INMLCF CORRE O RISCO DE MORRER EM DEZ ANOS

morrer num período de 10 anos se nada for feito, até porque o vazio nos quadros compromete a formação de novos internos. O instituto tem apenas 63 médicos especialistas quando devia ter 215 e fora do setor público já estão 55 especialistas – muitos que saíram por falta de abertura de concursos ou por falta de progressão na carreira.

As autópsias são o lado mais visível da especialidade. Mas é muito mais que fica em risco, como as perícias médico-legais que permitem ajudar a justiça a resolver processos de agressões físicas e psicológicas, abuso sexual, maus-tratos, violência doméstica, entre outras situações de que um país desenvolvido e democrático não pode abdicar. ●

Dia Internacional da Família – Estudo

Mais de 70% dos médicos assumem dificuldade em conciliar trabalho no SNS com família

A conciliação entre a esfera profissional e familiar é considerada um desafio para os médicos, com 73% dos profissionais a assumirem dificuldades em encontrar este equilíbrio quando trabalham no Serviço Nacional de Saúde (SNS). No setor privado esse valor é significativamente mais baixo, mas ainda assim a conciliação merece uma avaliação negativa por 40% dos médicos inquiridos num estudo.

No total, 56% dos médicos consideram ter uma carga horária superior ao necessário para conseguirem conciliar trabalho e família e as horas alocadas ao serviço de urgência parecem ser as que mais contribuem para a avaliação negativa. As conclusões fazem parte do estudo *Conciliação Trabalho-Família na Profissão Médica: Um Estudo Exploratório*, publicado em Ahead Of Print na Acta Médica Portuguesa, no dia em que se assinala o Dia Internacional da Família.

O estudo observacional, transversal e exploratório teve como base um inquérito online a uma amostra de 181 médicos sócios da Associação dos Médicos Católicos Portugueses e é da autoria de Pedro Afonso (Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica. Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa), Olga Vaz Aleixo (Unidade de Saúde Familiar Caminhos do Cértoma. Agurapamentos de Centro de Saúde do Baixo Mondego. Pampilhosa), Rute Vaz Aleixo (Médica Interna do Ano Comum. Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real), Diogo de Carvalho (AESE Business School. Lisboa) e José Augusto Simões (Faculdade de Ciências Médicas. Universidade da Beira Interior. Covilhã).

O psiquiatra Pedro Afonso, que coordenou o trabalho, salienta que a amostra apresenta algumas limitações, pretendendo-se, sobretudo, dar pistas para o debate sobre a conciliação trabalho-família da profissão médica em Portugal. O autor sublinha que os resultados comprovam que “a profissão médica encerra características muito particulares, nomeadamente ao nível da necessidade de formação contínua, que colocam os médicos numa

situação particular de risco para alcançarem a desejada conciliação”.

“Ainda que estejamos perante uma amostra pequena e com algumas condicionantes, estes números infelizmente vão ao encontro do que a Ordem dos Médicos sente no terreno. O desinvestimento no Serviço Nacional de Saúde e a saída de muitos dos médicos mais experientes tem conduzido a uma degradação das condições de trabalho com um impacto muito direto e negativo na conciliação entre a vida profissional e familiar”, sublinha o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães.

Para o bastonário, “é fundamental revertermos a política pública de contratação e gestão de recursos humanos, até porque a literatura nacional e internacional é muito clara: quanto mais satisfeito o profissional está com o equilíbrio entre as várias esferas da sua vida, mais comprometido fica com a instituição e mais provável é que queira permanecer no SNS”.

O trabalho de Pedro Afonso indica também que 75% dos inquiridos trabalham no limite ou em excesso de carga horária. Para reverter esta situação, os participantes identificaram três medidas mais relevantes: possibilidade de flexibilizar o horário, trabalhar a tempo parcial ou reduzir temporariamente o horário, por exemplo, para assistência à família. “No setor público, porventura, encontramos mais rigidez na questão da flexibilização de horários, o que pode justificar que a dificuldade de conciliação no SNS seja superior ao que encontramos no setor privado”, explica Pedro Afonso.

Lisboa, 21 de maio de 2019

Dados inquietantes sobre *burnout* levam Ordem a criar Gabinete Nacional de Apoio ao Médico

informação

Cerca de 66% dos médicos portugueses relatam um nível elevado de exaustão emocional, 39% demonstram níveis elevados de despersonalização e 30% referem uma elevada diminuição da realização profissional. Com estes três indicadores juntos estão reunidos os fatores necessários para o aparecimento da síndrome de *burnout*, conclui o estudo nacional financiado pela Ordem dos Médicos sobre *burnout* nos médicos em Portugal, que foi publicado na Revista da Ordem dos Médicos nº 197.

“O estudo apresenta-nos dados muito preocupantes sobre as perceções da saúde física e mental dos médicos, o equilíbrio trabalho-família e a qualidade do seu desempenho”, afirma o bastonário da Ordem dos Médicos. Para Miguel Guimarães é, assim, “fundamental e urgente tomarmos medidas concretas de apoio aos profissionais de saúde, pelo que a Ordem decidiu criar um Gabinete Nacional de Apoio ao Médico que dará resposta a estes casos, mas também a outros episódios que infelizmente têm vindo a crescer, como a violência contra profissionais de saúde”.

“Sabemos que idealmente compete ao Estado assegurar uma resposta a todo este tipo de situações. Mas, nesta como noutras questões, o Estado não tem sido capaz de defender o interesse público e garantir a segurança dos profissionais e dos doentes. Por isso a Ordem decidiu reforçar a sua capacidade de intervenção, colmatando uma carência que tem repercussões no funcionamento e na qualidade do Serviço Nacional de Saúde”, acrescenta o bastonário. O estudo, realizado em parceria com o Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, analisou também outras variáveis e concluiu que a diminuição do equilíbrio na relação trabalho-família surge como consequência negativa associada à dimensão de exaustão emocional. Cerca de 45% dos inquiridos apresentaram níveis de ansiedade elevados e em 21% foram identificados sinais de depressão. No total, 64% dos participantes pertence à carreira Hospitalar e 25% à Medicina Geral e

Familiar, sendo 24% da amostra médicos internos e 45% especialistas. No que respeita ao local de trabalho, 54% refere que o seu principal local de trabalho é um hospital público e 10% exercem em hospital ou clínica privada.

Sobre o estudo

O universo deste estudo foi constituído por todos os profissionais registados na Ordem dos Médicos, em exercício e com contacto possível (43983 sujeitos, de um total de 49152 médicos registados). Todos foram convidados a participar no estudo e as respostas foram obtidas através de um questionário digital e numa versão impressa. Em relação às medidas de *burnout* responderam 12580 médicos (29% de taxa de resposta) e 9176 inquiridos (21%) estavam completos e entraram na análise. Esta taxa de resposta assegura uma margem de erro de 1,2% para um nível de confiança de 99%. A dimensão relativa e absoluta deste estudo coloca-o numa posição influente a nível internacional.

Sobre o *burnout*

Atualmente este conceito pode ser definido como um estado de exaustão física, mental e psicossocial resultante de uma exposição crónica a níveis elevados de exigências ou fatores de stress continuados, num contexto profissional, com um sentimento de controlo pessoal reduzido. Múltiplos trabalhos têm procurado identificar a prevalência e incidência do *burnout* em diversas profissões. A área da saúde tem sido das mais estudadas, dada a alta prevalência deste

fenómeno e o seu impacto nos profissionais e nos indivíduos que deles dependem.

Sobre o Gabinete Nacional de Apoio ao Médico

O Gabinete Nacional de Apoio ao Médico vítima de *burnout* ou de agressão/violência será constituído nesta primeira fase pelos médicos

Nídia Zózimo, João Redondo e Dalila Veiga. Este Gabinete terá a missão de definir e implementar um plano de estratégia de prevenção e de apoio aos médicos em colaboração com diferentes instituições públicas e privadas.

Lisboa, 23 de maio de 2019



Injustiça atinge os especialistas em Medicina Legal

A Ordem dos Médicos divulgou publicamente a difícil e preocupante situação que atravessa o Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF), onde, por exemplo, 70% dos lugares no quadro para médicos especialistas em Medicina Legal estão por preencher. Perante os factos conhecidos, era dever do Ministério da Justiça e do INMLCF apresentar uma solução para a grave situação que se vive na Medicina Legal.

Lamentavelmente, não foi isso que aconteceu. A tutela e o INMLCF apressaram-se a desvalorizar a realidade, tendo mesmo sido afirmado publicamente que o quadro contempla 126 especialistas em Medicina Legal (ainda assim 50% de lugares por preencher), contra as 215 vagas (apenas 63 ocupadas) divulgadas pela Ordem dos Médicos. Ou seja, afirmaram que afinal não faltam 70% de especialistas em Medicina Legal, mas apenas 50%! O que não é verdade, como facilmente se comprova com a leitura da Portaria n.º 1214/2002, dos Ministérios das Finanças, da Justiça e da Reforma do Estado e da Administração Pública, publicada em Diário da República a 4 de setembro de 2002, que aparentemente não foi revogada até ao presente momento.

Já sobre o problema da não abertura de concursos e do congelamento das carreiras, a ministra da Justiça referiu que a curto prazo existirão 25 vagas para progressão. No entanto, importa reiterar que só 10 dessas vagas se destinam a médicos especialistas em Medicina Legal. A progressão na carreira médica está estagnada há 13 anos. Existem apenas 9 assistentes graduados seniores (não existem concursos para seniores desde 2006), 5 assistentes graduados, 12 assistentes com o grau de consultor que ainda não foram promovidos à categoria de assistente graduado por motivos exclusivamente financeiros (os mais antigos desde 2011), 9 assistentes a aguardar marcação de prova pública para obtenção do grau de consultor, 7 especialistas a aguardar entrada na carreira de assistente (não foram contemplados com abertura de vagas em maio de 2019), inexistência de perspectivas de progressão na carreira, êxodo de profissionais (saída de 14 médicos especialistas nos últimos anos).

A Ordem dos Médicos lamenta as notícias enganadoras, que apenas contribuem para o arrastar dos problemas e para o aumento do sentimento de injustiça e insatisfação dos profissionais do INMLCF que todos os dias se esforçam para, mesmo com escassos recursos, ajudar a justiça com perícias médico-legais a resolver casos do âmbito criminal como agressões físicas e psicológicas, abuso sexual, maus tratos, violência doméstica ou tráfico de seres humanos, entre outros.

Apesar do desinteresse revelado pelo Ministério da Justiça, contrariando a legislação existente, não vamos desistir de defender uma Justiça mais eficaz e para todos os cidadãos.

Lisboa, 31 de maio de 2019

Ministério da Justiça deixa Medicina Legal em risco

informação

A desigualdade de tratamento e a negligência do Ministério da Justiça para com os médicos especialistas em Medicina Legal ultrapassou a linha vermelha, e pode conduzir, num período inferior a 10 anos, à extinção da especialidade, caso não sejam desde já tomadas medidas urgentes, alerta o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães. Atualmente cerca de 70% das vagas existentes do quadro de pessoal médico do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF) estão por preencher e a audiência urgente solicitada pela Ordem dos Médicos à ministra da Justiça, a 19 de fevereiro, ainda não obteve qualquer resposta.

"A atividade médico-legal é essencial para o funcionamento do sistema judicial. Os médicos especialistas em Medicina Legal realizam inúmeras perícias médico-legais, procurando dar resposta a todas as questões médicas de que a justiça carece para a resolução de processos judiciais", recorda a presidente da direção do Colégio da Especialidade de Medicina Legal da Ordem dos Médicos.

Sofia Frazão acrescenta que estamos a falar de situações diversas, "seja no âmbito criminal, como nos casos de agressão física e psicológica, casos de suspeita de abuso sexual, de maus tratos a menores, adolescentes ou idosos e/ou de violência doméstica, incluindo casos de suspeita de negligência, tortura ou tráfico de seres humanos, seja no âmbito da realização de perícias visando o estabelecimento de valores de incapacidade em vítimas de acidentes de viação, acidentes de trabalho ou outros sinistros, bem como em cidadãos portadores de doenças". A médica realça, também, "a importância de que se reveste a competente realização de autópsias médico-legais, apurando a causa de morte que permite uma cabal investigação criminal em casos de morte violenta, de causa ignorada ou de suspeita de negligência em saúde, sendo ainda o meio de prova de que dependem decisões judiciais". A especialidade de Medicina Legal tem também um papel fulcral em cenários envolvendo múltiplas vítimas mortais,

resultantes de catástrofes naturais ou de atos de índole criminal, como sejam os emergentes ataques terroristas, entre outros.

Estamos perante uma atividade médica particularmente exigente do ponto de vista técnico-científico, físico e emocional. A estes profissionais afetos ao INMLCF é-lhes reconhecida a competência para a realização de todas as perícias mencionadas.

"A situação destes médicos neste momento é desesperante. Têm sido totalmente desrespeitados pela tutela. A progressão na carreira está estagnada há 13 anos. A carência de capital humano é gritante. As carências relativas às condições de trabalho, nas quais se incluem as infraestruturas, os espaços físicos, os recursos técnicos e a falta de material adequado para a realização das perícias solicitadas, são inaceitáveis e alarmantes. A capacidade de formação de médicos internos está cada vez mais comprometida", reforça Miguel Guimarães, avançando que "atualmente apenas se encontram preenchidas 29% das vagas existentes do quadro de pessoal médico do INMLCF (63 em 215), com diminuição da capacidade de resposta, apesar dos médicos trabalharem com frequência para além do seu horário sem qualquer remuneração extra e o INMLCF recorrer com frequência à contratação externa de peritos em regime de avença".

Números preocupantes

A situação a nível nacional é muito preocupante. Existem apenas 9 assistentes graduados seniores (não existem concursos para seniores desde 2006), 5 assistentes graduados, 12 assistentes com o grau de consultor que ainda não foram promovidos à categoria de assistente graduado por motivos exclusivamente financeiros (os mais antigos desde 2011), 9 assistentes a aguardar marcação de prova pública para obtenção do grau de consultor, 7 especialistas a aguardar entrada na carreira de assistente (não foram contemplados com abertura de vagas em maio de 2019), inexistência de perspectivas de progressão na carreira, êxodo de profissionais (saída de 14 médicos especialistas nos últimos anos). A curto prazo, a formação de médicos internos de Medicina Legal, que decorre exclusivamente no INMLCF, encontra-se em sério risco. Consequentemente, e caso não sejam tomadas medidas urgentes, a especialidade

de Medicina Legal extinguir-se-á num período inferior a 10 anos.

De referir que fora do setor público existem cerca de 55 médicos especialistas em Medicina Legal, dos quais 25 com mais de 65 anos. Recentemente o Ministério das Finanças terá autorizado a abertura de apenas 10 vagas para progressão na carreira, contrariando o pedido de 16 vagas realizado pelo INMLCF. Uma decisão incompreensível face à situação calamitosa que se vive atualmente na Medicina Legal.

“Caso não haja uma resolução célere de toda a situação relatada, para além da perda da capacidade formativa e por isso impossibilidade de dar formação a novos médicos, poderemos estar a assistir in extremis a uma extinção do sistema médico-legal público, pelo menos na sua presente forma, o que poderá significar a perda de acesso do público a perícias médico-legais isentas e gratuitas, passando esse acesso a ser condicionado a entidades privadas”, alerta o bastonário.

Lisboa, 28 de maio de 2019

UNIVERSIDADE DE COIMBRA | FACULDADES
MEDICINA | FARMÁCIA | ECONOMIA

Curso de
Especialização em

GESTÃO E DIREÇÃO EM SAÚDE

O curso é reconhecido pelas **Ordens dos Médicos e dos Farmacêuticos** como critério de admissão à obtenção da **Competência de Gestão dos Serviços de Saúde**.

O GEDIS foi desenhado e estruturado para profissionais, das áreas da saúde e das ciências económicas e empresariais, que pretendam adquirir competências avançadas no âmbito da Gestão e Direção de organizações e serviços em Saúde.

Ordem considera que degradação das listas de espera envergonha Portugal

informação

Os dados revelados ontem pela Entidade Reguladora da Saúde concluíram que os hospitais do Serviço Nacional de Saúde têm taxas de incumprimento dos tempos de espera de 18,5% nas cirurgias programadas e de 39% nas primeiras consultas de especialidade hospitalares. Houve um aumento para mais do dobro na percentagem de cirurgias realizadas fora dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) no período analisado, entre janeiro e maio de 2018.

“Estes resultados são desastrosos e devem envergonhar-nos enquanto país que ficou conhecido por ter um dos melhores serviços de saúde do mundo. Podíamos dizer que o SNS responde nos casos mais urgentes, como sugeriu a ministra da Saúde. Mas infelizmente já nem isso é totalmente verdade”, refere o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, dando como exemplo as áreas mais sensíveis, como a oncologia.

“Mesmo na oncologia os números são desoladores: 18% das cirurgias de doença oncológica foram feitas além dos TMRG e foi nas cirurgias consideradas ‘muito prioritárias’ que a percentagem de operações fora dos tempos foi mais elevada, com 31%”, aponta o bastonário.

Para Miguel Guimarães “não é mais possível continuarmos a compactuar com uma política de saúde que todos os dias contribui para enfraquecer o SNS e para colocar doentes e profissionais de saúde em situações de verdadeiro desespero”. O bastonário insta, por isso, a tutela a divulgar a estratégia de gestão de listas que o Ministério da Saúde tem anunciado, mas que nunca precisou como tenciona executar.

Lisboa, 15 de maio de 2019



Curso reconhecido pela
Ordem dos Médicos

CANDIDATURAS ABERTAS

até 15 de julho 2019

Mais informação em
gedis.uc.pt

GEDIS | GESTÃO
ESTUDIOS AVANÇADOS E DIREÇÃO
EM SAÚDE



25º Congresso Nacional de Medicina Interna

“A Medicina Interna tem de ser mais valorizada pela tutela e por todos nós”

25º CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA



23 A 26
MAIO 2019
CENTRO DE CONGRESSOS
DO ALGARVE
VILAMOURA

25º Congresso Nacional de Medicina Interna realizou-se de dia 23 a dia 26 de maio, com o objetivo de colocar a especialidade “no centro da decisão”. Uma expectativa certamente partilhada pelos mais de 2600 especialistas e cerca de 1000 internos de Medicina Interna em atividade no nosso país. Na sessão de abertura, teve lugar uma mesa de luxo, composta por Armando de Carvalho, presidente da Comissão Organizadora do evento e presidente da direção do Colégio da Especialidade de Medicina Interna da Ordem dos Médicos, por João Araújo Correia, presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, por José María Fernández Rodríguez, representante da Sociedade Espanhola de Medicina Interna, por Jorge Crespo, representante do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e por Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos.

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



Sessão de abertura

Doentes complexos vão exigir, cada vez mais, profissionais de excelência, ao mesmo tempo que fazem progredir a especialidade e a própria medicina. Esta é a noção de Armando de Carvalho. "Queremos e podemos estar no centro da decisão, não permitiremos que outros façam o nosso papel", foi assim, com tom convicto, que o presidente do Congresso deixou clara a mensagem que queria transmitir. "A nossa Medicina Interna tem a oportunidade de desempenhar um papel essencial", num contexto em que há uma necessidade crescente da existência de especialistas com uma visão abrangente, "desde que os internistas sejam bem preparados e de elevada qualidade, aceites pelos seus pares como decisores e líderes naturais", considerou. Com a expectativa de desenvolver um Congresso abundante na transmissão de conhecimentos, na partilha de experiências, na divulgação dos avanços no diagnóstico e na terapêutica, entre muitas outras valências, aquele que é também o presidente do Colégio de Medicina Interna da Ordem dos Médicos assegura: "aqui estamos vivos e determinados, porque gostamos do que fazemos e as pessoas precisam de nós", frase que mereceu uma grande salva de palmas do auditório do Centro de Congressos do Algarve, em Vilamoura.

O presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna manteve o foco do seu discurso na valorização dos profissionais de Medicina Interna e no seu papel "fundamental no Serviço Nacional de Saúde", algo que tem acompanhado analogamente o crescimento destes congressos. Com a ajuda do tema deste ano "assumimos claramente que cabe aos serviços de Medicina Interna o tratamento da maior parte das patologias prevalentes", afirmou João Araújo Correia, reforçando que são estes números que "não deixam esquecer a especialidade quando se definem consensos ou normas de prescrição". "80% das pneumonias com necessidade de hospitalização são tratadas nos nossos serviços e o mesmo podemos dizer de 80%

das insuficiências cardíacas e 70% dos Acidentes Vasculares Cerebrais. No entanto, no seu entender, "continuamos a ser fustigados todo o ano com urgências caóticas em que o excesso de afluência impede qualquer forma de organização. João Araújo Correia acentua que a solução não passa por um crescimento desenfreado de espaço físico nas urgências, mas antes de "retirar do Serviço de Urgência cerca de 40% dos doentes agudos não graves que deveriam ser atendidos no centro de saúde, pois a sua situação clínica não justifica o recurso ao hospital". Numa altura em que o *burnout* foi reconhecido pela



Miguel Guimarães



Armando de Carvalho



João Araújo Correia



Jorge Crespo



José María Fernandez

Organização Mundial de Saúde como uma doença, há a plena consciência de que o *burnout* “atinge-nos a todos”, “especialmente nas alturas e zonas mais sazonais”, afirmou. Se as condições estruturais difíceis não ajudam os profissionais, o “desrespeito dos nossos políticos e decisores” agrava esse sentimento de esgotamento constante. Para que não existam dúvidas, João Araújo Correia esclareceu: “o trabalho não assusta a Medicina Interna porque ver doentes é a nossa paixão, mas não queremos fazer as coisas mal feitas, queremos ser respeitados e reconhecidos por sermos, todos os dias, a base confiável do SNS no hospital”, assentou, antes de se orgulhar do facto de, em agosto, o Congresso Europeu de Medicina Interna se realizar em Portugal. O testemunho internacional – mais propriamente de Espanha – chegou-nos

É raro alguém que tem a responsabilidade máxima ao nível de uma unidade hospitalar ter a coragem de denunciar

António Oliveira e Silva

através de José María Fernandez Rodriguez que, em curtas palavras, agradeceu o convite e reforçou o quão importante é a Sociedade Espanhola de Medicina Interna estar presente, a representar a confluência entre dois países que têm muito em comum e que gostam de trabalhar em prol dos seus doentes.

“Os Conselhos de Administração confidenciam-nos que nunca estiveram num nível de autonomia na sua capacidade de gestão hospitalar”, quem o diz é o representante do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). Jorge Crespo vai mais longe ao considerar que “mais parece que o Ministério da Saúde mais não é do que uma Secretaria de Estado do Ministério das Finanças”. Mesmo sem o apoio expectável da tutela, a excelência da Medicina Interna é reconhecida, garante. “Tanto naquela penosa tarefa de não deixar as urgências colapsarem, seja na capacidade ímpar de seguirem a transversalidade

do tipo de doentes que ali passam, seja ainda na consulta externa”. Jorge Crespo demonstrou que o conselho de administração do CHUC reconhece o esforço dos profissionais e sabe que eles são “o sustentáculo de qualquer atividade hospitalar”.

“Pela nossa parte, temos de continuar a reivindicar aquilo a que temos absoluto direito e aquilo que necessitamos para ajudar as pessoas que nos procuram e confiam em nós”.

Para encerrar a sessão, o bastonário da Ordem dos Médicos fez questão de deixar um cumprimento muito especial a António Oliveira e Silva, ex-presidente do conselho de administração do Centro Hospitalar Universitário de São João, por ter tido a “coragem de dizer que com sem as condições adequadas não é possível trabalhar”, nomeadamente quando entregou o seu pedido

Choosing Wisely em destaque no 25º Congresso Nacional de Medicina Interna

A tarde do Jovem Internista foi uma iniciativa integrada no 25º Congresso Nacional de Medicina Interna onde se conferiu primazia, tal como o nome indica, aos médicos internos de Medicina Interna. Reunir médicos mais jovens revelou-se numa forma eficaz de gerar novas ideias, sendo o programa “Choosing Wisely Portugal – Escolhas Criteriosas em Saúde” o tema escolhido para a sessão.

“O Choosing Wisely – escolhas criteriosas em saúde é um programa de literacia em saúde, que pretende chegar a profissionais de saúde e especialmente à população em geral, numa linguagem acessível, de forma gratuita e 24 horas por dia, online. Tratam-se de documentos validados, recomendações que foram redigidas por profissionais e têm a certificação da Ordem dos Médicos”, esclareceu Miguel Bigotte Vieira, elemento da equipa do projeto que desempenhou a missão de apresentação da iniciativa.



de demissão após o Governo ter falhado na resolução da construção atempada da nova ala pediátrica, a funcionar em contentores. O bastonário lamenta que, neste momento, os médicos estejam a trabalhar em dificuldade um pouco por todo o país, sem as

isto, o bastonário considera que António Oliveira e Silva "simboliza" aquilo que todos devemos fazer e deixou o seu sentido agradecimento por isso. No que diz diretamente respeito à especialidade em desta-

que neste evento, Miguel Guimarães declarou que "a Medicina Interna tem de ser mais valorizada pela tutela e por todos nós, com mais médicos e melhores condições para que os internistas possam fazer o seu trabalho sem restrições. Em jeito de reconhecimento pela dedicação dos colegas, Miguel Guimarães solicitou um aplauso do auditório para a Medicina Interna, acedido positivamente com grande entusiasmo. Isto porque, considera, o que importa são as pessoas e para tratar as pessoas que precisam dos médicos, é necessário continuar a apostar no SNS e não o deixar à deriva. A Medicina Interna é a especialidade que está melhor colocada para a



Ricardo Fernandes, Caterina Delcea, António Grilo Novais e Miguel Bigotte Vieira

condições apropriadas, "muitas vezes sentimos que a segurança clínica pode estar em causa e ficamos em

"gestão" do percurso do doente no hospital e terá de ser também através dela que se deverá potenciar a "necessária reforma hospitalar e do serviço de urgência", considerou. Serviço de Urgência que está "ultrapassado" e só não é reformado porque "não há vontade política para fazer essa aposta" que implica uma mudança estrutural grande, com os devidos investimentos, uma aposta forte na literacia em saúde e um reforço substancial ao nível dos cuidados de saúde primários e dos cuidados continuados. É essencial que os doentes com situações clínicas agudas não urgentes sejam observados e tratados nos cuidados de saúde primários. Antes de terminar ainda houve tempo para congratular os médicos de Medicina Interna pelo seu contributo "inestimável" ao país através da sua qualidade e liderança. Como desafio final, o bastonário da Ordem dos Médicos apontou que o caminho tem de passar por "dizer o que os médicos fazem, o número de vidas que salvam todos os dias e a qualidade de vida que oferecem aos doentes, quando assim é possível". "A Ordem dos Médicos vai, também, fazer o seu papel nesta matéria, mas precisa da vossa ajuda", concluiu.

A Medicina Interna tem de ser mais valorizada pela tutela e por todos nós, com mais médicos e melhores condições para que os internistas possam fazer o seu trabalho sem restrições

Miguel Guimarães

sofrimento ético", mas entre deixar os doentes sem uma consulta ou uma cirurgia ou fazer o ato médico, os profissionais têm optado por "fazer aquilo que pode ajudar os seus doentes". No entanto, realça, "é raro alguém que tem a responsabilidade máxima ao nível de uma unidade hospitalar ter a coragem" necessária para denunciar essas dificuldades. Por tudo

Reunião Geral dos Colégios

Auditoria vai permitir melhorar um processo que já é de excelência

A auditoria externa e independente ao processo de atribuição de idoneidades e capacidades formativas para a formação especializada do internato médico foi um dos temas centrais da Reunião Geral dos Colégios da Especialidade da Ordem dos Médicos, que decorreu no passado dia 15 de maio, numa sessão com sala cheia e muito participada. A formação médica foi o principal tema em debate, tendo sido também abordados outros assuntos, como a constituição das equipas nos serviços de urgência e os tempos padrão para as consultas das várias especialidades.

Texto: Romana Borja-Santos, Assessora de Comunicação do bastonário da Ordem dos Médicos

Fotos: Paula Carmo

O bastonário da Ordem dos Médicos (OM), na abertura da reunião, começou por explicar a todos os presentes que a decisão de avançar com a auditoria surge em defesa da qualidade da formação e numa altura de especial preocupação com as condições proporcionadas pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), com médicos a ficarem sem acesso a uma vaga de especialidade.

Esta auditoria, acrescentou Miguel Guimarães, já tinha sido proposta pela OM ao Ministério da Saúde há dois anos, mas nunca chegou a avançar. "Sabemos que temos um processo de excelência, mas as circunstâncias hoje são diferentes e importa, por isso, corrigir o que eventualmente possa estar mal e identificar as melhores práticas em que devemos continuar a apostar", defendeu o bastonário. Este processo de atribuição de idoneidades e capacidades formativas tem sido amplamente elogiado no espaço europeu e, como tal, reconhecido como garante da qualidade da formação médica portuguesa.

Aquando da apresentação da auditoria, Miguel Guimarães já tinha enquadrado que a decisão da OM foi tomada "perante o agravamento do desinvestimento no SNS, o preocupante desinteresse do Ministério e os vários relatos e queixas de especialistas e de jovens médicos sobre as difíceis condições em que exercem o seu trabalho e a sua formação". "A formação de mé-

dicos em Portugal é de excelência e reconhecida em todo o mundo. Em nome do superior interesse do país e dos nossos doentes, não podemos permitir que essa qualidade seja colocada em risco, seja por uma eventual quebra na qualidade da formação seja pelo número de médicos que ficam sem acesso a uma especialidade, com todo o impacto negativo que pode ter nos cuidados de saúde a médio e a longo prazo", disse, na altura. Na reunião, o presidente do Conselho Regional do Centro corroborou que a auditoria é fundamental, já que estamos "perante um paradigma diferente na formação médica desde 2015, altura em que pela primeira vez cerca de 100 médicos ficaram de fora do mapa de vagas para escolha de uma especialidade". Carlos Cortes estima que sejam já perto de 1000 os médicos nesta situação.

Já o presidente do Conselho Regional do Sul defendeu que é "essencial termos grelhas cada vez mais uniformes, para que não se ceda à pressão de atribuir vagas". "Se tivermos bons critérios o nosso processo é inatacável e essa é a nossa grande força", reforçou Alexandre Valentim Lourenço, adiantando que o processo será conduzido por uma empresa idónea e independente. A decisão foi apoiada por muitos dos presentes, que salientaram o trabalho difícil que os colégios têm nas visitas de atribuição de idoneidade, alertando que há

muitos atrasos por parte dos hospitais na documentação prévia que têm de remeter e mesmo na marcação das visitas, o que prejudica e atrasa todo o processo. A este propósito, o bastonário enalteceu o trabalho que os colégios têm feito ao longo dos anos, sem custos diretos para o Estado, mas com custos elevados para OM e para os próprios médicos, lamentando ainda que o Ministério da Saúde nunca tenha dado resposta às centenas de relatórios de identificação de necessidades que foram remetidos.

O presidente do Colégio da Especialidade de Medicina Interna, Armando Carvalho, referiu, por exemplo, que os hospitais tendem a querer abrir mais vagas do que as que asseguram a qualidade da formação, pelo que é importante a OM não ceder a um problema criado pelos políticos que permitiram formar um número de médicos que depois não têm lugar na formação especializada.

O tema dos médicos que ficam sem especialidade foi também muito abordado na reunião, com vários dos presentes a mostrarem preocupação com este problema. “Todos estamos preocupados com os médicos que não acedem a uma especialidade, mas não podemos aumentar a capacidade formativa se isso quebrar ou comprometer a formação de qualidade”, afirmou o bastonário.

Rui Machado, do Colégio da Especialidade de Angiologia e Cirurgia Vascular, sugeriu que a OM criasse uma estrutura de apoio a estes médicos. Por seu lado, o presidente do Colégio da Especialidade de Gastroenterologia alertou que a curto prazo estes médicos podem não ter condições para continuar a exercer e que é pre-



ciso acautelar essa situação.

A formação e avaliação do internato também motivou algumas das intervenções, com vários médicos a defenderem que o orientador do interno não deve estar presente no júri final, nomeadamente Jorge Amil (Pediatria), Pio Abreu (Psiquiatria), Paulo Lemos (Anestesiologia) e Pedro Cantista (Medicina Física e de Reabilitação), João Bernardes (Ginecologia/Obstetrícia) e Fernando Neves (Nefrologia), entre outros. Os participantes insistiram também na diversidade de crité-

rios que o atual sistema permite, reforçando alguns dos intervenientes a necessidade de se pensar, por exemplo, numa prova escrita e igual para todos. A coordenadora do Conselho Nacional do Médico Interno, Catarina Perry da Câmara, sugeriu mesmo a introdução de uma prova intercalar durante o internato.

Nos restantes pontos da ordem de trabalhos, o bastonário transmitiu que a constituição tipo das equipas nos Serviços de Urgência é um projeto que está quase a ser finalizado e que é essencial para a segurança clínica, insistindo com os colégios que ainda não entregaram os seus contributos que os façam chegar rapidamente. Miguel Guimarães transmitiu também que a consulta pública do documento sobre os tempos padrão para as consultas médicas das várias especialidades já terminou, pelo que toda a informação relevante está a ser compilada. Posteriormente os colégios vão receber os contributos para que os possam apreciar e decidir se incorporam ou não. A consulta pública do Ato Médico terminou pela mesma altura, estando agora os contributos a ser analisados.

Debate: **O estado do SNS e o SNS do Estado**

Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos e Isabel Vaz, CEO do grupo Luz Saúde, debateram sobre “o estado do SNS e o SNS do Estado”, numa iniciativa integrada na 11ª edição do ciclo de conferências “Olhares Cruzados”, organizadas pelo jornal Público e pela Universidade Católica do Porto. A moderação ficou a cargo de Pedro Pita Barros, professor na Nova School of Business and Economics. Tal como o mote do debate permitia antecipar, os temas acabaram por ser diversos, com os convidados a convergir naquilo que diz respeito à necessidade de maior investimento no Serviço Nacional de Saúde (SNS), à qualidade da formação dos médicos portugueses e à adaptação da medicina às novas tecnologias. A minguagem de consenso despontou maioritariamente quando se falou das carreiras médicas e das suas discrepâncias entre o setor público e o setor privado.

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



Foi Isabel Vaz que inaugurou o debate, apontando que o aumento da despesa no setor da saúde está fortemente correlacionado com o aumento da procura que se materializa “sobretudo devido ao envelhecimento da população” que acarreta novas e maiores incidências de doenças. A gestora daquele que é um dos maiores grupos de hospitais privados do país considera que, neste contexto específico, o setor privado acaba por colmatar as necessidades crescentes da população, não concorrendo em primeira instância com o setor público. Para Isabel Vaz o setor privado não cresce em cima do SNS, “o que cresce é a procura”, declarou, sublinhando que o SNS necessita do setor privado para chegar a pessoas que, de outra forma, não teriam o acompanhamento adequado. Miguel Guimarães considera que “o crescimento do setor privado tem muito a ver com a falta de capacidade de resposta no setor público”, uma vez que existe um claro subfinanciamento “ou um financiamento desadequado”. O bastonário da Ordem dos Médicos, apesar de reconhecer que há margem para amenizar e combater os desperdícios, realça que é manifestamente insuficiente ter apenas 4,8% do PIB português dedicado ao SNS. “O setor público tem contratualizado com o setor privado vários serviços e acaba por canalizar mais de 2 mil milhões de euros para o setor privado e social para pagar serviços, que de outra forma o setor público não tem conseguido assegurar”, refere, reconhecendo que “se não houvesse alternativa ao setor público os doentes acabariam por esperar muito mais por uma consulta ou por uma cirurgia”. Ao falar da medicina privada, o bastonário aproveitou também para desmistificar algumas críticas que diz sentir quando “dizem que me importo muito com o SNS e que me importo menos com o setor privado”. “Isto tem uma razão de ser”, adianta. “O SNS é o bem maior (...) é onde nós temos um exemplo daquilo que é a solidariedade entre as pessoas, daquilo que é a dignidade e daquilo que devia ser a equidade de acesso aos cuidados de saúde”, esclarece. “É também o principal local onde se faz a formação médica”, acrescenta. A Ordem preocupa-se com o SNS “porque é o sistema que todos os portugueses pagam através dos seus impostos e, em caso de necessidade, é onde a população recorre e deveria ter sempre acesso em igualdade de circunstâncias. “Um SNS sem a capacidade de resposta adequada tende a aumentar as desigualdades sociais em saúde”, concluiu com preocupação.

No que diz respeito à eficiência e aos resultados, Isabel Vaz indica que, por vezes, “não é possível ser mais eficiente” quando já se atingiram todos os mais altos níveis de eficiência que são exequíveis, por muito que as seguradoras exerçam uma pressão para que assim seja. “Quando um setor ao longo de 20 anos não tem aumento dos preços individuais do ato, é bom de ver que algo vai mal no reino da Dinamarca”, gracejou. Algo distinto é quando falamos de medicina baseada no valor, adianta. Com um exemplo de tratamento de cancro do reto, Isabel Vaz ilustrou que “as seguradoras não conseguem ver ao final do dia quais é que são os resultados e se efetivamente os resultados foram melhores, ou não, para o doente” lamentando que continuem

“Não é possível colocar o doente no centro do sistema sem dar informações adequadas aos doentes sobre aquilo que fazemos e sobre aquilo que é expectável que aconteça” - Miguel Guimarães

centradas no custo direto dos tratamentos. O bastonário, citando os resultados de um estudo recente da Universidade Nova, aludiu ao facto de o tratamento dos doentes ter tido em 2017 um retorno de 5,2 mil milhões de euros, “cerca de metade do Orçamento de Estado para a Saúde”. Isto, explicou, tem a ver com o facto de as pessoas voltarem a trabalhar mais rapidamente, voltarem a contribuir para as economias familiares e, naturalmente, voltarem a contribuir para o Estado através do pagamento dos seus impostos. Ter portugueses mais saudáveis resulta numa recuperação do dinheiro investido, sublinhou, falando posteriormente do exemplo prático do tratamento da Hepatite C, onde “a cura de cerca de 95% dos casos levou a uma poupança para o Estado, porque o Estado tinha uma despesa grande com estes doentes (...) despesas de internamento, tratamentos médicos, transplantes hepáticos, etc.”. O representante dos médicos defendeu que era importante “quer os hospitais públicos, quer os hospitais privados” começarem a publicar os seus resultados por grandes patologias. Ideia pela qual Isabel Vaz manifestou simpatia e o próprio moderador achou relevante. Miguel

Guimarães falava de resultados como taxas de eficácia, cura e complicações. “Isto seria bom porque introduziria no sistema uma maior atenção pela qualidade, nenhum hospital quer estar pior que os outros”, asseverou, até porque falar em valor implica “que os nossos doentes tenham informação fidedigna, que possa ser auditada, para poderem tomar decisões (...) porque a capacidade de decisão tem muito a ver com informação”. “Não é possível colocar o doente no centro do sistema sem dar informações adequadas aos doentes sobre aquilo que fazemos e sobre aquilo que é expectável que aconteça”, salientou.

O debate, que decorreu no auditório das instalações do jornal Público, não se ficou pela discussão de temas do presente, colocando os olhos postos no futuro (que se encontra muito mais perto do que se imagina) como uma prioridade. “O mundo mudou e a gestão de talento mudou”, começou por adiantar Isabel Vaz, com a consciência de que a gestão no setor privado tem muito mais flexibilidade para contratar médicos, “muitos internos que estão a acabar a especialidade, seis meses antes de concluírem a sua formação já estão com contrato na mão”. “A luta pelo talento” tem, nos dias de hoje, uma concorrência que revela que “o estado do SNS na gestão de talento é dramático”, muito por culpa da demora dos concursos que permitem que os privados contratem os médicos todos antes sequer da abertura dos mesmos. Confrontando com esta realidade, Miguel Guimarães salientou que, apesar de tudo, “o SNS diz muito aos médicos porque é o sítio onde fazem a sua formação”, não tendo dúvidas, por isso, que “se o SNS tivesse as condições necessárias, a grande maioria dos médicos ficaria lá a trabalhar”. “Uma das coisas que eu propus (no início do mandato como bastonário) é que voltasse a existir a possibilidade de os médicos poderem optar por trabalhar em dedicação exclusiva (...) com os naturais benefícios financeiros”, adiantou. “O ex-Ministro da Saúde disse-me que isto não era possível porque não havia dinheiro para pagar aos médicos”, portanto, Miguel Guimarães clarificou mais uma vez que “não são os médicos que não querem trabalhar em dedicação exclusiva, é o Estado que não quer que os médicos trabalhem nesse regime porque gastaria mais dinheiro com estes profissionais”. Quanto à gestão de talento num mundo cada vez mais global, o bastonário considera que é “óbvio que temos um problema que afeta todos os jovens (...) nós não estamos a perder só médicos, estamos a perder enfermeiros, farmacêuticos,

engenheiros, arquitetos, engenheiros informáticos, pessoas ligadas às novas tecnologias, físicos, matemáticos, etc.”, garantiu. Isto acontece muito por culpa da benéfica integração europeia, mas que destapa a fragilidade concorrencial de Portugal relativamente aos restantes países. “Não temos a capacidade para concorrermos em termos de remuneração, nem em termos de projetos aliantes”, considerou Miguel Guimarães. Apesar dessa inevitabilidade “há uma coisa que é indesculpável que o Governo, ou se quisermos o Ministério da Saúde, ainda não tenha feito: aplicar, na prática, uma coisa que se chama carreira médica”, lamentou o bastonário. “A carreira médica está bem estruturada, mas não é aplicada, está congelada”.

Nesta sequência, Pedro Pita Barros questionou o bastonário da Ordem dos Médicos sobre se os médicos estão preparados para acompanhar as novas tecnologias e as transformações que revolucionam, cada vez mais, todas as profissões. Miguel Guimarães não tem dúvidas de que são as áreas “da medicina e dos transportes” as que melhor e mais à frente se encontram na evolução biotecnológica e na integração da inteligência artificial. “As tecnologias de informação trazem benefícios brutais e permitem que sejam manipuláveis quantidades imensas de informação”, considera, lembrando que a Agência americana de projetos de pesquisa avançada para a defesa em conjunto com a medicina militar, há quase 15 anos, financiou o desenvolvimento de um robot (Da Vinci) que permitiu aos médicos americanos controlarem em tempo real as operações de doentes à distância (que estavam no Iraque). O que deixa transparecer o que já será possível fazer hoje, nomeadamente com a tecnologia que ainda nem conhecemos. Apesar dessa benéfica evolução da tecnologia, “temos o dever de conservar a humanização”, salvaguarda o bastonário, uma vez que “na saúde, a relação entre as pessoas, é especialmente importante”. “A atenção que nós damos ao doente é fundamental. Apesar de a inteligência artificial, através de um processo de integração de giga memória e informação consegue dar muitas respostas precisas e adequadas a um caso clínico, mas não tem consciência”. “Os doentes que têm uma preocupação querem ter uma conversa com uma pessoa que consiga estabelecer empatia, dar uma explicação humana e uma palavra de carinho, e não uma explicação robotizada com base em estatísticas e algoritmos”, afirmou.

A maior divergência de opinião entre os convidados estabeleceu-se nas carreiras médicas. Isabel Vaz considera que “há uma grande confusão entre carreira e



Pedro Pita Barros



Isabel Vaz



Miguel Guimarães

graus" e adianta que, nos seus hospitais, tem em prática uma carreira com categorias e conteúdos funcionais diferentes daquilo que é a carreira no Estado e que, na sua opinião, "são até mais exigentes". A CEO do grupo Luz Saúde observa que os médicos do privado "não conseguem perceber que o grau de consultor, que é uma condição de admissibilidade da carreira pública, lhes seja barrado", "essa inflexibilidade e esta forma de pensar dá cabo do SNS", considera. Sobre isto, Miguel Guimarães foi claro ao afirmar que "carreira médica significa formação contínua e prestação pública de provas". "O que significa ter uma carreira, alcançar títulos, sem existir uma prestação pública de provas?", questionou. "Claro que os médicos que se dedicam em exclusivo ao setor privado ou social deviam também poder ser admitidos aos concursos para consultor", afirmou Miguel Guimarães, que acrescentou "Só existe uma Medicina e a sua qualidade, que é também a qualidade dos médicos, deve ser constantemente promovida e incentivada". Os médicos podem-se orgulhar de serem atualmente

dos poucos profissionais do país, de qualquer área, que prestam, perante um júri idóneo, provas públicas que certificam a sua qualidade, a sua evolução e diferenciação, a sua capacidade de gestão clínica, a sua progressão na carreira", afirmou, salientando que "é isso que faz a diferença". No grupo Luz Saúde ou noutros hospitais privados podem haver "10 graus ou 10 categorias, mas se isso não for reconhecido publicamente, se não existirem provas públicas, isso vale pouco", atestou, sem esquecer que

"há apenas uma medicina" e que, consequentemente, "é importante que nós pensemos na medicina como um todo, na medicina com qualidade e esse é o grande objetivo da Ordem dos Médicos".

No final da sessão, com direito a algumas perguntas da plateia, ambos concordaram que o direito à educação e à saúde são essenciais como fatores de coesão social e que, para o SNS ter associadas as três palavras que formam a sua essência: dignidade, solidariedade e equidade, "tem de haver mais investimento" não só no tratamento, mas também na prevenção. Relativamente à prevenção da doença, "todos os governos falam muito nisto, mas ninguém investe verdadeiramente", salientou o bastonário, afirmando que "basta olhar para o Orçamento de Estado para perceber que, do orçamento consignado ao SNS, o que está destinado a ações de prevenção não chega a 1%". Em jeito de conclusão, Miguel Guimarães lembrou que "a Ordem dos Médicos luta por um SNS forte e com capacidade de resposta para todos os cidadãos", algo que, considera "os nossos políticos não têm feito, limitando-se a discutir lei de bases da saúde e legislações, sem discutir os problemas de saúde dos portugueses". Numa altura em que comemorámos recentemente os 70 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, quando fazemos 40 anos de SNS e 50 anos de internato médico, "temos todos o dever de defender o direito das pessoas à saúde e a sua dignidade", assentou.

A função do orientador de formação e do médico interno na formação

A Ordem dos Médicos (OM) dinamizou, no dia 8 de maio, em Coimbra, o primeiro debate prévio do II Encontro do Internato Médico da Zona Centro, intitulado “A função do orientador de formação e do médico interno na formação”. A sessão contou com a participação do bastonário da OM, Miguel Guimarães, do presidente da Secção Regional do Centro da OM (SRCOM), Carlos Cortes, e foi moderado pela vice-presidente da SRCOM, Inês Rosendo. O debate foi enriquecido com as participações ativas de vários diretores clínicos, diretores executivos de agrupamentos de centros de saúde, diretores de internato médico, diretores de serviço, comissões de internos, membros de vários Colégios da Especialidade da OM e também representantes de núcleos de estudantes de medicina.

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

A primeira intervenção da sessão ficou a cargo do anfitrião, Carlos Cortes, que aproveitou para tecer elogios ao bastonário da Ordem dos Médicos, primeiro pela sua presença no evento, mas sobretudo por continuar “a demonstrar o seu interesse e a sua preocupação pelas questões do internato”. O presidente da SRCOM enalteceu a “sensibilidade muito grande” que Miguel

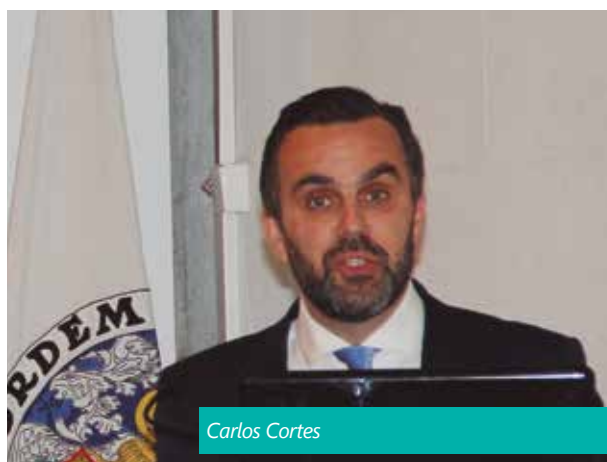
Guimarães demonstra no acompanhamento que faz “todas as semanas”, com telefonemas onde mostra interesse sobre as várias questões, “das mais importantes às mais locais, acerca de grupos de internos e até de internos individuais”. Não há dúvidas, afirma Carlos Cortes, da importância do internato médico para a medicina em Portugal, “a Ordem dos Médicos percebeu antes de todos qual é a importância de ter uma formação médica de qualidade e já sentíamos que seria importante haver um espaço de discussão sobre o internato médico”. Esse espaço de discussão, na zona centro, materializou-se no Encontro do Internato Médico que entra agora na sua 2ª edição e é um evento organizado pela Secção

Regional do Centro da Ordem dos Médicos, através do Gabinete de Formação Médica, em colaboração com a Comissão Regional do Internato Médico da Zona Centro e com o apoio do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Carlos Cortes lançou os primeiros temas para o debate assumindo que “o orientador de formação e o médico interno são um pouco a base da medicina hipocrática, da medicina do mestre com o seu discípulo”. No entanto, lamenta, apesar do orientador de formação ser imprescindível no processo formativo, ele não é hoje reconhecido, “nem nos diplomas do internato médico, nem nos diplomas que regulam a formação médica nós encontramos lá o verdadeiro reconhecimento, tendo em conta a importância do seu papel”. Como exemplo deixou o facto de não existir

um tempo adequado no horário do médico especialista para poder formar internos e para poder dedicar à formação. “Assistimos, cada vez mais a muitos médicos que não querem ser orientadores de formação porque não são valorizados, porque existe sobre eles uma pressão inaceitável para que se dediquem inteiramente ao trabalho assistencial”, denunciou.



Miguel Guimarães



Carlos Cortes

Quem lembrou que este encontro acontece “numa altura muito especial”, devido à celebração dos 40 anos do SNS e dos 50 anos do internato médico “tal como o conhecemos hoje”, foi o bastonário da OM, Miguel Guimarães, que usou da palavra com o intuito de lançar o debate. Agradecendo a todas as pessoas que tornaram possível a execução desta iniciativa, o bastonário mostrou-se ciente que “existe uma questão difícil de concretizar”, nomeadamente entre a avaliação e os concursos. Isto porque, explicou, as notas são cada vez mais altas e iguais e a diferenciação cada vez mais reduzida entre os candidatos. “Trago comigo um documento, publicado na Acta Médica Portuguesa em 2015” que

nos pode ajudar a fazer uma “reflexão acerca daqueles que foram os resultados encontrados num inquérito realizado a um série de médicos em que se fala sobre o papel que o orientador deve e pode ter na formação do médico interno”. No estudo em questão, intitulado “Em busca do orientador de formação ideal”, em que é primeira autora Ana Pinheiro de Sá, internista do Hospital Santa Maria, foi proposto caracterizar os orientadores de formação em Portugal de Medicina Interna. Apesar de se referir a uma especialidade em concreto, o estudo concluiu que o orientador de formação tem um papel decisivo na satisfação do interno com o seu processo formativo, facto com que todos parecem concordar à partida.

“Aprender a ser médico não é apenas pensar no de-

envolvimento científico ou naquilo que é o desenvolvimento técnico, mas também é pensar no desenvolvimento humanista, no desenvolvimento a nível dos aspetos éticos e deontológicos que, infelizmente, muitas vezes têm sido subvalorizados e, muitas vezes, não fazem sequer parte da formação nas várias especialidades”, afirmou Miguel Guimarães. Para o bastonário, a ética, a deontologia e as relações humanas não deveriam ser só ensinadas no ensino pré-graduado, mas também no ensino pós-graduado. “Há alguns anos”,

relatou, “tive a oportunidade de entrar em contacto com um modelo de formação de um hospital de topo a nível mundial onde cada interno tinha na prática dois orientadores de formação, um especialista e um interno mais velho”. Tendo conhecimento de que isso acontece em Portugal em algumas áreas e instituições, mas não de forma oficial, Miguel Guimarães vê com agrado



Leonor Gomes



Alexandra Dinis



António Ribeiro



Armando Carvalho



Amália Pereira



Avelino Pedroso



Bárbara Cruz



Armando Malcata



Conceição Maia



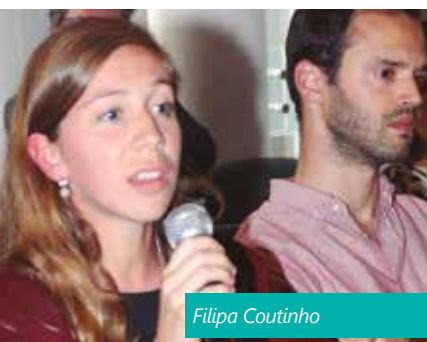
Carlos Ordens

a teoria de que seria benéfico ter dois profissionais a quem recorrer e, no caso do interno mais velho, para além de ser orientado por um especialista, ter também a “responsabilidade” de orientar um interno mais novo. “Este é um modelo que talvez não estejamos preparados para ter em Portugal”, reconheceu, antes de reafirmar que existe um problema com a atribuição de notas “altíssimas” logo no primeiro ano a internos que “ainda não conhecemos completamente”, porque se encontram na sua fase inicial. “Vamos ter de corrigir esta situação e isso obriga-nos a um debate interno”, concluiu.

Inês Rosendo abriu posteriormente o debate à plateia, resultando em muitas intervenções interessantes e pertinentes. Entre elas estiveram temas como as restrições

que existem no processo de nomeação de orientadores de formação, nomeadamente em serviços que têm 14 especialistas e 10 internos, por exemplo, sugestões como o orientador de formação não interferir na nota do interno uma vez que, considerou-se “a posição do orientador é extremamente ingrata” nesse aspeto e, ainda, os desafios decorrentes do percurso muito variado e, amiúde, feito longe do serviço onde o respetivo orientador faz o seu dia de trabalho, que muitos internos acabam por ter.

Para que serve a nota final do internato? Para avaliar o interno ou para o colocar? Foram mais duas questões levantadas pelos participantes, concluindo com a sugestão de traçar o perfil para o orientador de formação, mesmo cientes de que “não há pessoas suficientes”.



Filipa Coutinho



Helena Garcia



Fernanda Loureiro e Marques Neves



João Carlos Ribeiro



Daniel Jordão



Luís Silveira

Felizes pela possibilidade de ouvirem os colegas e comprometidos a levar em conta todas as sugestões e preocupações explanadas, Carlos Cortes e Miguel Guimarães fecharam a sessão. O primeiro confessou que não entende a dissociação entre ser formador e ser médico, porque “faz parte do ser médico, a formação é uma característica médica” e, como tal, considera um erro dissociar as duas valências. Já o bastonário salientou que “obrigação de ensinar temos todos”, já que “transmitir o conhecimento é uma obrigação ética e está expressa no Juramento de Hipócrates e no Código Deontológico”. No entanto, ressalva que “ser orientador de formação é uma função diferente e mais complexa, que obviamente não substitui aquilo que é a aprendizagem que o interno tem de ter ao passar por vários especialistas e vários serviços”. Ambos concordaram com o essencial: a formação médica é o que permite que Portugal conte e continue a contar com médicos de excelência, algo que a Ordem dos Médicos luta todos os dias para que seja uma característica imutável.

Este foi o primeiro debate prévio no âmbito do II Encontro do Internato Médico da Zona Centro. Saiba mais sobre estas iniciativas na página 58.



Sonhando com um hospital optimista Por um sistema de saúde mais saudável



Um livro destinado “aos optimistas, aos valentes, aos que se atrevem a arriscar, aos que aprendem com os seus erros, a quem dedica a sua vida a cuidar e a curar os outros”. Foi esta a proposta da Ordem dos Médicos (OM) e da AESE Business School ao organizar a apresentação do livro “Sonhando com um Hospital Optimista”, da autoria de José Fonseca Pires e Florent Amión, no dia 13 de maio, na sede da OM, em Lisboa, e no dia seguinte no Porto*. Este é um livro aparentemente simples e muito bem-humorado, mas que surpreende o leitor pelo convite à reflexão e ao auto-conhecimento em temas sérios e de grande importância para o futuro do nosso sistema de saúde como a gestão de equipas, motivação, sentido da missão institucional e individual. . .

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

O bastonário, Miguel Guimarães, foi o primeiro interveniente na sessão em Lisboa, tendo enaltecido o objectivo deste livro que passa por dar a conhecer ferramentas organizacionais para conseguirmos, entre todos, criar uma organização sanitária saudável, ou seja, um hospital optimista. “Este livro é um contributo muito positivo para sermos melhores gestores, mas também para melhorarmos as nossas relações humanas”, algo que considera da maior relevância para funcionar como “contraponto” da evolução tecnológica que, sendo muito desejável, “por vezes nos afasta dos doentes”. “Este livro é interessante e motivador”, sublinhou.

A apresentação em Lisboa esteve a cargo de Germano de Sousa (bastonário da OM entre 1999 e 2004) que começou por assumir que ao ler o título do livro se tinha sentido céptico: “será possível ter optimismo em hospitais onde os médicos estão sobrecarregados com trabalhos burocráticos e os gestores não têm autonomia de gestão?”, questionou-se. Estabelecendo um paralelismo

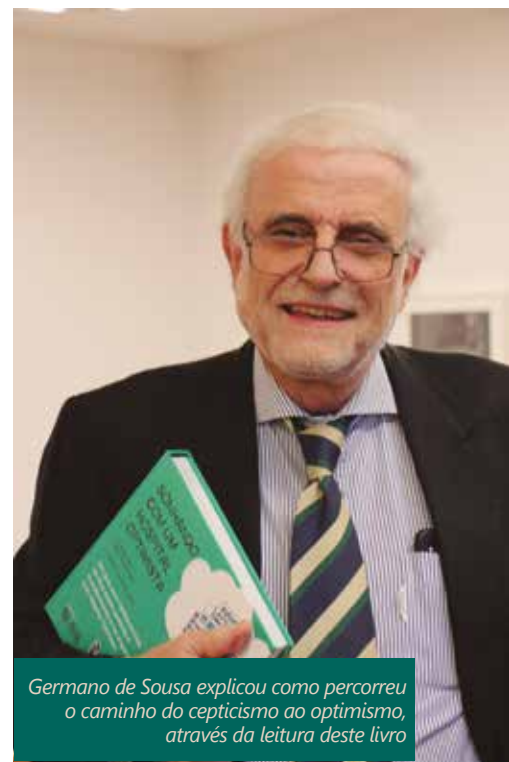


com os tempos em que dirigiu a OM, Germano de Sousa considerou que nada mudou quanto aos problemas e que o que mudou terá piorado, como sejam a questão da proletarização dos médicos. Mas, querendo fugir ao pessimismo, o apresentador da obra lembrou como os médicos devem ser parceiros privilegiados da gestão, tarefa em que todos podemos beneficiar com este livro, "escrito de forma clara, que permite que o conteúdo seja transmitido facilmente". "Depois deste livro é possível sonhar com um hospital optimista, uma saudável organização de saúde em que todos estejamos envolvidos e reconheçamos que podemos ser o motor da mudança", tal como os heróis deste livro, que Germano de Sousa louvou, realçando como será o hospital optimista: uma instituição onde haja igualdade de oportunidades, um plano de incentivos justo, que permita aos colaboradores conciliar a vida familiar com a vida profissional, que fomente a necessidade constante de formação, etc. O ex-bastonário enalteceu a forma como esta obra explica que nesse hospital saudavelmente optimista "os médicos trabalham para o doente como uma missão de serviço à pessoa humana em toda a sua plenitude", aproveitando para enaltecer a relação médico/doente num contexto de profunda empatia, porque "o médico como placebo só é eficaz se trabalharmos num hospital optimista", afiançou, rendido a esta visão. O apresentador referiu ainda como o livro percorre e explica o papel dos gestores informais, da inteligência emocional, a necessidade de mantermos uma mente de aprendiz, a importância de sabermos cuidar de nós para podermos cuidar dos ou-

tros e a necessária gratidão para com quem nos ensina e trabalha conosco.

Florent Ami  n, da Hospital Optimista Foundation, e co-autor da obra, fez uma breve interven  o na qual escolheu realçar como a ciência já está a provar o papel relevante da empatia. Mas alertou: "para se ser empático, é preciso estarmos bem, não se pode estar em *burnout* ou ter co-

legas tóxicos, não podemos ter falta de meios adequados para trabalhar e temos que ter condições justas", frisou. "Sem reunir essas condições,    impossível ao médico ser empático". Mas, "apesar do sistema, temos que escolher a atitude do herói e continuar a ser optimistas". Neste livro os autores relembram conceitos que definem como "receitas que se podem aplicar a todos os níveis". Não são precisos maiores orçamentos para um coordenador se



Germano de Sousa explicou como percorreu o caminho do cepticismo ao optimismo, através da leitura deste livro





Florent Amion, da Hospital Optimista Foundation, e José Fonseca Pires, médico e professor da AESE, co-autores

sentar a beber um café com os seus colaboradores e dar *feedback* do trabalho, uma mudança de atitude que “não depende do sistema, depende de cada um de nós”, lembrou. “Optimismo é sabermos aproveitar o que temos. (...) Se cada um de nós contribuir para essa missão de serviço, conseguiremos entre todos ser mais empáticos”, concluiu, desejando que este livro “ajude e inspire e que seja agradável de ler”.

José Fonseca Pires, médico e professor da AESE, agradeceu a todos os envolvidos, de forma personalizada, salientando entre muitos outros contributos, o excelente trabalho do ilustrador Fernando Jiménez. “Fazer este livro foi uma aventura muito divertida”, enquadrou, prossequindo com a referência a alguns elementos aparentemente *minor* que tantas vezes são negligenciados, mas que podem fazer a diferença: “boas maneiras, educação e, no contexto do hospital, a compaixão que é o que conduz a uma efectiva humanização”. E, citando Bento XVI (Joseph Aloisius Ratzinger), frisou: “a grandeza da humanidade determina-se essencialmente na relação com o sofrimento e com quem sofre. Isto vale tanto para o indivíduo como para a sociedade. Uma sociedade que não consegue aceitar os que sofrem e não é capaz de contribuir, mediante a compaixão, para fazer com que o sofrimento seja compartilhado e assumido mesmo interiormente é uma sociedade cruel e desumana”. Mesmo quando nos damos conta do sofrimento do outro, “a compaixão pede reflexão e acção”, com componentes psicológicos (como a empatia) e de gestão (como a descoberta de causas e efeitos e a acção para reduzir a dor, aliviar quem sofre). Uma compaixão que deve englobar doentes, familiares e profissionais de saúde.

Porque, sublinha José Fonseca Pires, “só cuidando dos cuidadores teremos um sistema humanizado e eficaz”. “Sonhando com um hospital optimista” é um livro que desconstrói preconceitos, desafiando o leitor, de uma forma muito inovadora e apelativa, a ser parte da solução e a assumir a responsabilidade individual por um ambiente optimista e saudável. Todos os profissionais ligados a instituições de saúde (médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes operacionais, assistentes sociais, engenheiros, gestores, etc.), e até doentes, podem beneficiar da leitura deste livro em que são convidados a reflectir sobre gestão de equipas, motivação, alinhamento estratégico, papel orientador (e sentido) da missão institucional e individual, com recurso a personagens que são heróis como o colibri...

A fábula do colibri na floresta em chamas

Esta fábula foi referida por Germano de Sousa durante a sua apresentação da obra, por ser mais um convite à autorreflexão sobre os modelos de comportamento preconizados em “Sonhando com um hospital optimista”. Resumimos aqui a fábula, à semelhança do orador, na expectativa de que seja motivadora da leitura: certo dia, numa floresta, deflagrou um grande incêndio e todos os animais começaram a fugir, assustados. Enquanto fugiam, alguns animais repararam num pequeno colibri que voava para trás e para diante, entre um lago e a floresta, carregando no seu bico minúsculo uma gota de água que deitava sobre o fogo. Ao vê-lo os outros animais de maior porte – como o elefante – perguntam-lhe se enlouqueceu, pois, com um bico tão pequeno, nunca conseguirá apagar o fogo e aconselham-no a fugir enquanto pode... Mas o pequeno colibri não desiste pois está determinado a fazer a sua parte. Mesmo sabendo que, sozinho, não consegue apagar o fogo...

E assim, com um momento que traduz o elogio das pequenas coisas, dos momentos em que ninguém repara – e que não são feitos para ser vistos pelos outros, mas sim para ser sentidos pelo próprio –, momentos em que está presente o carinho inerente à compaixão e ao cuidar, do outro, de nós e do meio envolvente, concluímos este texto, sugerindo vivamente a leitura de “Sonhando com um hospital optimista”.

* No Porto, a apresentação da obra ficou a cargo de José Manuel Silva (bastonário entre 2011 e 2016).



Mitos e crenças na Saúde Não é uma opinião, é evidência científica!

Da autoria de António Vaz Carneiro, diretor do Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência e presidente do Conselho Nacional para a Formação Profissional Contínua da Ordem dos Médicos, “Mitos e crenças na Saúde” é um livro que apresenta evidência científica que desmonta alguns mitos sobre saúde que parecem ter-se enraizado na sociedade. Cada mito sai deste livro iluminado por estudos científicos que o demonstram ou negam. Para António Vaz Carneiro essencial é a redução significativa do risco, sendo esse o princípio que norteia as suas escolhas pessoais.

Texto: Paula Fortunato, diretora executiva da revista da OM

Fotos: Filipe Pardal, redator da Revista da Ordem dos Médicos

A farmacêutica Sofia Crisóstomo foi quem fez a apresentação do livro, tendo elogiado a forma como António Vaz Carneiro “descodifica de uma forma acessível a todos” a (não) verdade de tantas crenças. “Laranja: de manhã ouro, à tarde prata, à noite mata... Mais uma crença que não é suportada por qualquer evidência científica”. “Em cada texto o autor apresenta os factos, a evidência (...) deixando espaço no final para sermos nós a decidir”, naquilo que a apresentadora definiu como “um convite à reflexão, feito de uma forma encantadora e acessível a todos”. “Quando há evidência científica deixa recomendações concretas”, referiu Sofia Crisóstomo, dando o exemplo da vacinação que, dada a extensa evidência científica relativa aos benefícios decorrentes da vacinação, é uma das recomendações de António Vaz Carneiro num livro que “está ao serviço da literacia em saúde”, à semelhança do projeto *Choosing Wisely* Portugal, coordenado pelo autor, também “uma iniciativa de promoção da saúde, acessível e de consulta online gratuita”, enalteceu.

Na sua intervenção, António Vaz Carneiro começou pelos necessários agradecimentos, com uma palavra “muito especial à família que é quem sofre com as horas dedicadas à escrita”. O especialista em Medicina Interna explicou que, se alguns mitos são inofensivos e até engraçados como o eterno “o leite de vaca é prejudicial à saúde?” ou o mito que já referimos sobre as laranjas, outros há que podem ser muito prejudiciais, levando a más opções terapêuticas e até a perigos em termos de saúde pública, referiu, exemplificando com a vacinação e a ocorrência de centenas de casos de sarampo que



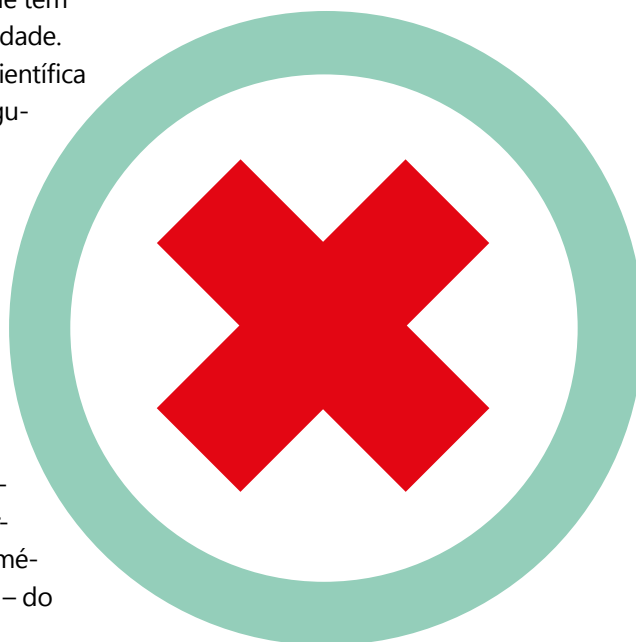
que há 20 anos – a explicar ao doente as opções terapêuticas. Porque há mais opções e porque são mais complexas”. O autor confessa sentir “o imperativo ético de mostrar a evidência científica às pessoas, mas, depois, deixá-las decidir”. Já na sua vida, assume que faz uma gestão de risco, decidindo que intervenções se justificam, com base nesse cálculo cientificamente comprovado do risco.

“Mitos e crenças na Saúde” é um livro escrito com rigor científico, numa linguagem acessível a todos, e com

respeito pelos princípios éticos e pela autodeterminação, em que o autor não impõe ciência, explica e demonstra ciência, deixando depois aos leitores o poder da reflexão e de, na posse da evidência científica, fazerem escolhas livres e informadas.

levaram à imposição da vacinação compulsiva nos Estados Unidos. Lamen-

tando a existência de uma espécie de “posição geral contra a evidência científica”, que inclui pessoas como Donald Trump que diz que não acredita nas provas que lhe apresentam de alterações climáticas, porque tem um “gut feeling” de que tal alteração não é verdade. Vaz Carneiro lamentou que essa corrente anticientífica a nível mundial - que nem sequer recorre a argumentos dizendo que as provas científicas são falsas, limitando-se a contrapor sentimentos ou intuições aos dados da evidência científica – esteja a invadir também a saúde... Mas mudar convicções não fundamentadas e crenças enraizadas não é um processo fácil. “Tentei neste livro defender uma metodologia para explicar as opções em saúde”: para cada convicção o autor indica no livro se há estudos científicos que confirmam ou desmentem. Neste contexto de complexidade, Vaz Carneiro defende a necessidade de mais diálogo médico/doente: “hoje demoro muito mais tempo – do



As iniciativas do Dia do Médico de Família



O Dia Mundial do Médico de Família comemorou-se no dia 19 de maio, com várias iniciativas promovidas por várias associações e entidades. Conscientes da impossibilidade de destacar todas, optamos por mencionar algumas delas. Todas têm um elo comum: promover a importância dos cuidados de saúde dos cidadãos e das suas famílias, valorizando o papel do médico de família nesse processo. Esta efeméride foi criada pela WONCA - World Organization of Family Doctors, uma associação que agrega os colégios, academias e organizações de especialistas em Medicina Geral e Familiar de todo o mundo. O médico de família não cura apenas doenças, é um médico que privilegia a prevenção e é um médico centrado naquilo que é mais importante: as pessoas.

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

Uma newsletter familiar

Um grupo de médicos internos de Medicina Geral e Familiar (MGF), da Direção de Internato Ricardo Jorge (para a Unidade Local de Saúde do Alto Minho) e o seu diretor de internato, Nelson Rodrigues – presidente da sub-região de Viana

do Castelo da Ordem dos Médicos - que apoiou esta iniciativa, decidiram criar e divulgar uma newsletter relativa à comemoração da efeméride. Esta newsletter “familiar” propõe-se a explicar o que fazem, a quem servem e quem são os médicos de família. As ideias-chave da iniciativa são a da Medicina Geral e Familiar como uma especialidade médica que é responsável pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos, abrangendo papéis multidisciplinares, como a



promoção da saúde e a prevenção da doença, cuidados curativos e paliativos, sempre de acordo com as necessidades de saúde e recursos disponíveis na comunidade em que o médico de família se insere. "O médico de família é o especialista da pessoa", expõe a newsletter. Para os médicos promotores desta ação, é importante continuar a promover o trabalho que os especialistas de MGF realizam, "com vista a dignificar o trabalho diário e a especialidade, tantas vezes desvalorizada por quem não conhece nem reconhece este trabalho". "Considerámo-lo fundamental divulgar o dia do Médico de Família, procurando desmistificar ideias sobre esta especialidade", referem.

Quem é o seu médico de família?

Esta é a pergunta que um grupo de internos de MGF da Unidade de Saúde da Ilha de São Miguel realizou em forma de vídeo. Em parceria com a ARTAC - Associação Regional para a promoção e desenvolvimento do turismo, ambiente, cultura e saúde dos Açores -, a Ventoencanado Produções e a RTP Açores, o vídeo pretende sensibilizar os utentes do Serviço Regional de Saúde para as competências e importância do médico de família. Com vários testemunhos conduzidos por um só texto, são destacadas características como os cuidados ao longo da vida, o trabalho em equipa, o tratamento de problemas agudos e crónicos, os cuidados de proximidade, a prevenção e promoção de estilos de vida saudáveis, entre muitas outras.

Comemoração em forma de caminhada



Foi sempre a andar que a Unidade de Saúde Familiar Cartaxo Terra Viva comemorou o Dia do Médico de

Família. Uma caminhada com os seus utentes, com uma duração de sensivelmente uma hora, foi uma forma original de comemorar ao mesmo tempo que se promoveu o exercício físico tão essencial a um estilo de vida saudável. Desta forma a USF Cartaxo Terra, tal como muitas outras USF de todo o país, associou-se à iniciativa promovida pela Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF) que destacaremos já de seguida.

"Médico de Família, o mais próximo de mim"

Este foi o lema escolhido para este ano pela APMGF para comemorar a ocasião, com especial enfoque na relação próxima entre o especialista e os doentes, famílias e comunidades. A associação apelou a todos os médicos de família para que se juntassem localmente e mostrassem o que de mais importante têm vindo a fazer nas suas comunidades, "com o fim último de atingir uma relação de saúde mais próxima". Foram ainda revelados os premiados do projeto "MF, o mais próximo de mim", que distinguiu iniciativas desenvolvidas por médicos de família e internos de MGF que se propuseram e conseguiram fortalecer "os laços com as populações servidas pelos cuidados de saúde primários".

Um agradecimento a todos os Médicos de Família



Foi o que a Ordem dos Médicos fez com a publicação de um vídeo, na sua página de Facebook, onde através do exemplo e das respostas da especialista Marta Barroca, agradeceu, de forma simbólica, a dedicação de todos os médicos de família e a maneira como cuidam das famílias portuguesas.

VOX-POP:

O meu médico de família

**Liliana Lourencinho** – Ferreira do Alentejo

“Com medico de família sinto que a saúde fica mais acessível. O médico de família é aquele que acompanha e sabe todo o histórico de saúde e que nos dá maior confiança e à vontade para expor os problemas de saúde que nem sempre são fáceis de falar. Sem o médico de família ir ao centro de saúde fica sempre para segundo plano já que implica horários e consultas de recurso para as quais parece nunca haver disponibilidade.”

**Ricardo Silva** – Porto

“O meu médico de família é o profissional com que posso contar sempre que tenho alguma preocupação. É o recurso mais confiável e próximo que tenho para recorrer e é por isso que é tão importante no nosso sistema de saúde. Sobretudo porque é o único médico que nos acompanha em várias fases da vida. Os cuidados primários deveriam ser uma prioridade cada vez maior dos nossos governantes uma vez que são esses cuidados que nos podem permitir retirar algum peso das urgências. Fica a ganhar o cidadão e ficam a ganhar os profissionais.”

**Ana Narciso** – Faro

“Um médico de família é uma pessoa que está sempre acessível, disponível e que me acompanha sempre. É uma relação que se constrói em diversas fases da vida e, portanto, personifica na perfeição aquilo que deve ser uma relação de confiança. Eu gosto muito da minha!”

**Bruna Pereira** – Lisboa

“Na minha perspetiva, o médico de família é um elemento imprescindível no sistema de saúde. É através dele que fazemos o rastreio dos mais diversos sintomas (grandes e pequenos) para, posteriormente, sermos encaminhados para a especialidade correta ou, em casos mais simples, serem-nos indicados os procedimentos e medicação a fazer, caso se justifique. O médico de família deve ser também uma pessoa atenta e muito humana, pois é a primeira pessoa a quem o utente recorre e, por isso, deve ser alguém que transmita total confiança”.





Dia do Médico de Família Ser Médico de Família é (também) orientar e ensinar

Marta Barroca

A propósito do Dia do Médico de Família, que se comemora a 19 de maio, fomos conversar com Marta Barroca, uma jovem médica que concluiu a especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF) em novembro de 2018 e que nos conta como nasce a paixão por essa especialidade. Por um lado pela diversidade que surge do cuidar em várias fases do ciclo de vida e, por outro, pelo prazer em não ser apenas uma especialista em doenças, mas antes uma especialista da promoção da saúde e da literacia, que ensina o outro a zelar pela sua própria saúde, “pois quantas mais ferramentas e conhecimentos o doente tiver mais fácil vai ser para ele, para nós e para o próprio sistema de saúde, gerir esse percurso”. Ainda é preciso, explica-nos, ensinar a população a utilizar bem os cuidados de saúde primários (CSP) e não só. A contrastar com o entusiasmo que esta recém-especialista demonstra quando fala da Medicina Geral e Familiar e do encontro médico/doente, o desconforto perante o excesso de burocracias e as muitas desigualdades entre regiões e modelos de funcionamento... Certa de que há um longo, mas importante, caminho a percorrer, a bem da saúde dos seus doentes e da própria sustentabilidade do sistema de saúde, Marta Barroca valoriza a literacia em saúde, área em que fez uma pós-graduação e desenhou um projeto sobre o sono da mulher que espera em breve ter tempo para implementar. Médica, mulher e (prestes a ser) mãe, esta jovem especialista de Medicina Geral e Familiar reconhece que, por vezes, é demasiado exigente consigo própria ao querer ser uma “supermulher” em tantas coisas em simultâneo e todas elas tão absorventes. Sobre os tempos livres confessa que, muitas vezes, escolhe ocupá-los com mais formação profissional contínua na busca constante de ser mais e melhor para si própria e para os seus doentes

Texto e fotos: Paula Fortunato, diretora executiva da Revista da Ordem dos Médicos

Revista da Ordem dos Médicos – Terminou a especialidade no final de 2018. Em que momento sentiu que MGF era a sua vocação?

Marta Barroca – Só durante a faculdade é que descobri verdadeiramente o sentido da Medicina Geral e Familiar. Durante o estágio prático no centro de saúde (CS) percebi e gostei do conceito subjacente à MGF com o qual me identifiquei bastante. As minhas opções oscilavam entre Pediatria, pois sempre gostei muito de crianças e entrei em Medicina com esse propósito, e MGF - que descobri já durante os últimos anos do curso. Fiquei particularmente fascinada pela diversidade e abrangência, pelo acompanhamento em várias fases do ciclo de vida, em vários segmentos da população que eu gostava muito (crianças, grávidas, idosos, mas também adultos).

ROM – Mas no momento de escolher, optou por MGF...

MB – Sim, optei pela MGF e ainda bem pois, pela prática, já percebi que me identifico muito mais com o ambiente mais “acolhedor” do centro de saúde do que com o ambiente hospitalar, mais impessoal e “à pressa”. Além disso, a hipótese de atuarmos na prevenção da doença através da promoção da literacia e de comportamentos saudáveis é uma das grandes mais-valias e gozo da MGF - apesar de difícil e com resultados muito morosos... Sem dúvida que, desde que entrei na especialidade, fui-me apaixonando cada vez mais por essas particularidades.

ROM – A promoção da saúde é tão importante quanto a prevenção da doença?

MB – Sim! Não quero ser médica só para tratar doenças. Acho que ser médico é também promover a saúde e educar a população para que ela própria saiba zelar pela sua saúde e para que saiba adotar os melhores comportamentos para ter mais e melhor saúde. E, quando surge a doença, temos que ter a capacidade de orientar a pessoa nessa doença e desmistificar o “bicho papão” da doença, pois quantas mais ferramentas e conhecimentos o doente tiver mais fácil vai ser para ele, para nós e para o próprio sistema de saúde, gerir esse percurso. Daí que seja fundamental o nosso papel como educadores.

ROM – Como descreveria o papel do médico de família (MF) no conjunto do sistema de saúde?

MB – Vejo o médico de família como a porta de entrada no SNS; é ele quem recebe os doentes e que vai orientá-los para outras especialidades,

dentro ou fora do centro de saúde. É quem centra toda a informação relevante do doente, integra essa informação e articula com os cuidados secundários, com a comunidade, a família, os outros profissionais. Posso comparar o MF ao tronco de uma árvore: concentra a informação vinda de todas as áreas envolventes do doente/das suas “raízes” (a sua história pessoal, familiar, o contexto social, comunitário, habitacional, laboral, ambiental), processa-a e transforma-a em resultados/“folhas e frutos” - resolve problemas em parceria com o doente e com outros profissionais do CS (enfermeiros, administrativos) ou dos CSP (equipas de psicologia, serviço social, saúde oral, cuidados paliativos, saúde escolar, fisioterapia, nutrição, entre outros cuidados na comunidade), ou que encaminha o doente para outros níveis de cuidados - cuidados hospitalares - mantendo sempre a ligação a ele.

O médico de família funciona como um alicerce que, tal como o tronco de uma árvore, muitas vezes não é valorizado pois está menos visível, parece menos bonito ou mais “rudimentar”, mas é fundamental para se obter esses ganhos em saúde para os doentes, isto é, para que as folhas e os frutos surjam.

ROM – E no percurso de uma família?

MB – O médico de família é o “gestor da doença e da saúde” e funciona como o especialista que orienta e ajuda a pessoa a atingir e manter a saúde. Idealmente o médico de família é quase “parte da família”, pois acompanha o doente (e a sua família), desde criança, pelas várias fases da vida, ao longo das gerações. O papel do MF integra conceitos como transgeracionalidade, continuidade de cuidados, orientação, disponibilidade e proximidade.

ROM – Como é que consegue que o doente se envolva no seu processo de saúde?

MB – É uma relação que vamos trabalhando ao longo do tempo. Senti isso durante o internato: há uma grande preocupação formativa sobre como comunicar com o doente. Sem uma comunicação correta é muito difícil chegar ao verdadeiro objetivo do doente na consulta e que ele nos entenda, que se envolva e que consigamos

O médico de família funciona como um alicerce que, tal como o tronco de uma árvore, muitas vezes não é valorizado pois está menos visível, parece menos bonito ou mais “rudimentar”, mas é fundamental para se obter esses ganhos em saúde para os doentes, isto é, para que as folhas e os frutos surjam.

obter os melhores resultados. A relação médico/doente é fundamental e também terapêutica. É um ponto a trabalhar e aperfeiçoar ao longo da nossa prática para melhorarmos. Mas vale a pena! É muito gratificante quando o doente nos diz: "ainda bem que me explicou dessa forma porque agora sim eu compreendi" ou "agradeço a preocupação que tem em estar a ouvir-me".

ROM – Sente, então, que uma boa relação médico/doente é importante?

MB – Sim, no fim do dia é o que dá sentido ao que faço. Muitos doentes são seguidos também em consultas hospitalares, por patologias várias e complexas, no entanto gostam sempre de vir à nossa consulta para mostrar os exames, dar as informações para "ficarem escritas no computador", e porque, no fundo, admitem que gostam de falar connosco. Como tantas vezes fomos nós, os MF, que os encaminhámos, ficam muito gratos e transmitem consideração. Embora uma consulta dessas não tenha aparente conteúdo clínico ou terapêutico, o doente sai do nosso gabinete "mais leve" porque partilhou connosco aquela informação, ou mais esclarecido e descansado porque lhe explicámos de forma mais acessível um resultado que o tinha deixado preocupado, mas que não tinha tido coragem de perguntar ao colega da outra especialidade. Nessas ocasiões, despeço-me do doente com um sorriso interior, sabendo que o doente foi mais satisfeito, mais tranquilo e mais esclarecido.

ROM – É nesse encontro que se sente realizada...

MB – Sim. E no trabalho em equipa. Dou-lhe outro exemplo: embora esteja há poucos meses no meu local de trabalho, já acompanhei uma grávida nas últimas consultas pré-natais, observei o filho recém-nascido, depois fizemos consulta do 1º mês, entretanto a consulta de revisão de puerpério da mãe... Sinto uma grande satisfação neste acompanhamento - ver o resultado daqueles meses de expectativa, ajudar a gerir os receios sobre o recém-nascido, estar disponível, prestar cuidados de continuidade, em parceria com uma enfermeira de família, facto que torna estas consultas tão mais ricas do que quando estamos sozinhos...

ROM – Como especialista quais são os maiores desafios que tem sentido?

MB – Todo o trabalho de gestão que como especialistas temos que fazer sozinhos: gerir a agenda, as solicitações administrativas, o tempo de consulta, as expectativas dos doentes...

ROM – E desilusões, sentiu?

MB – Relativamente à especialidade não. Os objetivos e particularidades da MGF são muito claros e fazem todo o sentido para mim. No entanto, perceber a forma

É dramático apercebermo-nos que as pessoas durante anos se habituaram a fazer fila à porta dos centros de saúde para "mendigar" uma consulta de vigilância da saúde, às 5 da manhã, e acham que isso é "normal".

como a MGF se organiza política e organizacionalmente no nosso país causa-me algum desconforto: há muitas burocracias, muita desigualdade entre regiões, entre modelos de funcionamento. São situações que não deveriam existir, para bem da população que servimos e da saúde dos profissionais que trabalham nestas condições. Além disso, também me desilude a desconfiança que se sente de alguns doentes em relação aos MF e aos CSP.

ROM – Qual a razão dessa desconfiança?

MB – A grande maioria das vezes resume-se a desconhecimento e ao facto de não utilizarem os CSP. A população portuguesa ainda não aprendeu a utilizar bem os cuidados de saúde, entre eles os CSP. Esse é um trabalho que tem de ser feito a bem da sustentabilidade do SNS, dos profissionais que nele trabalham e dos próprios doentes.

ROM – A que se refere quando diz que os portugueses não sabem utilizar os cuidados de saúde?

MB – É algo que sentimos, principalmente quando vamos servir populações que não têm médico de família há anos: aí percebe-se bem a tal desigualdade e desconhecimento de uma utilização correta dos CSP. É dramático apercebermo-nos que as pessoas, durante anos, se habituaram a fazer fila à porta dos CS para "mendigar" uma consulta de vigilância da saúde, às 5 da manhã, e acham que isso é "normal". Pela falta de acesso com que são penalizados há anos, não conhecem a diferença entre uma consulta programada para vigilância da saúde ou de doenças crónicas controladas, e uma "consulta do dia" para resolver um problema agudo. Daí ser urgente tornar o acesso aos CSP mais justo e equilibrado, mas também fomentar a literacia dos portugueses, pois só assim aprenderão a zelar mais pela sua saúde (assumindo a sua responsabilidade) e a utilizar os serviços de forma coerente e adequada.

ROM – Tem algum projeto inovador de que nos queira falar?

MB – O meu projeto inovador neste momento é a preparação para ser mãe. (risos)
Além da aprendizagem de como ser boa especialista, falando mais a sério, tenho delineado um projeto de

literacia em saúde sobre o sono da mulher - que desenvolvi no âmbito da pós-graduação na mesma área e que tenciono pôr em prática, assim que seja oportuno.

ROM – Médica, mãe, mulher.... É difícil ser aceite como alguém que quer viver toda a sua potencialidade?

MB – Enquanto médica (interna) e mulher, não senti qualquer dificuldade, até porque no internato, como temos o apoio do orientador e se temos de nos ausentar para formações, estágios, ou outros trabalhos para nosso desenvolvimento profissional, os doentes nunca são deixados “desprotegidos”.

Porém, agora como especialista e, ainda por cima, a preparar-me para ser mãe, com a menor disponibilidade inerente a esta fase, já sinto alguns doentes a cobrar as ausências. Eu própria me cobro por isso! Ou seja, a maior dificuldade reside em nós mesmas: querermos ser e fazer tantas coisas, em simultâneo, e todas elas tão absorventes... E queremos ser o melhor possível em todas elas, claro! Por isso, às vezes não aceitamos não ser aquela supermulher que imaginávamos... Grande parte da aceitação é respeitar que a máxima potencialidade pode ter uma fasquia ligeiramente mais baixa, o que não nos tira o mérito nem a competência e muito menos a felicidade – que, no fundo, é o mais importante.

ROM – Em família assume-se como “médica de família” ou permite que cuidem de si?

MB – Sempre fui muito cuidadora, logo o papel de “médica de família” assentou bem para a minha própria família: gosto de me preocupar se estão bem e quando não estão tento estar disponível para ajudar ou, pelo menos, para orientar. Felizmente só tem sido necessário em coisas *minor*. No entanto, ainda sou muito cuidada pela minha família e deixo que o façam. Gosto que assim seja!

ROM – Tem tempos livres?

MB – Sim, consigo ter tempos livres, principalmente desde que terminei o internato. Geralmente ocupo-os com a família, os amigos e algumas viagens. Outras vezes surgem ideias de cursos e pós-graduações que me interessam e esses tempos deixam automaticamente de estar livres. (risos)



Marta Barroca
Especialista em Medicina Geral e Familiar no ACeS
do Estuário do Tejo, ARSLVT; Pós-graduada em
Literacia em Saúde.

Conferência “Sistemas de Saúde no teu dia-a-dia” Total politização da lei de bases ao abrigo de acordos partidários

Jorge Penedo defendeu que não seria necessária uma mudança da Lei de Bases da Saúde, como se está a verificar, uma vez que a que está em vigor tem servido os interesses e “permitiu ao longo dos anos o desenvolvimento do SNS”, apontando como negativas as circunstâncias atuais em que se “assiste a uma total politização ao abrigo de acordos partidários”.



Segundo o dirigente, esta prática não é adequada, tratando-se ao invés de “um erro que pagaremos caro”.

O Vice-presidente do Conselho Regional do Sul abordou o assunto na Conferência «Sistemas de Saúde no teu dia-a-dia», que a Associação de Estudantes da Faculdade de Medicina de Lisboa (AEFML) promoveu no dia 23 de abril na Aula Magna da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Nesta iniciativa, para além de Jorge Penedo, foram oradores João de Deus, do Conselho Nacional da Ordem dos Médicos e Presidente da Associação Europeia dos Médicos Hospitalares, e João Proença, ex-secretário geral da UGT e atualmente presidente do Conselho Geral e de Supervisão da ADSE.

«Made Easy» foi o título da intervenção do Vice-pre-

sidente do Conselho Regional do Sul, que contextualizou com a história o sistema de Saúde em Portugal, designadamente recordando que só existe Ministério da Saúde desde 1958, concluindo portanto que “isto é ainda tudo muito recente”, até mesmo o grande passo que foi a Constituição de 1976, com a legitimização do acesso universal aos cuidados de saúde.

A Lei de Bases da Saúde é de 1990, assinalou, sublinhando que se tratou de um processo “exatamente ao contrário”, uma vez que a sua criação deveria ser anterior ao do Serviço Nacional de Saúde.

Jorge Penedo esclareceu também a questão sobre as coberturas da Saúde nos dias de hoje. Referiu nesse contexto que o SNS abrange 100% dos portugueses, mas referiu que os subsistemas de saúde cobrem cerca de 25% da saúde, “o que significa que estes têm dupla cobertura”, sendo ainda que os seguros de saúde chegam aos 26%.

A questão do financiamento foi também abordada. O dirigente relembrou que o SNS é financiado pelos impostos e que, portanto, sempre que se “quer mais dinheiro ou aumenta-se impostos ou retira-se orçamento a outros ministérios, não há alternativa”, ressaltando ainda que 28% dos custos são pagos diretamente pelo bolso dos cidadãos.

Apresentado os números do PIB e da respetiva percentagem de utilização na Saúde, bem como dos

indicadores de crescimento da riqueza nos últimos cinco anos, Jorge Penedo advertiu que “estamos a gastar mais em Saúde do que aquilo que estamos a criar de riqueza, portanto, não é saudável gastar mais do que o que temos”. Outro aspeto do problema dos custos da Saúde é que “metade dos custos são para ordenados, o que significa que qualquer mexida causa um impacto muito grande” e que, quando se quer reduzir custos, recorre-se também aos cortes de ordenados.

Na fase de perguntas dos estudantes presentes, o dirigente abordou também a questão do número aumento do número de estudantes de Medicina, considerando “o tema complexo”. Para Jorge Penedo, “quando se está no liceu defende-se que deve haver mais vagas na faculdade e por aí fora até chegar a altura em que se acha que deve ser tudo mais reduzido”. Nessa altura admitiu que “o desemprego é possível” e que “ninguém sabe quantos médicos há em serviço” e que se vive “um período de grande adaptação”.

Quanto à questão das parcerias público-privado na Saúde, também abordada na conferência, o Vice-presidente do CRS recordou que se trata “de contratos muito rigorosos, muito mais rigorosos do que os contratos-programa que existem com os hospitais do SNS”. Contudo, considerou “ser desejável haver melhores resultados de gestão, mas igualmente de ganhos em Saúde”.

João de Deus, cujo tema da intervenção foi «Sistemas de Saúde Estrangeiros - Comparação com SNS», admitiu igualmente, que “Portugal não precisaria de uma nova Lei de Bases da Saúde”, corroborando a posição de Jorge Penedo. Este membro do Conselho Nacional da Ordem dos Médicos perguntou até: “Mudar para pior para quê?”

O presidente da Associação Europeia dos Médicos Hospitalares revelou a sua preocupação com o número de médicos que estão a entrar em formação e não apontou soluções para fazer face ao “crescente aumento de médicos que chegam vindos de outros países de formação pré-graduada”.

Para João de Deus, há, contudo, um princípio inegociável. “Não abdicaremos de formação de qualidade”, disse, referindo-se quer à Ordem dos Médicos, quer à organização europeia que dirige.

O presidente do Conselho Geral da ADSE apresentou os números da operação deste subsistema de saúde e



o que levou os privados a ameaçarem com o corte de serviços para a ADSE.

Segundo João Proença, a questão publicamente apresentada padece de factos menos precisos e defendeu também que os novos órgãos sociais precisariam de mais tempo para resolver os problemas.

A Conferência “Sistemas de Saúde no teu dia-a-dia” foi realizada visando a participação dos alunos e futuros médicos, “com vista à aquisição de conhecimentos práticos sobre o Serviço Nacional de Saúde, basilares ao desempenhar das suas funções futuras”, segundo a AEFML, organizadora do evento.

O objetivo foi “promover a discussão de temas, tais como a situação atual do Serviço Nacional de Saúde, questões práticas acerca do mesmo, a comparação com outros Sistemas de Saúde, bem como a temática dos Seguros de Saúde e as suas implicações”.



Carlos Ribeiro, que foi o segundo diretor da Unidade de Tratamento Intensivo para Coronários (UTIC) – Arsénio Cordeiro, do Hospital de Santa Maria, disse, nas comemorações dos 50 anos da unidade, que “a UTIC não merece ser só passado, merece ser continuada”.

UTIC de Santa Maria comemorou 50 anos

O médico e professor universitário, que foi também Bastonário da Ordem dos Médicos, rematou a sua intervenção, na sessão inaugural das comemorações, manifestando a certeza de que “a capacidade e o conhecimento do Prof. Fausto Pinto e de todos os seus colaboradores dão agora a certeza de que a UTIC tem futuro”.

Esta sessão decorreu ao princípio da manhã de dia 5 de abril, dois dias antes de se perfazerem os 50 anos de existência da unidade, que foi fundada por Arsénio Cordeiro e depois dirigida por Carlos Ribeiro a partir de 1980, altura em que o fundador se jubilou.

A comemoração assentou num vasto programa científico que se realizou ao longo do dia, mas a sessão inaugural, na renovada Aula Magna da Faculdade, contou com diversas intervenções, que se iniciaram com o Diretor da Faculdade de Medicina de Lisboa e do Departamento de Cardiologia do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Fausto Pinto.

Seguiram-se as intervenções de Carlos Martins, na altura ainda presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, da ministra da Saúde, Marta Temido, do Bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, e fechou com Carlos Ribeiro.

O Bastonário considerou que “a UTIC é um exemplo objetivo de inovação e continuidade e do que é pôr em andamento um projeto importante para todos os cidadãos e para a qualidade da medicina portuguesa, que tem como pai o Prof. Arsénio Cordeiro, mas que tem como mãe todos os profissionais que a construíram”. Miguel Guimarães sublinhou também, neste contexto, o “excelente trabalho que a direção da Faculdade de Medicina e do Hospital têm feito em conjunto, que devia ser replicado nas outras unidades de saúde, nomeadamente na integração de cuidados de saúde primários e de cuidados hospitalares”, pedindo à ministra da Saúde, que falaria a seguir, “para começar a dar mais atenção a

todas as unidades de saúde, para todas as pessoas sentirem o apoio de quem lidera a saúde em Portugal”.

Carlos Martins, por seu turno, recordou que há 50 anos “a criação em Portugal da primeira UTIC e uma das primeiras na Europa foi uma marca fortíssima de inovação no combate às doenças cardíacas e ao enfarte do miocárdio”.

Na altura, registre-se, metade dos doentes morria com enfarte do miocárdio e hoje morrem cerca de 3%, lembraram vários dos intervenientes na sessão inaugural. Carlos Martins sublinhou que, assim, a abertura da unidade foi “um contributo notável para a qualidade de vida e para a vida dos portugueses que recorreram” ao Santa Maria com essa patologia.

Fausto Pinto, que leu uma mensagem enviada pelo Presidente da República, assinalou, na sua intervenção inicial, que a criação da primeira unidade coronária e de cuidados intensivos cardiológicos em Portugal resultou do “espírito inovador e visão estratégica do seu fundador, o Prof. Arsénio Cordeiro, que encontrou outro espírito génio, o Dr. Azeredo Perdigão, que permitiu criar assim a primeira UTIC em Portugal”.

Na mensagem, Marcelo Rebelo de Sousa congratula-se pelo “trabalho pioneiro deste serviço na prestação de cuidados altamente diferenciados prestados à população” e sublinha “a dedicação e esmero de todos aqueles profissionais que se dedicam generosamente a salvar vidas humanas”, perguntando: “Haverá maior generosidade e coragem do que salvar alguém?”.

“Como Presidente da República de todas as portuguesas e portugueses de todas as idades, sinto muito orgulho e estou ao mesmo tempo agradecido a todos, particularmente às médicas e aos médicos e cientistas aqui presentes”, refere no final da sua mensagem o Presidente da República.

Médicos devem alargar áreas de formação



Miguel Guimarães desafiou os médicos internos a alargarem a sua formação a áreas importantes para os novos caminhos da Medicina, entre as quais a gestão e a comunicação com os doentes. Foi na sessão de abertura do mostrEM 2019, no dia 6 de maio no auditório da Ordem dos Médicos.

O Bastonário da Ordem dos Médicos, que fechou a sessão de abertura do encontro, ao início da tarde de dia 6 de maio, disse aos jovens médicos que “é fundamental ter uma formação mais ampla do que aquilo que se aprende em Medicina ou em cada um dos internatos de especialidade”.

E elencou as áreas em que defende esse tipo de formação abrangente. Desde logo formação em liderança, alertando que os médicos “têm que liderar equipas e devem sabê-lo fazer bem”, mas também em gestão de unidades de saúde, ou nas áreas da bioética, o que vai ser “particularmente exigente com introdução das novas tecnologias”.

Para além destas, Miguel Guimarães apontou também a comunicação, “muito importante para a preservação da relação médico-doente como peça essencial” do tratamento de qualidade e também “para a humanização dos cuidados de saúde”, explicou, considerando ainda outros aspetos da formação como o do direito ligado à Medicina.

O Bastonário da Ordem dos Médicos participou na sessão de abertura do mostrEM 2019, em Lisboa, iniciativa realizada pelo Conselho Regional do Sul e pelo Conselho Nacional do Médico Interno, e que visa dar aos jovens internos que vão escolher a especialidade uma visão de cada uma das especialidades, com a participação de um especialista e um interno, que relata as suas experiências.

As especialidades vão mudar muito

O Presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos considera que as especialidades, em Medicina, vão mudar muito nas próximas décadas e que, portanto, os internos devem escolher a sua especialidade a pensar na carreira de 40 anos e no futuro e não no que acontece agora.



Na sessão de abertura do mostrEM 2019, Alexandre Valentim Lourenço dirigiu-se aos médicos internos que vão escolher a especialidade proximamente e recordou que as especialidades de hoje já são muito diferentes das de há 30 ou 40 anos, recordando a Infeciologia que “passou para a ribalta” depois da sida e de novas patologias infecciosas.

“As especialidades vão ser muito diferentes”, disse, aconselhando por isso a “não pensar em horizontes estreitos” para fazer a escolha numa área, que pesem as mudanças, “não tem par nas outras profissões”.

O dirigente referiu que a Ordem conta com os novos internos para manterem viva “a aliança entre a clínica e o doente e continuarem a estudar e a aprender, mas tendo sempre o doente como primeira preocupação”.

Jovens internos e especialistas entre os trabalhos no auditório os momentos de descontração no jardim





Melhorar a vida dos doentes é um dever

“O nosso dever é melhorar a vida dos doentes, mas também os sítios por onde passamos e trabalhamos”, disse a presidente do Conselho Nacional do Médico Interno (CNMI), no encerramento do mostrEM 2019. Já o representante do Conselho Regional do Sul (CRS) exortou os jovens a participarem nas atividades da Ordem dos Médicos.



Catarina Perry da Câmara e Nuno Gaibino encerraram os trabalhos do mostrEM 2019, no dia 8 de maio, no auditório da Ordem dos Médicos, em Lisboa. As jornadas foram organizadas em conjunto entre o CNMI e o CRS e reuniram, durante três dias (6, 7 e 8 de maio), centenas de jovens médicos candidatos ao internato de especialidade.

A presidente do CNMI disse ainda que cada médico “deve também ajudar os seus colegas” e contribuir para melhorar as unidades de saúde e os serviços onde trabalham.

Nuno Gaibino dirigiu-se aos mais jovens, que se prestam para iniciar a formação especializada, recordando que toda a reunião de três dias se passou na Ordem, “casa de todos os médicos”, onde se promovem eventos da maior importância na carreira e que “tem sempre a porta aberta”.

Ciclo de Conferências

A arte do encontro esteve de volta à SRNOM



Promover o diálogo e a partilha de conhecimento entre os médicos é o grande objetivo da nova iniciativa do CRNOM, o ciclo de conferências “Às Sextas na Ordem”, que se realiza a uma sexta-feira de cada mês. No primeiro trimestre do ano, foram a debate temas tratados por oradores de prestígio como Carlos Mota Cardoso, Nelson Rocha, Ana Correia de Oliveira e Manuel Sobrinho Simões.

11 de janeiro

Psiquiatria: Normalidade vs. Doença

Carlos Mota Cardoso foi o orador convidado da primeira sessão de 2019 do “Às Sextas na Ordem”. “Psiquiatria: Normalidade vs. Doença” foi o tema apresentado pelo conhecido psiquiatra, membro do CRNOM, que trouxe muitas dezenas de médicos e curiosos até ao Salão Nobre da Casa do Médico. A iniciativa “Às Sextas na Ordem” foi mais uma vez elogiada pelo presidente do CRNOM, António Araújo, que salientou o “empenho da equipa organizadora”, composta por António Sarmento, Carlos Mota Cardoso, Ana Correia de Oliveira e Diana Mota, e a relevância dos temas apresentados. “Hoje tenho o privilégio de poder apresentar um amigo de longa data, que também é membro do CRNOM, uma pessoa por quem tenho a maior consideração e apreço. Vai falar de um tema interessante a todos os níveis, porque todos fugimos da norma e somos um pouco doentes”, introduziu António Araújo.

Carlos Mota Cardoso começou por destacar a importância da iniciativa e de outros eventos científicos, culturais e educacionais promovidos pela SRNOM, porque “não há cultura sem educação”. “Falar de norma, normalidade, doença ou psiquiatria é algo difícil e até estranho. Afinal o que é doença? O que é a normalidade?” - lançou Carlos Mota Cardoso para,

a seguir, abordar a história da própria doença. A definição das palavras e a sua origem mereceu algum destaque ao longo da sua intervenção, questionando se será “legítimo catalogar as pessoas psicologicamente” e o cuidado necessário. Para o orador, a norma “não pode nem deve ser uma regularidade estatística, não se esgota aí e é

também um modelo cultural. As normas que nos regem a todos, tanto funcionam para inclusão como para afastamento”. Na sua opinião, as pessoas rapidamente entenderam que “norma” poderia deslizar para valores que perseguem uma espécie de ideal. “A normalidade pode ser a vulgaridade, o habitual, mas também uma espécie de percurso para um ideal. Sempre existiu uma certa preocupação a uma normalidade adaptativa por fatores externos às sociedades”. O professor catedrático



convidado da Universidade do Porto falou da origem das palavras e, conseqüentemente, das línguas e como isso nos ajuda a definir conceitos. “Também a linguagem médica funda-se numa terminologia baseada quase exclusivamente na origem da palavra. À medida que o conhecimento se vai acumulando, a expressão médica primitiva vai-se alargando e assumindo um conceito mais vasto e amplo”, comentou. Para sustentar esta ideia, explicou o significado das palavras “pathos” ou “patologia”, “sentir” e “sofrimento” ou “dor”, fazendo a ponte com termos médicos.

Ao longo da palestra, Carlos Mota Cardoso mencionou alguns conceitos utilizados por outros especialistas em psiquiatria, entre eles Manuel Azevedo Fernandes, que considera que uma neurose “é o desencontro do homem consigo próprio”, enquanto uma psicose “é o desencontro do homem com o mundo”. Para o orador, o sofrimento é veiculado pelo sentimento de angústia ou ansiedade que “são dores que não sendo patológicas, são fundamentais para a vida psicológica. Mesmo na vida psicológica normal, esses sentimentos são tão intensos que se expressam de forma muito viva e afetam o decurso da vida mesmo a nível motor. São estes elementos que mantêm o homem aberto às mudanças da própria existência”, frisou. A interrogação pelo sentido da vida, a procura de respostas e a “angústia neurótica” que se “cristaliza na destruição física e na morte” foram alguns tópicos abordados. O psiquiatra revelou que muitas pessoas só pedem ajuda médica numa fase mais tardia, em que têm medo da morte e o sentimento se torna mais real. “O homem doente e ansioso tem muita dificuldade em omitir a sua morte. Essa morte está dentro de todos nós e no nosso pensamento, sentimo-la, mas quando alguém está doente, esse latejar cria fendas e faz com que ela esteja presente em todo o seu pensamento. Assim, ela define todos os momentos e passa a ser uma descrição física da sua vida”, completou, dando exemplos de ataques de pânico ou momentos em que o indivíduo não vê para lá do horizonte.

A sessão centrou-se ainda na morte existencial, no desespero, pânico e angústia sentido pelos neuróticos. Para Carlos Mota Cardoso, “é possível voltar a ter uma ideia saudável da morte se o indivíduo conseguir omiti-la de todos os seus

momentos e colocá-la no último dos seus planos”. Antes de terminar, confessou ainda que enquanto alguns regridem e “tombam no terreno da loucura”, outros progridem e procuram a saúde o bem-estar. Nesse sentido, o orador leu um excerto de um poema de Carlos Drummond de Andrade sobre a loucura (“Doido”, que se traduz na melhor definição e síntese do termo. Com uma plateia numerosa, iniciou-se o debate e foram esclarecidos vários termos e conceitos relacionados com a neurose e a psicose ou a angústia e depressão.

22 de fevereiro

História Clínica: Ciência ou Arte?

A segunda sessão de 2019 do ciclo de conferências “Às Sextas na Ordem” teve como tema “História Clínica: Ciência ou Arte?”, que foi tratado por Nelson Rocha, especialista em Medicina Interna, e Ana Correia de Oliveira, especialista em Medicina Geral e Familiar e membro do CRNOM. Para inaugurar a conversa, Carlos Mota Cardoso, da comissão organizadora desta iniciativa, confirmou o empenho do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos na promoção de “palestras científicas, ligadas a temas de natureza médica ou antropológica”. Na Sala de Conferências, o dirigente apresentou os convidados e realçou a importância de chamar a atenção dos jovens para a recuperação da história clínica. “É recuperar a associação daquilo que é a ciência e a arte, a vertente artística e científica da medicina. A história clínica absorve uma maravilha que só a medicina tem: o encontro único entre médico-doente”.

Ana Correia de Oliveira foi a primeira oradora da tarde e apresentou o tema como algo “essencial na consulta médica”. Numa altura em que a medicina está cada vez mais baseada no doente como centro da atividade clínica, a especialista em Medicina Geral e Familiar confessou que “80% dos diagnósticos podem ser feitos através de uma boa história clínica”, destacando a importância da semiologia para orientar um bom diagnóstico e ajudar o doente. “A história clínica, não só é um ótimo meio para obter dados do nosso doente, mas também para impor alguns conceitos de educação para a saúde”, alertou a médica, reconhecendo que saber as doenças existentes na família e todo o contexto familiar, social e económico também é importante. Ana

Correia de Oliveira questionou a plateia sobre o facto de o médico estar ou não preparado para ouvir o doente, se 15 minutos de consulta são suficientes para obter um bom diagnóstico e “chegar ao coração do doente” – nesse sentido, abordou a importância da consulta, o tempo reduzido que dispõem e a arte necessária para que o doente saia satisfeito da consulta. “Sem dúvida que a história clínica é ciência, em que temos que ter uma boa base de conhecimentos científicos, mas também temos que ter arte para conseguir chegar ao doente”, resumiu.

Uma vez que a comunicação verbal não é igual para todas as pessoas, Ana Correia de Oliveira considera que é uma arte ajustá-la a cada doente. Também a comunicação não-verbal representa 75% da nossa comunicação e “devemos olhar os doentes nos olhos, para assim transmitir confiança. Procurar, estudar e informar junto de outros colegas a causa e as respostas para o problema do doente também faz parte da nossa tarefa para acompanhar a evolução da medicina. Devemos ouvir como gostaríamos de ser ouvidos e dedicarmo-nos aos doentes. Mais uma vez, isso é arte”, considerou. Reconhecendo que nem todas as histórias clínicas são fáceis e que quase todas têm uma envolvimento sentimental, destacou a empatia, a capacidade de compreender o doente e a importância da comunicação. “Só se expressarmos empatia, conseguimos fazer uma medicina mais humanizada”. A história clínica engloba a utilização de conhecimentos médicos, é uma ciência. Mas também engloba empatia, a comunicação e a humanização da medicina. De facto, é uma arte. História clínica é ciência e arte”, concluiu Ana Correia de Oliveira.

“Tudo aquilo que é feito com rigor, precisão, elegância e imaginação, incluindo a ciência, deve ter configuração artística”, confidenciou Nelson Rocha ao iniciar a sua apresentação. O especialista em Medicina Interna optou por abordar a vertente do raciocínio clínico e como se aprende e ensina a diagnosticar. Uma vez que “diagnosticar é comparar e contrastar”, aconselhou a comparar os dados e a informação

que recolhemos da história clínica ou dos exames físicos “com o arquivo existente na nossa cabeça, decorrente do nosso estudo e experiência”. Na sua opinião, “a forma e o conteúdo do nosso arquivo e a forma e o conteúdo da síntese da nossa investigação clínica do doente, da maneira que apresentamos essa informação ao nosso *software* para diagnóstico, é absolutamente decisivo. A organização do conhecimento é determinada pelo modo com que a informação é adquirida”.

Os doentes não se apresentam por categorias, mas sim com sintomas e sinais que exprimem a forma como o corpo humano reage às perturbações das



suas funções biomédicas. Nesse contexto, Nelson Rocha considera importante saber que os elementos semiológicos, o número de sintomas é finito e limitado, que diferentes doenças podem expressar-se por sintomas idênticos e que a mesma doença pode expressar-se por síndromes diversos. “É importante criar uma estrutura neuronal que relacione sintomas e sinais com síndromes e doenças, permitindo-nos circular nesta estrutura. A estrutura neuronal permite uma orientação mais ampla e diversa e deve estar formatada e ser seletiva”, assegurou. O professor catedrático do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) deu exemplos de sintomas e doenças para explicar como se identificam as características, o que as diferencia e excluir outras para obter diagnósticos, numa “procura de características diferenciadoras”. Salientou a importância de

construir fichas clínicas, que “devem ter elementos epidemiológicos que caracterizam a doença”. A epidemiologia, os mecanismos, os fatores de risco, a cronologia da evolução da doença, os sinais e sintomas, desde os diferenciadores, significativos e clássicos, foram alguns dos assuntos abordados pelo especialista, que sugeriu ainda “estudar com metodologia, respeitar os conteúdos e a estrutura fundamentais e ser seletivo”.

Ao longo da sua palestra, Nelson Rocha apresentou alguns casos de estudo, relacionado com faringites, procurando identificar mecanismos para a doença e criando alguma interação com a plateia. Falou ainda sobre o modo como deve ser conduzida a investigação clínica e a ficha final a ser submetida para um diagnóstico diferencial, bem como algumas estratégias para a sua construção. António Sarmento, vice-presidente do CRNOM esteve presente na sessão e inaugurou o debate, elogiando a apresentação feita pelo orador como uma “obra de arte”. Outros elementos da assistência enaltecem a componente ética que Ana Correia de Oliveira incluiu no tema, reconhecendo que nem sempre é fácil olhar os doentes nos olhos. Carlos Mota Cardoso caracterizou como “espantosa” a exposição pedagógica e o método de encontrar o melhor caminho entre a arte e a ciência, “honrando a dimensão do encontro médico-doente”. Presente na plateia, o médico José Queirós afirmou que a arte da empatia pode ser “traíçoeira” e aconselhou prudência. Na sua opinião, assiste-se a uma “desvalorização da história clínica por uma dessubjetivação da medicina. A nossa profissão está sempre num estado de sabedoria permanente, da necessidade de estar continuamente informado”. No final, saudou o CRNOM pela iniciativa, porque a história clínica deve ser valorizada. António Sarmento encerrou o debate, concluindo que “não pode haver competência sem humanidade, são indissociáveis” e que “a vida é a arte do encontro”.

29 de março

Cancro: Doença ou Consequência

Para falar sobre cancro, na terceira sessão do trimestre, a comissão organizadora da iniciativa “Às Sextas na Ordem” convidou o patologista Manuel Sobrinho Simões. A abertura esteve a cargo de Carlos Mota Cardoso, que deu as boas-vindas aos presentes e apresentou o convidado. O conhecido médico e investigador introduziu o tema, frisando que atualmente “fala-se de causas e consequências porque o cancro,

como doença crónica, é sempre consequência de alguma coisa”. “Temos as causas, a pré-doença, a doença, daqui há consequências e essas criam condições para manter o sistema. As consequências refletem-se na causalidade e, depois, mais tarde. À medida que temos pessoas muito idosas, passamos a ter maior dificuldade em distinguir, de uma maneira absoluta, aquilo que chamamos de doença e saúde. Nós, médicos, temos associações e evidências na medicina, mas não temos provas e causalidades verdadeiras”, explicou. Sobrinho Simões assumiu não ser fácil definir a doença para os portugueses, abordando a perceção da doença nos diferentes países, as causas e a genética do cancro como



“doença orgânica”. Depois de apontar a doença como um “organismo vivo celular”, definiu-o: “é um clone dos nossos próprios tecidos, é muito eficiente em termos de crescimento e é capaz de invadir os tecidos adjacentes, não respeitando as fronteiras. Não devemos pensar em algo caótico, é sim um organismo eficiente, o que o torna tão difícil de tratar”.

Durante a sua apresentação, Manuel Sobrinho Simões mostrou exemplos de casos de desenvolvimento de cancro, o estado das células com instabilidade genética e alterações somáticas. Abordou a evolução da doença e as diferenças entre tumores, bem como a importância do diagnóstico precoce. “Tal como nós, dentro do ecossistema, os tumores crescem, têm mutações e encontram pressões seletivas que se adaptam e

reagem ao ambiente. A grande maioria dos cancros que tivemos ao longo da vida, desapareceram. Nas células temos proliferação ou bloqueio da morte – por isso, apostamos cada vez mais em tratamentos que induzem o suicídio das células malignas, daqui há crescimento, e quando são invasoras passamos a ter metastização”, explicou. O especialista em Anatomia Patológica, caracterizou o cancro como uma doença genética, em que as alterações das células iniciais passam para as células filhas e adiantou que mais de 95% tem uma causa ambiental e que a maioria dos cancros são devido a mutações somáticas como o tabaco, exposição solar e inflamações crónicas com radicais livres – em que produzimos mutações genéticas somáticas. Assim, deu alguns exemplos e revelou alguns dados concretos sobre estas alterações somáticas e germinativas, mostrando que “é impossível pensar que vamos resolver o problema do cancro através dos alvos”.

A interação das células, as mutações adicionais e outras respostas imunológicas foram alguns dos tópicos utilizados para falar de causas e consequências no desenvolvimento, diagnóstico e progressão do cancro desde “os inícios”. Dividiu as doenças em três categorias: degenerativas, inflamatórias e neoplásicas e afirmou que “se tiver que identificar o ponto mais importante de qualquer doença, a causa mais frequente de cancros é através das inflamações crónicas, porque o processo inflamatório acaba por provocar radicais livres de oxigénio que dão alterações do ADN”. Nesse sentido, traçou as fronteiras e os limites da doença, bem como a aceleração no seu desenvolvimento nos últimos tempos. “Nós, como organismos vivos multicelulares, temos muitos vírus no nosso organismo que incorporamos ao longo dos anos e quando alguns tem uma mutação, temos a ativação e determinado vírus. Corremos permanentemente o risco de ter a ativação do vírus e material de ADN. Temos que compreender cada caso porque o fator mais importante não são os genes, mas sim os bichos que andam connosco, a inflamação que despertam, a imunidade de resposta do hospedeiro, etc. Aachamos que temos que voltar a uma medicina concentrada na precisão, mas temos que ser capazes de fazer estudos individuais porque cada pessoa é muito mais do que somente informação genética”, reforçou. Sobrinho Simões revelou que a maior parte dos cancros é o resultado de uma “interação complexa de numerosas alterações genéticas e epigenéticas”

onde os fatores do hospedeiro desempenham o principal papel. “Devemos ter a noção de que se há alterações genéticas, vai haver uma alteração metabólica interessante. Estamos cada vez mais a usar mecanismos para tratar, reprogramar o metabolismo. Vamos progressivamente tentar tratar os doentes com cancro através das respostas imunitárias do próprio hospedeiro. As duas principais áreas do desenvolvimento do tratamento, para além do diagnóstico precoce que devemos melhorar sempre, é fazer aproximações ao metabolismo e à resposta imunitária”, recomendou. Antes de terminar, nomeou ainda os fatores mais importantes para a avaliação do cancro e tratamento, que são a “genómica, a morfologia ou patologia e a alteração de metabolismo e hipoxia”, a que se juntam os fatores imunológicos e psicossociais. Em resumo, “o homem biológico fundiu-se com o homem sociocultural”. Relembrando a pergunta da comissão organizadora desta iniciativa: Será que com o aumento da longevidade e com a diminuição das doenças infecciosas e cardiovasculares, vamos morrer todos com cancro ou por cancro?, Sobrinho Simões respondeu que “vamos morrer não por cancro, é um número cada vez mais reduzido, mas vamos morrer com cancro”, afirmando que as doenças civilizacionais e emergentes, como a obesidade, diabetes, sida, tuberculose, depressão aceleraram o envelhecimento e aumentaram as doenças crónicas e os microcarcinomas. António Sarmento encetou o debate, elogiado a palestra e o “privilégio” de ser o moderador e fez algumas questões relacionadas com a biologia celular, as doenças infecciosas e a evolução do cancro. Presente na sessão, Adriano Pimenta, médico urologista, destacou o papel dos linfócitos, o cancro da próstata e os tratamentos utilizados. Outros médicos presentes falaram sobre a prevenção, causas do cancro e do envelhecimento e a investigação. Ana Correia de Oliveira, membro da comissão organizadora, deixou uma mensagem final sobre o facto de a medicina ser risco/benefício, “em que é melhor ter idosos felizes, com energia e boa mobilidade, apesar do risco de ter mais cancros – é o que se pretende, o bem-estar das pessoas”.



O NORTE DA SAÚDE

CICLO DE CONFERÊNCIAS
SECÇÃO REGIONAL DO NORTE

Hospitais: Quo vadis?

Bragança | 13 Junho
21h30 Auditório Paulo Quintela

Braga | 11 Julho
21h30 Fund. Cupertino de Miranda, V.N. Famalicão



Ordem dos Médicos
Secção Regional do Norte

“Nos Bastidores da Medicina - Reflexões autobiográficas que nunca pensei escrever”

apresentado na Ordem dos Médicos



Júlio Leite, Cândido Ferreira, Isabel de Carvalho Garcia, Carlos Cortes, Vasco Pereira da Costa e Diogo Cabrita

Foi apresentado dia 17 de abril, o mais recente livro do médico e escritor Cândido Ferreira, obra intitulada “Nos Bastidores da Medicina - Reflexões autobiográficas que nunca pensei escrever” com chancela das Edições MinervaCoimbra.

O dia não foi um mera escolha no calendário: Há 50 anos, os estudantes de Coimbra começaram a trilhar os caminhos da Liberdade sendo o autor desta obra precisamente um dos intervenientes na crise académica de 69.

Nesta sessão que decorreu na Ordem dos Médicos em Coimbra foram oradores: Isabel de Carvalho Garcia, a Editora; Vasco Pereira da Costa, escritor e artista plástico; Diogo Cabrita, Cirurgião e escritor; Júlio Leite, Cirurgião e Professor Catedrático Jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Cândido Ferreira, médico nefrologista, autor da obra; e o anfitrião, Carlos Cortes, Presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos que destacou “a visão holística do autor e a sua intensa preocupação com a sociedade e o mundo que gira à sua volta”. Carlos Cortes asseverou ainda

que este dia é um marco da liberdade que o autor quis também perpetuar com esta apresentação na Ordem dos Médicos. “Ser médico é dar aos outros e em todas as vertentes. Cândido Ferreira soube fazê-lo”, assinalou o presidente da SRCOM. Isabel de Carvalho Garcia, por seu turno, destacou o “agradável percurso” desde que editou a obra “Setembro Vermelho” em julho de 2012 tendo em conta que Cândido Ferreira é “um homem especial”.

Numa apresentação pontuada por várias revisitações a nomes tão marcantes da literatura portuguesa - tais como Torga, Namora, Fialho de Almeida - o Professor Vasco Pereira da Costa acentuou: “Este livro reflete as andarilhanças do autor mas o título conduziu-me a outra abordagem “bastidores” que me levam ao campo semântico do palco da vida”. O escritor Vasco Pereira da Costa, ligando esta obra à data que naquele dia se assinalava em Coimbra e no País, lembrou que aquele tempo e aquelas memórias de Cândido Ferreira que agora nos são legadas, era o tempo em que “Coimbra ganhava espaço na universalidade”. Por isso, e entre muitas outras justificações, Cândido Ferreira “deixa-nos um legado bastante precioso”. Já o cirurgião

Diogo Cabrita lembrou que este livro é “uma tentativa de repor a verdade”. Propondo-se analisar o autor através dos seus dotes de quiromância, descreveu “o homem com profunda lealdade para com os amigos e com frontalidade total e transparência” entre as diversas qualidades e formas de estar na vida do seu colega Cândido Ferreira.

Por seu turno, o professor catedrático Júlio Leite lembrou o lado insubmisso e idealista do autor. “Merece atenção nas inquietações que mostra no seu livro”, defende o cirurgião.

Neste livro, através de uma escrita fluída, pejada de humor e de crítica mordaz, sem medo de expressar a sua opinião e de usar remates estilísticos de minúcia e ornamentos de filigrana, o autor, natural de Febres (Cantanhede) mostra-nos o seu percurso de vida e os “casos dignos de relato” com que se confrontou, ao longo de mais de quatro décadas. São histórias com gente dentro e que, ao mesmo tempo, sensibilizam o leitor para os sempre renovados caminhos no exercício da Medicina. “Dá-me muito prazer ser incómodo”, disse o autor, confessando o seu gosto para que este livro seja lido, entre outros, por estudantes de medicina. O aborto, a eutanásia, o assédio sexual, a formação profissional são alguns dos temas presentes neste livro.



Cândido Ferreira e Carlos Cortes



Diogo Cabrita



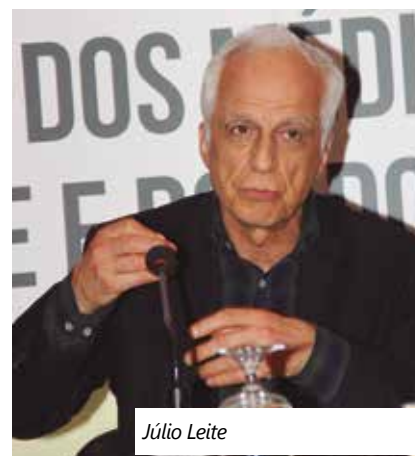
Décio de Sousa, Jeni Canha, Vasco Pereira da Costa, Cândido Ferreira



Liliana Ferreira, Carlos Cortes, Cândido Ferreira e Póiares Baptista



Carlos Cortes e António Póiares Baptista



Júlio Leite

Ordem dos Médicos e Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra Assinam protocolo de colaboração

Carlos Cortes e Duarte Nuno Vieira rubricaram, na manhã de 27 de maio, o protocolo de colaboração entre a Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM) e a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), que ambos respetivamente dirigem.

“Aproximar a Faculdade de Medicina da Ordem dos Médicos faz todo o sentido e é um passo muito importante”, assumiu Carlos Cortes. Na sua intervenção, o presidente da SRCOM sublinhou o contributo da professora Marília Dourado da FMUC “que, em boa hora, desafiou a Ordem dos Médicos para a concretização desta profícua colaboração” iniciada, aliás, já há algumas semanas. Carlos Cortes agradeceu, pois, a “visão dos responsáveis da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra que, conjuntamente com a Ordem dos Médicos, pode aprofundar a relação institucional que ambas as instituições têm tido”. A participação em projetos conjuntos de investigação, a organização conjunta de cursos na SRCOM e a promoção de debates são alguns dos compromissos que fazem parte deste protocolo.

Para além da SRCOM, esta cerimónia incluiu também a assinatura de protocolos entre a FMUC e o Instituto Superior de Engenharia de Coimbra, o Grupo Sanfil Medicina, a Sociedade Portuguesa de Medicina Física e Reabilitação e, ainda, a Câmara Municipal de Cantanhede.



Cirurgião **Manuel Antunes** recebe medalha de ouro da FMUC, onde vai continuar a dar aulas

A Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) promoveu, dia 27 de maio, uma sessão científica, que incluiu duas conferências dos mais recentes Doutores Honoris Causa da instituição – os médicos e académicos Luis Martí-Bonmatí e André D’Hoore –, a assinatura de cinco protocolos (incluindo com a Ordem dos Médicos) e a entrega da Medalha de Ouro da faculdade ao professor catedrático jubilado Manuel Antunes.

Ao intervir após a assinatura do protocolo, no âmbito desta sessão científica que incluiu a entrega da Medalha de Ouro da FMUC ao Professor Doutor Manuel Antunes, o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, agradeceu, em nome da Ordem dos Médicos, o inestimável contributo do cirurgião por “tudo o que fez pelo ensino médi-

co, pela sua participação na Ordem dos Médicos, pela sua defesa incansável da qualidade da saúde e da qualidade do Serviço Nacional de Saúde, e por ser o cidadão que é: médico pleno, do ponto de vista técnico, científico, clínico, um médico inconformado, médico cidadão e sempre muito participativo”.

O Professor catedrático de Cirurgia Cardiorácica (desde agosto de 1990) e diretor do Centro de Cirurgia Cardiorácica dos Hospitais da Universidade de Coimbra (durante cerca de 30 anos), vai continuar a lecionar, ao abrigo da lei que permite a continuação do serviço para além dos 70 anos. Irá coordenar os mestrados e doutoramentos da área cirúrgica.



Quatro sessões de debate antecedem o II Encontro do Internato Médico da Zona Centro

Repensar a avaliação do Internato Médico

No caminho da excelência da formação médica para melhor cuidar, com qualidade e segurança, os nossos doentes. Eis uma das principais ideias-chave do II Encontro do Internato Médico da Zona Centro que, este ano, teve lugar em Coimbra.

Cientes de que a formação médica é o pilar do exercício da Medicina e, sendo esta já de elevada qualidade, existe sempre caminho possível de melhoria. Este II Encontro do Internato Médico teve como mote identificar esse caminho, através da participação de inúmeros interlocutores.

A anteceder esta segunda edição, e lançando as bases para uma reflexão conjunta, ao longo do mês de maio e durante quatro sessões (ver notícia da primeira sessão na página 26 e seguintes) médicos internos, orientadores, representantes de colégios de especialidade e médicos que desempenham diversos cargos de chefia debateram quatro grandes temas da formação médica: papel do orientador e do interno na formação, a avaliação contínua e a avaliação final e, na derradeira sessão, o serviço de urgência e idoneidade formativa.

Este encontro teve, pois, como objetivos criar um momento para destacar a excelência na formação médica, reforçar a relação interno-orientador e proporcionar novas oportunidades de aprendizagem. A Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos pretende, desta forma, mostrar à sociedade a reflexão estratégica que está a levar a cabo, partindo da análise sobre a avaliação no Internato Médico.

Foram quatro sessões de grande interatividade e muita

**II ENCONTRO
INTERNATO MÉDICO**
Avaliação no Internato Médico

SESSÕES DE DEBATE

A / 8 MAIO	B / 15 MAIO
A função do orientador de formação e do médico interno na formação Moderadora: Prof. Inês Rosendo Vice-Presidente do Conselho Regional da SRCOM	Avaliação contínua no Internato Médico Moderadora: Dr.ª Isabel Antunes Vogal do Conselho Regional da SRCOM
C / 22 MAIO	D / 29 MAIO
Avaliação final no Internato Médico Moderadora: Prof. Doutor João Carlos Ribeiro Presidente da Comissão Regional do Internato Médico da Zona Centro	Serviço de urgência e idoneidade formativa Moderadora: Dra. Armália Pereira – Diretora do Internato Médico do Centro Hospitalar de Leiria

18h00 · COIMBRA*
* Sala Miguel Torga, sede da SRCOM

INSCRIÇÕES: <https://bit.ly/2LrDcuf>

ORGANIZAÇÃO
SRCOM
SECÇÃO REGIONAL DO CENTRO
DA ORDEM DOS MÉDICOS

Comissão Regional do Internato Médico da Zona Centro

IMCENTRO.COM.PT

participação que tiveram lugar sempre na sala Miguel Torga da sede da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos. A 15 de maio, o debate centrou-se na “Avaliação contínua no internato médico”. A sessão moderada por Isabel Antunes, Vogal do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos, contou com a intervenção do Coordenador do Gabinete de Formação Médica da SRCOM, Marques Neves e teve como relator o médico interno de cirurgia, Daniel Jordão. Aquando da divulgação deste debate junto dos órgãos de comunicação social, o presidente da SRCOM, Carlos Cortes, afirmou: “É importante manter um sistema

de avaliação, justo e prático, e que, ao mesmo tempo, mantenha a exigência necessária para a qualidade do internato médico”.

Na sessão, para além de serem discutidos os parâme-

forma de avaliação do internato, para que a mesma seja equitativa e uniforme.

A 29 de maio, coube a Amália Pereira, Diretora do Internato Médico do Centro Hospitalar de Leiria, moderar



Daniel Jordão, Isabel Antunes, Marques Neves.



Carlos Cortes



Assis Viveiros, João Carlos Ribeiro e Marques Neves



Gonçalo Miranda, Amália Pereira e Marques Neves

o debate sobre o serviço de urgência. Ao seu lado, na mesa do debate, esteve Gonçalo Miranda (relator) e o Coordenador do Gabinete da Formação Médica da SRCOM, Marques Neves. Sobre esta temática, muitos foram os relevantes contributos apresentados sobre a participação e responsabilidade dos internos nos serviços de urgência. Foram, também, partilhadas muitas dúvidas e uma ideia-

tros de avaliação, ficou clara a ideia de que a aposta na humanização dos cuidados e na comunicação com os utentes deve ser prioritária como elementos-chave em todo o processo formativo. Isso mesmo foi sublinhado, em jeito de balanço, pelo coordenador Gabinete de Formação Médica da SRCOM, Marques Neves. E, mesmo a terminar, Isabel Antunes sistematizou alguns pontos essenciais discutidos no debate: “a necessidade da caderneta do interno, a necessidade de auto-avaliação, o problema da inflação das notas, a importância da avaliação ser efetuada pelo orientador e também inter pares pelos elementos do serviço; a preocupação com a avaliação excessivamente quantitativa e a necessidade de existir uniformidade de critérios de avaliação”.

Por seu turno a 22 de maio foi a vez do debate, bastante participativo, sobre a Avaliação Final do Internato Médico. O relator Assis Viveiros, médico interno de MGF, esteve com o presidente da Comissão Regional do Internato Médico da Zona Centro, João Carlos Ribeiro, que desempenhou o papel de moderador da sessão e Marques Neves, coordenador do gabinete de formação médica da SRCOM. Nesta sessão, defendeu-se que, perante o paradigma atual, urge a necessidade de repensar a

-chave: o trabalho em serviço de urgência é parte integrante do processo formativo especializado, devendo, pois, ser regulamentada a sua prática no âmbito de cada especialidade.

No final, a apresentação da súmula e o resultado destas sessões prévias fez parte do programa do II Encontro do Internato Médico.

O encontro que decorreu nos Hospitais da Universidade de Coimbra - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), de 31 de maio a 1 de junho, contou, ainda, com a atribuição de prémios: o Prémio Inovação - que visa distinguir o serviço, unidade de saúde, hospital ou Agrupamento de Centros de Saúde da região centro (da área de abrangência da SRCOM) que se destaque por ter desenvolvido ou estar a desenvolver um projeto de relevo na área da formação médica no internato; prémios para as melhores comunicações livres apresentadas sob a forma de posters que se destacaram pela relevância para a formação médica no internato.

A reportagem sobre este encontro será publicada na próxima edição da Revista da Ordem dos Médicos.



Tiago Sousa

Interno de Formação Específica
Medicina Geral e Familiar,
USF São João do Porto

Catarina Rebelo

Interna de Formação Específica
Medicina Geral e Familiar,
USF Oceanos

Refletindo na banalização de um teste diagnóstico

A avaliação clínica e orientação dos utentes faz parte do ato médico, sendo o clínico o único responsável pelas suas decisões terapêuticas. Profissionais de saúde que pretendem ultrapassar o raciocínio clínico que leva à realização de exames, mesmo com a premissa de “facilitar” o funcionamento dos serviços de saúde, pode, em última instância, perturbar toda a estrutura dos cuidados.

Ano após ano, vamos assistindo à apropriação das funções médicas por outros profissionais de saúde. A crescente projeção e mediatismo das “Medicinas alternativas” e o acesso facilitado a alguns testes de diagnóstico criam fugas ao normal funcionamento dos cuidados de saúde. Acresce a gravidade quando as tentativas de ultrapassar a ordem natural do raciocínio clínico surgem de instituições reconhecidas e respeitadas em saúde. No meio do noticiário televisivo, assistimos a uma notícia sobre uma farmácia que realiza testes rápidos para deteção de *Streptococcus pyogenes* (TDAR) em idade pediátrica. A finalidade, referiam as farmacêuticas, consistia em “avaliar a necessidade de antibiótico” e deste modo “aliviar o recurso aos cuidados de saúde”. Dias mais tarde, viemos a confirmar que esta prática já data desde 2018 e mereceu uma menção honrosa na atribuição de prémios no 13º Congresso das Farmácias.¹ De acordo com a Norma da Direção-Geral da

Saúde nº 020/2012² o algoritmo clínico da Amigdalite Aguda na Idade Pediátrica inicia pela identificação do problema de saúde e sua contextualização epidemiológica e clínica. Estes são elementos inerentes ao ato médico e seguem uma sequência lógica, que precede a decisão de realizar o TDAR. Cabe ao médico avaliar a etiologia dos sinais e sintomas, viral ou bacteriana, e decidir realizar este método complementar de diagnóstico (MCDT).

Um dos ensinamentos primordiais das faculdades de medicina é a relevância da história clínica, com formulação de lista de problemas prévia ao pedido de MCDTs. Com a liberalização do TDAR, bastará uma suspeita de amigdalite (como febre e odinofagia) para se dirigir a uma farmácia e realizar o teste. Quem fará a colheita da anamnese? Quem examinará a criança em todas as suas dimensões? A avaliação será feita na privacidade que a criança merece? Esta informação será

registada para efeitos de acompanhamento ou médico-legais, ou codificada para fins de Saúde Pública?

Perante o resultado do teste, coloca-se ainda a questão de “quem orienta o quê”. A amigdalite bacteriana tem indicação para tratamento antibacteriano, ato que exige prescrição médica. Se o teste for negativo, o farmacêutico transmitirá o resultado e a ausência de necessidade de antibiótico. Perante um teste positivo, irá vender um antibiótico no imedia-

to? – levantam-se mais questões: a) O farmacêutico irá escolher o antibiótico de primeira linha e em todas as situações? Qualquer situação patológica exige avaliação dos antecedentes médicos, uso recente de antibióticos, comorbilidades ou alergias que contra

indiquem o uso de alguma classe. Ainda mais se acrescenta os casos de portadores crónicos, cuja decisão deverá ser ponderada caso a caso; b) O farmacêutico vai orientar a criança para o médico assistente? Assim se extingue a vantagem de não ter recorrido a instituições médicas; c) Se o antibiótico for vendido no momento, cabe ao médico assistente prescrever o antibiótico posteriormente? Ceder a esse precedente é contribuir para que a classe médica se torne cada vez mais burocratizada, meros prescritores de terapêutica crónica ou aguda. Será lícito o antibiótico ser prescrito via consulta não presencial (exemplo dos cuidados de saúde primários, CSP), sem haver avaliação pelo médico assistente? O nível de confiança entre o médico e o adulto responsável também é relevante, mas na maioria dos casos torna-se indispensável objetivar as alterações antes de prescrever; e d) As consultas de patologia aguda deverão terminar com a instrução do doente sobre a evolução clínica previsível e os sinais e sintomas de alerta. Assim, será correto transpor esta responsabilidade a outro profissio-

nal não-médico? Este papel exige formação específica em fisiopatologia, que faz parte do currículo médico para que possa assumir esta função. A farmácia realçou a importância da sua iniciativa recorrendo a dois argumentos: reduzir o número de utentes que recorrem aos cuidados de saúde (percebidos como saturados atualmente) e diminuir a utilização desnecessária de antibióticos. Apesar de serem problemas atuais e urgentes a que devemos prestar atenção, esta solução não é

Esta não é a primeira vez que se assiste a tentativas de ultrapassar as funções de outros profissionais de saúde. São exemplos as análises ao VIH e hepatites, cuja realização também é permitida em farmácias, mais uma vez, desprovidas de avaliação clínica.

a mais apropriada. No que diz respeito à acessibilidade em saúde, existe de facto a necessidade premente de diminuir contactos desnecessários. Mas a amigdalite aguda, mesmo sendo uma patologia comum e de abordagem aparentemente simples, carece de avaliação médica. Esta avaliação não terá que ser necessariamente realizada em contexto hospitalar, onde muitas vezes o serviço de urgência (SU) tem elevados tempos de espera, associado ao risco de aquisição de infeções associadas a cuidados de saúde. Os CSP têm vindo a ser reforçados com cada vez mais unidades de saúde e profissionais, tendo-se verificado igualmente o prolongamento do horário em período noturno do Serviço de Atendimento a Situações Urgentes de várias localidades. Além disso, os CSP e os SU começam cada vez mais a estar equipados com TDAR. Quanto à redução do uso inadequado de antibióticos, poderá assumir-se que a realização do teste em farmácias irá impedir os utentes de comprar antibiótico. Esta lógica falha no momento em que não é permitido às farmácias vender antibióticos sem

prescrição médica. O que muitas vezes pode ser visto como um modo de “facilitar” ou “acelerar” o tratamento, é perentoriamente errado e deve ser desmotivado. O doente deve ser aconselhado a recorrer a uma consulta médica onde, após ob-

nidades que servem. Tal apenas é possível com o trabalho de equipa e articulação dos profissionais de diferentes áreas. A estes, exige-se que a sua formação desenvolva competências cada vez mais específicas e distintas. Deste modo, tere-

mos profissionais altamente qualificados a trabalhar em equipa e a complementarem-se mutuamente nas diversas áreas que dominam. Esta planificação é desvirtuada sempre que um dos elementos profissionais quebra esta organização funcional e ultrapassa a sequência otimizada do sistema. Todas

Cabe ao médico avaliar a etiologia dos sinais e sintomas, viral ou bacteriana, e decidir realizar este método complementar de diagnóstico

servação, o clínico prescreve a terapêutica mais adequada. Não através da realização do teste, mas recomendando avaliação médica prévia. Esta não é a primeira vez que se assiste a tentativas de ultrapassar as funções de outros profissionais de saúde. São exemplos as análises ao VIH e hepatites³, cuja realização também é permitida em farmácias, mais uma vez, desprovidas de avaliação clínica.

Assim vamos assistindo a exemplos semelhantes, cuja tendência não aparenta abrandar. A Proposta de Lei 34/XIII/2^a, vista e aprovada a 15/09/2016, já vai na sua 11^a prorrogação do prazo, o que também não permite que finalmente se definam os atos dos profissionais de saúde. Torna-se importante refletir no porquê da importância da definição do ato médico e dos demais profissionais. O objetivo comum e final de todos os prestadores de serviços de saúde é garantir os melhores cuidados de saúde possíveis às comu-

as vezes que situações semelhantes ocorrem, o utente, último e mais importante elemento deste sistema, sai sempre prejudicado.

Referências Bibliográficas:

1. Revistasauda.pt. (2019). Farmácia da Lajeosa vence Prémio João Cordeiro. [online] Disponível em: <https://www.revistasauda.pt/noticias/Pages/Farmacia-da-Lajeosa-vence-Premio-Joao-Cordeiro.aspx> [Acedido em 16 de março 2019].
2. Norma DGS nº 020/2012 - Diagnóstico e Tratamento da Amigdalite Aguda na Idade Pediátrica.
3. Lusa, A. (2019). Testes rápidos ao VIH e hepatites em farmácias passam a estar disponíveis. [online] Observador. Disponível em: <https://observador.pt/2018/10/10/testes-rapidos-ao-vih-e-hepatites-em-farmacias-passam-a-estar-disponiveis/> [Acedido em 16 de março 2019].
4. Proposta de Lei 34/XIII/2^a, de 15 de setembro de 2016 – Procedimento à definição e à regulação dos atos do biólogo, do enfermeiro, do farmacêutico, do médico, do médico dentista, do nutricionista e do psicólogo.



Rui Fernandes

Serviço de Radiologia do Hospital de Vila Franca de Xira

Andreia Nascimento

Serviço de Imagiologia do Hospital de Cascais

Carlos Francisco Silva

Serviço de Imagiologia do Hospital de Cascais

O profissionalismo médico: não basta parecer

“A professional is someone who can do his best work when he doesn't feel like it”
- Alistair Cooke, American journalist (1908-2004)

Muito se tem falado e discutido ultimamente acerca das condições da prática médica, ou melhor, das condições necessárias para que os médicos pratiquem medicina, o que é importante e meritório já que se chama a atenção para uma prática que nos interessa a todos, não só aos profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos administrativos, assistentes), como a toda a sociedade em geral.

A prestação de cuidados de saúde é muito desigual relativamente às condições em que é exercida, diferindo de país para país e entre distintas áreas geográficas de uma mesma nação.

É habitual que os profissionais de saúde, onde se incluem os médicos, se juntem em torno de organizações que os defendam e lutem para melhorar as condições em que praticam a sua profissão.

Como sinal de que o mundo está em constante mudança, de preferência evoluindo, a Associação Médica Mundial em Outubro de 2017 aprovou uma nova versão da Declaração de Genebra conhecida como o Juramento de Hipócrates da era atual.

Numa das passagens deste importante documento para a classe médica lê-se que o médico compromete-se a “exercer a sua profissão com consciência e dignidade e de acordo com as boas práticas médicas”.

Ao tentarmos desconstruir esta premissa verificamos que a prática médica, e mesmo toda a prestação de

cuidados de saúde, é complexa exigindo dignidade no modo de proceder, consciência do ato médico e da relação que estabelecemos com quem nos procura e também, conhecimento técnico e científico atualizado.

Ou seja, não basta termos condições de trabalho condignas. Tão importantes como um salário ou honorários justos, espaço físico com as condições básicas, meios técnicos adequados e o respeito da sociedade, é fundamental que se pratique medicina com ética e profissionalismo e de acordo com as melhores práticas evidenciadas pelo conhecimento científico actual validado por pares.

Estas 3 características da prestação de cuidados de saúde - dignidade, consciência e conhecimento técnico - não podem em momento algum ser dissociáveis entre si e de qualquer movimento reivindicativo de classe sob pena de inquinarmos o mesmo por mais legítimo que seja.

O profissionalismo médico não é apenas retórica. Deverá ser “a candeia que ilumina” a prática médica e a principal preocupação de todo o profissional desta “nobre arte”; deverá ser um contrato vitalício entre os médicos e toda a sociedade.

Os princípios do profissionalismo médico são uma declaração pública do conjunto de “finalidades, atitudes e comportamentos” que deverão orientar todo e qualquer ato médico.

Como tal, a primazia ao bem-estar do doente, a sua

autonomia e a justiça social são princípios fundamentais que devem nortear a nossa atividade como médicos.

Não basta termos condições de trabalho condignas. Tão importantes como um salário ou honorários justos, espaço físico com as condições básicas, meios técnicos adequados e o respeito da sociedade, é fundamental que se pratique medicina com ética e profissionalismo e de acordo com as melhores práticas evidenciadas pelo conhecimento científico actual validado por pares.

O paciente sempre em primeiro lugar respeitando, de forma convicta e perceptível, as suas preferências, necessidades e valores individuais.

Nunca devemos impor a nossa "autoridade técnico-científica" a quem nos procura, mas sim ajudá-lo a compreender o seu estado de saúde, as opções de intervenção médica, as consequências da sua recusa e as expectativas de sucesso. A decisão do que fazer, e como, caberá sempre ao paciente.

Por fim, o princípio da justiça social não é só um atributo das políticas de saúde a que os políticos deverão atender, deve fazer parte da preocupação quotidiana do médico que presta cuidados, lutando contra toda a discriminação e desigualdade na assistência em saúde.

Estes princípios básicos da prática médica exigem ao profissional o desenvolvimento de vários atributos como a competência técnico-científica (saber e saber fazer), a assunção das responsabilidades profissionais (assumir as consequências do que faz), a atualização pessoal do conhecimento científico (aprender durante toda a vida profissional), a honestidade com os doentes (ser ético), a manutenção da

confiança do doente na gestão de conflitos de interesse (ser transparente), a confidencialidade sobre assuntos relativos aos doentes (ser reservado), o re-

lacionamento apropriado com os doentes (correção, compreensão e altruísmo), o empenho na melhoria de acesso e qualidade dos cuidados de saúde (ser proativo e colaborativo na procura de mais e melhores soluções) e a distribuição justa dos escassos recursos.

A era da prática médica autónoma, autoritária, afirmativa, fechada, baseada na doença ou no médico, há muito que se vem transformando numa medicina colaborativa, baseada na evidência, mensurável, transparente e baseada no interesse público.

Sem o caminho do profissionalismo médico trilhado de pouco

valerão todas as outras legítimas reivindicações quando confrontadas com a sociedade a quem jurámos servir "solenemente, livremente e sob palavra de honra".

Pois afinal, invertendo e adaptando o velho provérbio, "não basta parecermos profissionais, devemos ser profissionais".

Mesmo que não estejam reunidas todas as condições ideais que permitam prestar cuidados médicos em segurança, salvaguardado o direito de declinar determinada prestação pesando o seu risco e benefício, em momento algum poderemos colocar em causa os preceitos do profissionalismo médico.

Referências Bibliográficas:

1. Medical Protection Society, "Professionalism – A Medical Protection Guide", 2015
2. Parsa-Parsi RW. The Revised Declaration of Geneva: A Modern-Day Physician's Pledge. JAMA.2017;318(20):1971–1972. doi:10.1001/jama.2017.16230



NA ORDEM DO DIA

Burnout nos médicos em Portugal

Dados inquietantes levam Ordem a criar Gabinete Nacional de Apoio ao Médico



Cerca de 66% dos médicos portugueses relatam um nível elevado de exaustão emocional, 39% demonstram níveis elevados de despersonalização e 30% referem uma elevada diminuição da realização profissional. Com estes três indicadores juntos estão reunidos os fatores necessários para o aparecimento da síndrome de burnout, conclui o estudo nacional financiado pela Ordem dos Médicos sobre burnout nos médicos em Portugal. Para o bastonário, Miguel Guimarães, é "fundamental e urgente tomarmos medidas concretas de apoio aos profissionais de saúde, pelo que a Ordem decidiu criar um Gabinete Nacional de Apoio ao Médico que dará resposta a estes casos, mas também a outros episódios que infelizmente têm vindo a crescer, como a violência contra profissionais de saúde".

[Ler mais >>](#)

Notícias



Degradação das listas de espera envergonha Portugal

Os hospitais do SNS têm taxas de incumprimento dos tempos de espera de 18,5% nas cirurgias programadas e de 39% nas primeiras consultas de especialidade hospitalares. "Estes resultados são desastrosos e devem envergonhar-nos enquanto país", refere Miguel Guimarães.

[Ler mais >>](#)

Mais de 70% dos médicos com dificuldades em conciliar trabalho no SNS com família

Conciliar profissão e família é um desafio para os médicos, com 73% dos profissionais a assumirem essa dificuldade quando trabalham no SNS. "(...)jestes números infelizmente vão ao encontro do que a Ordem dos Médicos sente no terreno", sublinha o bastonário.

[Ler mais >>](#)



Dia Mundial do Médico de Família

A OM assinalou, no dia 19 de maio, o Dia Mundial do Médico de Família, com uma entrevista à especialista em MGF, Marta Barroca. O fascínio pelo papel do Médico de Família e a forma multifacetada como esta especialista orienta o percurso em saúde foram alguns dos temas de conversa.

[Veja o vídeo >>](#)

Agenda

Convenção Nacional da Saúde

A edição de 2019 do maior debate sobre o presente e o futuro da Saúde em Portugal tem data marcada para o dia 18 de junho. Miguel Guimarães é o chairman da iniciativa.

[Saiba mais >>](#)

Debate "Olhares Cruzados"

"O estado do SNS e o SNS do Estado" é o tema do 3º debate do ciclo organizado pelo jornal Público e pela Universidade Católica Portuguesa. O bastonário da OM participa no dia 29 de maio.

[Saiba mais >>](#)



NA ORDEM DO DIA

Depois de um site renovado e do lançamento das redes sociais, a Ordem dos Médicos continua a perfilhar um caminho de proximidade para com os médicos, tendo em vista a partilha de ideias e de informações que se considerem relevantes para a classe médica em Portugal. Esse trabalho resultou no lançamento da newsletter semanal "Na Ordem do Dia".

"Na Ordem do Dia" é mais um passo que a Ordem dos Médicos pretende no sentido de ficar cada vez mais próxima dos seus associados, garantido a informação que todos merecem acerca da atualidade no setor da saúde, dos projetos mais relevantes em execução, dos principais eventos a acontecer e, claro, da atividade da OM na defesa da qualidade da Medicina e na defesa de todos os médicos. "Na Ordem do Dia" chegará todas as sextas-feiras à sua caixa de e-mail, e a estreia teve lugar no dia 24 de maio.

A sua estrutura assenta num destaque principal e em três (ou duas) notícias que mereceram destaque ao longo da semana. Logo depois, na secção de agenda, poderá ficar a par dos eventos onde o bastonário da Ordem dos Médicos marca presença em representação da instituição, bem como outras iniciativas, congressos, cursos, etc., que poderão ter interesse para os médicos. Na frase da semana, aliamos a atualidade à agenda mediática, concretizando o destaque da declaração mais sonante da atualidade. Sempre, claro, ligada ao setor da saúde. No ponto de ordem, a newsletter oferece-lhe o conhecimento acerca de uma notícia positiva para os médicos e de uma notícia negativa, mas merecedora de conhecimento. Por fim, há ainda espaço para uma recomendação do projeto ChoosingWisely — Escolhas Criteriosas em Saúde, onde poderá clicar para ler mais e pesquisar todas as recomendações que se encontram alojadas no site da Ordem dos Médicos.



Ana Catarina Martins

Interna do 4º ano de MGF
na USF Freamunde

Acreditar na Acreditação

O processo de acreditação em saúde permite o desenvolvimento de técnicas de melhoria contínua da qualidade, contribuindo para a prestação de bons cuidados de saúde. A implementação de projetos deste cariz traz grandes benefícios às unidades de saúde, reforçando a confiança dos utentes e dos próprios profissionais de saúde na sua atuação diária.

O processo de acreditação em saúde confere um movimento de melhoria contínua da qualidade nas unidades de saúde que a ele se propõem. Este é conduzido pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde, de acordo com o modelo da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), procurando a verificação de especificações estabelecidas nos Manuais de Standards e demais requisitos do modelo de certificação de Unidades de Saúde do Ministério da Saúde.

A crescente exigência na prestação de cuidados de qualidade em saúde impele os profissionais na busca de mais e melhores conhecimentos e ferramentas de apoio às suas funções, procurando a excelência de cuidados.

A segurança do utente, o desenvolvimento profissional e a inovação em saúde são objetivos ao bom funcionamento e à qualidade de qualquer unidade de saúde. É possível e desejável que as equipas de saúde sejam eficientes na sua gestão e capazes de centrar os cuidados no cidadão, com a máxima qualidade e segurança.

Neste âmbito, o Programa de Acreditação de Uni-

dades de Gestão Clínica, que inclui um processo de auto avaliação e auditoria externa por pares, permite uma avaliação rigorosa do desempenho das atividades, face a standards pré-definidos, promovendo, de forma progressiva e dinâmica, a implementação de meios para uma melhoria contínua.

Apesar da aparente simplicidade, este programa pode ser bastante desafiante e exigente, apenas possível de implementar se todos os elementos da equipa estiverem motivados e empenhados na mudança organizacional, progredindo através de muito trabalho em busca de objetivos comuns estabelecidos à priori. Neste campo, também os gestores responsáveis da instituição assumem um papel essencial de mudança, sendo necessário um compromisso para a criação de condições de conforto e segurança das instalações e a adequação dos recursos e tecnologias disponíveis para que a evolução seja possível.

Após a candidatura ao programa, segue-se uma fase de auto avaliação, na qual os profissionais de saúde vão proceder à análise dos padrões de referência e à reflexão sobre as práticas instituídas na unidade, permitindo identificar os pontos mais

frágeis ou em incumprimento e planificar as ações necessárias para a sua resolução, implementando novas práticas e reavaliando-as posteriormente de forma crítica, num processo de melhoria contínua. O Manual de Standards para Unidades de Gestão Clínica é um guia essencial nesta fase, especificando as dimensões de qualidade e os standards orientadores dos profissionais de saúde neste processo. Fica ainda disponível o acesso à plataforma informática @Qredita, onde os profissionais podem monitorizar a evolução do processo e completar as informações em falta, facilitando também a avaliação externa posteriormente. Uma vez concluída a fase de auto avaliação, é agendada uma visita de avaliação externa para que se possa averiguar o cumprimento dos standards a partir das evidências recolhidas, e é elaborado um relatório pela equipa de avaliadores que determinará se a unidade será certificada e qual o nível de diferenciação da mesma. Esta certificação é válida por cinco anos, numa última fase de acompanhamento com avaliações externas intercalares, por forma a comprovar a manutenção do nível de qualidade alcançado.

A unidade onde me encontro em formação passou por todo este processo recentemente, tendo conquistado melhorias evidentes nas próprias instalações, mas também nos protocolos de atendimento e na gestão de utentes, principalmente no que diz respeito à confidencialidade de dados. Mas mais do que todas as mudanças na gestão e organização da unidade, este processo de acreditação revelou-se uma oportunidade única para reforçar a união, a colaboração interprofissional e a motivação de toda a equipa, que soube persistir perante as adversidades em busca da melhoria contínua na prestação de cuidados em saúde.

Conclusão:

A aposta nas boas práticas em saúde e a gestão organizada são premissas desejáveis em qualquer unidade de saúde, no entanto, a evolução da

melhoria contínua da qualidade até à excelência organizacional pode encetar dificuldades acrescidas no dia a dia dos profissionais de saúde, principalmente pela morosidade e complexidade de algumas mudanças, obrigando ao dispêndio de várias horas extra para esse fim. O cumprimento de critérios e padrões de desempenho progressivamente mais complexos e abrangentes exige entendimento e união entre os elementos da equipa, integração de conhecimentos de base científica, e criatividade e capacidade de reinvenção, procurando selecionar as melhores e mais adequadas metodologias de gestão clínica, assistencial e organizacional de cada unidade.

Não obstante a importância dos gestores da instituição, os profissionais de saúde são os principais impulsionadores da mudança, sendo-lhes devido o reconhecimento da qualidade associada à sua unidade de Saúde. A união, colaboração, motivação e a persistência em busca de objetivos comuns são princípios essenciais neste processo que busca pelo reconhecimento de qualidade máxima na prestação de cuidados, reforçando a confiança dos utentes e profissionais de saúde.

Referências Bibliográficas:

1. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Certificación ACSA. Junta de Andalucía. [Consulta em 9/1/2019]. Disponível em <https://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/>
2. Direção Geral de Saúde. Programa Nacional de Acreditação em Saúde. Lisboa: DGS; setembro de 2014. Disponível em <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/reconhecimento-da-qualidade/acreditacao-em-saude/manuais-de-standards.aspx>
3. Direção Geral de Saúde. Manual de Standards – Unidades de Gestão Clínica. Lisboa: DGS; setembro de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/reconhecimento-da-qualidade/acreditacao-em-saude/manuais-de-standards.aspx>



Osvaldo Francês

O consentimento informado

Publicado no espaço de opinião do jornal Público de 15 de Junho de 2018, o artigo do advogado Francisco Teixeira da Mota (FTM) com o título «A decisiva importância do Consentimento informado» vem levantar o problema, porque é um verdadeiro e grande problema, da responsabilidade médica e consentimento informado.

O consentimento informado (CI), invenção burocrática, pode transformar-se numa autêntica *armadilha*, causa de maiores problemas para os médicos do que os doentes que têm de tratar.

«O consentimento informado, livre e esclarecido, pode ser expresso de forma verbal oral ou escrita e contém em si, duas noções indissociáveis, a de compreensão e de *autonomia*. A informação deverá ser facultada numa linguagem clara e acessível, baseada no estado da arte e isenta de juízos de valor.»¹

Não obstante haver um papel com as assinaturas do médico e do doente a confirmar que foi elucidado do tratamento proposto e das complicações que podem surgir quando menos se espera, quer seja em casos ditos “simples” ou complicados, este nunca ficará completa e verdadeiramente esclarecido e como tal esse papel com as assinaturas deixa de ter valor ou ter o valor que se lhe quiser dar (pontos 4 a 8 do sumário de acórdão²).

Recentemente o STJ produziu um acórdão no pântano jurídico que é a nossa (mal)dita Justiça a propósito de um caso clínico.

Citando um caso de perfuração do colon no decurso de um exame endoscópico numa doente

idosa e que só se manifestou dois dias depois, ficou apurado que, não tendo havido qualquer indício de má prática o médico endoscopista foi absolvido em tribunal de 1ª instância.

No recurso os senhores desembargadores do Tribunal da Relação resolveram considerar, ou alguém considerou por eles, que a actuação do endoscopista fora ilícita (!) por se tratar de uma perfuração *em altíssimo grau, estranha ao cumprimento do contrato médico(?!)* e a sua gravidade desproporcionada quando comparada com os riscos “normais” inerentes a este exame endoscópico.

Aqui chegados há que esclarecer os seguintes pontos:

- O que é uma *perfuração em altíssimo grau*?
- Qual era o *contrato médico*?
- Quais são os *riscos “normais” inerentes a este exame endoscópico*?

Primeiro ponto:

Uma perfuração mínima que possa acontecer no decurso de uma endoscopia pode evoluir espontaneamente para a cura ou ao contrário aumentar, o que deve ter acontecido neste caso, e só se manifestar ao fim de 24 a 36 horas de evolução como peritonite difusa.

Seria esta hipótese a tal *perfuração em altíssimo grau* considerada “*ab initio*” erradamente?

Segundo ponto:

Então por haver antecedentes de doença gastrointestinal e para não correr o risco de haver uma perfuração, por mínima que fosse, não se fazia o exame?

Nesse caso qual seria a alternativa? Deixar a doente morrer? Esta hipótese faria parte do contrato médico?

Terceiro ponto: Só uma alma que vive fora do contexto médico fala em *riscos "normais" inerentes a este exame endoscópico (ou a qualquer outro acto médico)* por completa ignorância do que é um exame endoscópico. Os "riscos" que se correm na actividade médica nunca são normais.

Existem ou não existem.

Embora não estando provado ter havido qualquer erro do médico, e este também não ter apresentado prova que a culpa não tinha sido dele (*inversão do ónus de prova*?), foi condenado na Relação a indemnizar a paciente em 37 mil €.

Verdadeiramente espantoso!

Por fim o STJ além de confirmar a sentença da Relação, na sua *douta sabedoria*, lá inventou uma forma de dar razão à doente, condenando o médico com o argumento que faltava: o consentimento informado que não teria sido assinado!

Nada mais tinha a que se "agarrar" para justificar a decisão.

Inacreditável!

Como se pode verificar pelo caso descrito o CI pode servir para tudo e mais alguma coisa.

Estas situações acontecem porque se continua a discutir casos clínicos, porque de casos clínicos se tratam, nos tribunais como foi este exemplo dessa perversão. Esta é uma situação médica para ser discutida, avaliada e decidida por médicos, não por pessoas fora da comunidade médica.

E para complicar ainda mais estas questões há que contar também com os diversos (des)entendimentos dos tribunais sobre estes temas e que julgam estas demandas.

Parece uma espécie de "judicialização" da medicina, indesejável a todos os títulos.

Reproduz-se a seguir o sumário de um acórdão² do STJ (*estilo gongórico*) uma vez que é público e está plasmado na Internet.

poder decidir sobre se determinado ato médico que o vise deve ou não ser levado a cabo.

2 . Tal direito é disponível.

3 . O conteúdo do dever de informação é elástico, não sendo, nomeadamente, igual para todos os doentes na mesma situação.

4 . Abrange, salvo ressalvas que aqui também não interessam e além do mais, o diagnóstico e as consequências do tratamento.

5 . Estas são integradas pela referência às vantagens prováveis do mesmo e aos seus riscos.

6 . Não se exigindo, todavia, uma referência à situação médica em detalhe.

7 . Nem a referência aos riscos de verificação excepcional ou muito rara, mesmo que graves ou ligados especificamente àquele tratamento.

8 . A referência num documento, assinado por médico e doente, a que aquele "explicou" a este, "de forma adequada e inteligível", entre outras coisas, "os riscos e complicações duma cirurgia" não permite ajuizar da adequação e inteligibilidade e, bem assim, dos riscos concretamente indicados, pelo que é manifestamente insuficiente.

9 . Mas, se do mesmo documento consta que o doente não deve hesitar "em solicitar mais informações ao médico, se não estiver completamente esclarecido", deve entender-se que este abdicou do seu direito a ser informado em termos detalhados.

10 . Para ser aplicável o regime de ónus de prova das cláusulas contratuais gerais, o que dele pretende beneficiar tem, antes, de fazer prova de que estamos em terreno próprio destas.

11 . Não tendo feito tal prova, sobre o doente, subscritor de tal documento, impende a demonstração de que assinou em branco e de que nada do que ali consta lhe foi referido.»

Ao ler este complicado texto de difícil interpretação fico com a impressão que tanto pode ser usado para a argumentação da defesa como da acusação.

Referências Bibliográficas:

1 . Norma nº 015/2013 da DGS actualizada a 04/11/2015.

2 . STJsumário de Acórdão, processo 3925/07.9TVPR.T1.S1

«1 . Com ressalvas que aqui não importam, o doente tem direito a ser informado, pelo médico, em ordem a



Diana Carina de Sousa Mota

Interna de Formação Específica de
Medicina Geral e Familiar;
USF Freamunde; ACeS Tâmega III-Vale
do Sousa Norte

Consulta de planeamento familiar no homem: mito ou realidade?

As consultas de Planeamento Familiar são um instrumento importante na prestação de cuidados em Saúde Reprodutiva. Historicamente têm-se focado no género feminino e apesar da evolução na promoção da equidade de géneros, a realidade é que a feminização do Planeamento Familiar continua muito enraizada, quer nos utentes, quer nos profissionais de saúde. A mudança é essencial e cabe a todos nós!

As consultas de Planeamento Familiar constituem uma componente fundamental da prestação de cuidados em Saúde Reprodutiva pelo Médico de Família.¹

Historicamente, as políticas de Planeamento Familiar focaram-se, durante muito tempo, no género feminino. No início dos anos 60, a invenção e comercialização da pilula contraceptiva aliada ao movimento feminista de empoderamento das mulheres focou o controlo da fecundidade no género feminino. Posteriormente, nas décadas de 60 e 70, os serviços de saúde e principais agências nacionais também promoveram os métodos contraceptivos como instrumentos de saúde materna e infantil, reforçando ainda mais o papel das mulheres enquanto responsáveis pela vida reprodutiva, atribuindo aos homens um papel secundário de apoio às mulheres. Este cenário modifica-se na década de 80, com a problemática da infeção pelo VIH, incentivando-se os homens a adotar uma postura ativa no âmbito da prevenção das infeções sexualmente transmissíveis, mas “ignorando” a regulação da fecundidade.^{1,2}

Em 24 de março de 1984, é publicado em Diário da República o Decreto-Lei nº3 que promulga o direito às consultas de Planeamento Familiar a todos os cidadãos, independentemente do género. Este direito

foi, posteriormente, reforçado pelos Decretos-Lei nº120/99 e nº258/2000. Em 2008, a Direção Geral de Saúde, nas suas orientações “Saúde Reprodutiva – Planeamento Familiar” também advoga que as consultas de Planeamento Familiar destinam-se aos indivíduos em idade fértil, isto é, mulheres até aos 54 anos e homens sem limite de idade.^{1,2}

Mas será que é isto que nós, Médicos de Família, observamos na nossa prática clínica diária? Quantas consultas de Planeamento Familiar são realmente realizadas ao género masculino?

Da minha experiência enquanto interna de formação específica de Medicina Geral e Familiar, estas consultas raramente são frequentadas por homens. Claro que esta perceção pode estar enviesada pela minha curta experiência, mas quando o assunto é debatido com colegas mais velhos, a perceção é a mesma. Procurando literatura sobre esta problemática em Portugal, ela é escassa. Um estudo de 2011 (n=57), realizado a estudantes do ensino superior, demonstrou que apenas 15,8% frequentava a consulta de Planeamento Familiar, sendo apontados, maioritariamente, como motivos para a não adesão a esta consulta: “Não preciso” (52,1%), “Informei-me com outros” (31,3%) e “Não tenho interesse” (27,1%). Um outro estudo mais recente

(2018) também incluindo jovens do ensino superior de ambos os géneros (n=199, 23,6% do género masculino), demonstrou que continuam a predominar os jovens que não vigiam a sua saúde reprodutiva (55,8%), sendo este valor mais expressivo no género masculino (91,5%). Neste não foram abordadas os motivos para a não frequência destas consultas. Verifica-se, assim, que estes estudos, embora com limitações, corroboram a percepção de que os homens não frequentam as consultas de Planeamento Familiar.^{2,3}

Para se modificar este panorama, é importante, numa primeira fase, perceber os motivos que levam os utentes a não aderir a estas consultas. Posteriormente devem ser desenvolvidas e aplicadas estratégias focadas nesses fundamentos. Quanto mais adequadas à realidade da nossa prática clínica forem essas estratégias, maior serão as probabilidades de sucesso.

Se consideramos os motivos referidos anteriormente no estudo de 2011 denota-se a necessidade de consciencialização do género masculino no que respeita à sua vulnerabilidade no campo da saúde reprodutiva. Uma gravidez não desejada e/ou infeção de transmissão sexual não afeta só negativamente a saúde e os projetos de vida das mulheres, mas também o dos homens e é importante que eles tenham consciência desta realidade.

Além disso, os motivos apresentados também denotam indiretamente a feminização do Planeamento Familiar, com a atribuição da responsabilidade da saúde reprodutiva às mulheres, sendo essencial incentivar os homens a adotar uma atitude mais proactiva na gestão da sua saúde, não a deixando a cargo dos outros. Dever ser nosso objetivo, quer a promoção da responsabilidade individual, quer da coresponsabilização, incentivando o utente a não ser um mero espectador nas decisões tomadas pela(o) companheira(o), mas antes adotando um papel ativo, com discussão das atitudes a serem tomadas.

As razões referenciadas anteriormente também nos alertam para outra problemática, nomeadamente a fonte de informação usada pelos homens para obtenção de conhecimentos nesta área. "Informe-me com outros" - Outros quem? Será que são fontes de informação fidedignas? Um estudo realizado entre 2003 e 2005 demonstrou que as aprendizagens masculinas em matéria contraceptiva são maioritariamente feitas de forma informal ("conversa com os amigos, namoradas, irmãos" e "mass media") e/ou através da experiência pessoal. Os profissionais de saúde, nomeadamente os

médicos, foram referidos muito raramente como fonte de informação. É, assim, relevante educar os utentes acerca da importância do uso de fontes de informação fiáveis e tentar capacitá-los nessa escolha, apresentando a consulta de Planeamento Familiar como uma opção fiável e facilmente disponível.²

Mas para que esta mudança seja possível, não basta apenas atuar nos utentes, temos também de atuar nos profissionais de saúde. Todos nós, nas consultas realizadas a mulheres em idade fértil, independentemente do motivo de agendamento, abordamos frequentemente questões de saúde reprodutiva. Mas será que mantemos essa postura quando se tratam de consultas no Homem?

Acredito que a resposta a esta pergunta será "Não" para a maioria dos profissionais de saúde, talvez exceto no período da adolescência, em que parece haver uma maior sensibilidade dos profissionais para a problemática da sexualidade. Mas a partir daí, e salvo algumas exceções, parece que nos esquecemos que os homens têm uma vida sexual e reprodutiva, descuidando a continuação da prestação de cuidados nesta área. É essencial que passemos a adotar a mesma postura que temos na adolescência e no género feminino. Os próprios sistemas informáticos usados na nossa prática clínica diária são desencorajadores desta postura, promovendo o conceito social dominante de que a saúde reprodutiva é uma área feminina, devendo ser realizados esforços no sentido da equidade de géneros. Em jeito de conclusão, lanço um desafio a todos nós: transformar as consultas de Planeamento Familiar no Homem de um mito para a realidade.

Referências Bibliográficas:

1. Direção Geral de Saúde. "Saúde Reprodutiva. Planeamento Familiar. Orientações Direção Geral da Saúde". 2008. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/saude-reprodutiva-planeamento-familiar-orientacoes-tecnicas-9-edicao-revista-e-actualizada.aspx>
2. Almeida, A. et al. "Literacia e práticas contraceptivas masculinas". *Sexualidade e Planeamento Familiar* • nº 50/51 • Julho/Dezembro 2008
3. Mendes, J. "Adesão dos Jovens do sexo masculino à consulta de Planeamento Familiar". 2011. Disponível em https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2792/3/T_18068.pdf
4. Nelas, P. et al. "Conhecimentos sobre o Planeamento Familiar em estudantes do ensino superior". 2018. Disponível em http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/7891/1/DM_SandraPereiraMatias_2015.pdf



Leonor Grijó

Médica Interna Medicina Geral e Familiar
USF Espaço Saúde – ACeS Porto Ocidental

Facto ou ficção?

Nunca se falou tanto de alimentação: somos inundados de informação (na televisão, redes sociais, jornais e revistas) sobre qual deve ser a alimentação saudável e que tipo de alimentos (muitos deles há séculos inseridos na nossa cultura) devemos evitar: ou por “razões de saúde” ou mesmo por preocupações ambientais sem qualquer sentido critico ou vontade de procurar se a fonte é ou não fidedigna.

Tenho-me vindo a aperceber, sempre que vou ao supermercado ou passeio pelos centros comerciais, de um aumento exponencial no número de “corredores” dedicados a produtos sem lactose, sem glúten e a produtos “bio”, muitas vezes publicitados como “alimentação saudável”. É um facto: a alimentação está na moda e desfila na “passerelle” dos nossos dias por todo o lado onde vamos! Como médica, deparo-me muitas vezes com dúvidas acerca de inúmeras “novas questões” cujas respostas, pelo menos de forma explícita não estão em nenhum dos livros por onde estudei; mas acima de tudo como pessoa interessada pelo mundo que me rodeia, senti necessidade de explorar algumas destas questões.

Começando pelo leite - um alimento tradicionalmente tão presente na nossa alimentação há gerações! Este tem sido alvo de diversas opiniões, que divergem bastante: há quem acredite que é um excelente alimento e que não deverá ser abolido de uma alimentação saudável; como, por outro lado, e com tendência crescente, há quem pense exatamente o contrário – que o seu consumo pode estar associado a inúmeras doenças, nomeadamen-

te neoplasias, doenças cardiovasculares e aumento de peso. Da pesquisa que pude realizar sobre esta classe de alimentos, tornou-se inequívoco: o leite e seus derivados são bons alimentos, e estão associados a inúmeros benefícios para quem os consome - retirando deste grupo quem verdadeiramente não deve consumi-los: portadores de intolerância à lactose ou alérgicos às proteínas do leite de vaca. Em relação por exemplo ao risco de cancro, uma meta-análise de 2016, conclui que o consumo de laticínios em alta dose não tem impacto na mortalidade global por cancro em ambos os géneros (referindo ainda que o seu consumo em baixa dose pode inclusivamente ter efeito protetor). A única exceção que se verificou foi em relação ao cancro da próstata ¹. Por outro lado, em relação às doenças cardiovasculares, uma revisão sistemática publicada em 2016 concluiu que não há evidência de que o consumo de qualquer tipo de produtos lácteos tenha efeito negativo a nível cardiovascular, salientando ainda que este consumo tem efeito no mínimo neutro, podendo até ser favorável, no que respeita ao risco de doenças cardiovasculares e outras patologias relacionadas, nomeadamente dia-

betes tipo II ² – o que vai ao encontro das diretrizes dietéticas que colocam o leite e derivados como um dos pilares da alimentação saudável.

E em relação ao glúten? Uma das proteínas mais consumidas em todo o mundo - presente em todos os alimentos que contêm trigo, centeio, cevada e aveia. Quantos de nós já não ouvimos dizer que “deixei de comer alimentos com glúten porque não têm vantagem nenhuma e só engordam” ou “o glúten é um alimento inflamatório e causa mau estar intestinal”. Tem havido um aumento significativo dos consumidores de dietas/produtos sem glúten, na média 2 vezes mais caros que os seus equivalentes, por variadas razões nomeadamente melhoria dos sintomas gastrointestinais e percepção de que o glúten é potencialmente prejudicial para a saúde em geral: declarações essas a meu ver completamente empíricas! Mais uma vez é inequívoco que portadores de doença celíaca (1 a 3% da população portuguesa) não devem consumir alimentos com glúten..., mas o que devem fazer os restantes 97-99% da população? Existe evidência que a prática de uma dieta isenta de glúten, sem que esta seja clinicamente recomendada, está associada a deficiências nutricionais, maiores custos financeiros e implicações negativas, inclusivamente a nível psicossocial. Um estudo publicado no *British Medical Journal* em 2017 que estudou o impacto de uma dieta com glúten em adultos sem doença celíaca no risco de doença coronária, refere que o seu consumo não foi associado a risco aumentado de doença coronária e que, por outro lado, a restrição de glúten na dieta pode resultar numa diminuição da ingestão de alimentos benéficos e afetar negativamente o risco cardiovascular ³. Por outro lado, um estudo publicado no *European Journal of Clinical Nutrition* em 2019 que comparou 600 alimentos com glúten com 621 equivalentes sem glúten, revelou que, de uma forma geral, os alimentos sem glúten eram mais densos energeticamente e continham consideravelmente menos proteína que os alimentos convencionais equivalentes, sendo por isso nutricionalmente mais desequilibrados e não podendo ser considerados substitutos dos alimentos convencionais ⁴.

Por último, em relação aos produtos biológicos! Em

relação a este assunto foi publicada em 2017 uma revisão da evidência existente acerca dos efeitos dos alimentos biológicos em comparação com os produzidos pela agricultura convencional na saúde dos indivíduos. Conclusão: em termos nutricionais os alimentos biológicos não demonstraram ser significativamente mais completos e no global mais saudáveis que os convencionais, apesar de o seu consumo poder reduzir a exposição a resíduos de pesticidas e bactérias resistentes a antibióticos (mais prevalentes nos alimentos convencionais) ⁵. Mas então, posto isto, o que devemos fazer? É inevitável, as modas existem e vão sempre existir! Não só em termos de vestuário, interesses no geral, estilos de vida e nutrição, como em muitas outras áreas (inclusivamente na medicina)! Não é mau existirem modas, diria até que é bom! O que é mau é não termos sentido crítico sobre elas, adotando-as “só porque estão na moda”. Em relação ao tema deste artigo, ficou claro para mim, que devemos ser críticos quando ouvimos alguém falar sobre o que devemos ou não devemos comer e devemos ainda pesquisar o porquê dessas afirmações, sob pena de estarmos a perpetuar hábitos que podem ser altamente prejudiciais para a nossa saúde e dos que nos rodeiam.

Referências Bibliográficas:

1. Lu W, Chen H, Niu Y, Wu H, Xia D, Wu Y. Dairy products intake and cancer mortality risk: a meta-analysis of 11 population-based cohort studies. *Nutrition Journal*. 2016;15(1).
2. Drouin-Chartier J, Brassard D, Tessier-Grenier M, Côté J, Labonté M, Desroches S et al. Systematic Review of the Association between Dairy Product Consumption and Risk of Cardiovascular-Related Clinical Outcomes. *Advances in Nutrition: An International Review Journal*. 2016;7(6):1026-1040.
3. Lebowitz B, Cao Y, Zong G, Hu F, Green P, Neugut A et al. Long term gluten consumption in adults without celiac disease and risk of coronary heart disease: prospective cohort study. *BMJ*. 2017;;j1892.
4. Calvo-Lerma J, Crespo-Escobar P, Martínez-Barona S, Fornés-Ferrer V, Donat E, Ribes-Koninckx C. Differences in the macronutrient and dietary fibre profile of gluten-free products as compared to their gluten-containing counterparts. *European Journal of Clinical Nutrition*. 2019;
5. Mie A, Andersen H, Gunnarsson S, Kahl J, Kesse-Guyot E, Rembiałkowska E et al. Human health implications of organic food and organic agriculture: a comprehensive review. *Environmental Health*. 2017;16(1).



Mafalda Henriques

Interna Medicina Geral e Familiar

Dar vida à vida do doente em cuidados paliativos

O avanço da tecnologia médica-científica e o prolongamento da vida torna por vezes difícil aceitar a morte como um processo natural ao invés de um fracasso da medicina. Cuidar o doente e ajudar neste processo permite dar vida à vida numa fase que pode ser de angústia, mas também uma fase de crescimento. Este artigo pretende salientar estes pontos ajudando a uma reflexão crítica sobre este tema.

Hoje em dia, temos, na nossa prática clínica, mais doentes com necessidade de cuidados paliativos. Contudo, quando falamos ou referenciamos estes doentes a sua reação inicial (e por vezes de outros profissionais e familiares) é que “já não há nada a fazer”. Parece que existe uma sentença e desesperança subentendida para o doente e seus familiares quando pronunciamos a palavra *paliativos*, quando deveria ser o oposto. É importante que se invista neste tipo de cuidados e que se eduque a nossa população e desmistifique alguns dos preconceitos que existem.

“Paliativo” vem da palavra

manto, aquele que cobre, que dá conforto. Referenciar um doente para cuidados paliativos é tudo menos abandoná-lo. É, por outro lado, dar-lhe a oportunidade de ter acesso a

cuidados especializados e totais dirigidos à sua pessoa, à sua situação, englobando várias dimensões, tentando proporcionar-lhe bem-estar físico, psicossocial e espiritual.

Os cuidados paliativos têm como um dos seus objetivos dar vida à vida aceitando a morte como um processo natural, permitindo ao doente ter uma morte com dignidade (Lei de Bases dos Cuidados Paliativos). Estar referenciado para

*“Não tenho medo da morte
mas medo de morrer, sim
a morte é depois de mim
mas quem vai morrer sou eu
o derradeiro ato meu
e eu terei de estar presente
assim como um presidente
dando posse ao sucessor
terei que morrer vivendo
sabendo que já me vou”*

Gilberto Gil

cuidados paliativos não significa que não se receberá mais tratamentos, mas sim, que serão feitos todos os tratamentos que se traduzam em conforto e que permitam aliviar os sintomas de *stress* destes doentes. Privar os doentes do acesso a estes cuidados é tão grave como não tratar ou não diagnosticar outras patologias agudas. Atualmente, um dos maiores problemas no nosso país é o acesso difícil por recursos limitados destes cuidados especializados e por consequente a referenciação um pouco tardia. É importante que nós como prestadores de cuidados de saúde tenhamos tempo para estes doentes, porque estes já não têm tempo a perder. É importante aceitar a morte, mas mais do que isso celebrar a vida. Quando os doentes têm uma morte anunciada, como é o caso nas doenças oncológicas ou nas patologias graves, se tiverem o apoio adequado, têm a oportunidade de reencontrar o seu sentido de

vida, de se reconciliarem, de escrever o seu último capítulo da história da forma como gostariam que fosse lido. Mas para isto, as suas necessidades de alívio físico e conforto têm que estar asseguradas. Ao permitir que estas condições se reúnam e ao ajudar o doente a fazer esta caminhada, num percurso que não é fácil, que tem muitos obstáculos, está a beleza da prestação dos cuidados paliativos. Como dizia Ana Paula Arantes, “a morte é um dia que vale a pena viver”, e não devemos ter medo desse dia, pois a morte é uma coisa inevitável, mesmo que não queiramos ela vai acontecer. Aceitá-la como processo natural é permitir que, quando o último suspiro deixar aquele corpo, aquela vida tenha encontrado o seu sentido e fique a sensação dever cumprido não só para o que foi encontrar paz mas também para os que ficam.

Cultura

Psiquiatria Básica em Medicina Familiar



A Medicina Geral e Familiar constitui um dos mais importantes contextos de diagnóstico precoce e intervenção, pelo que tem um papel determinante na melhoria da saúde mental da população geral.

Este livro procura desenvolver e dar voz ao diálogo interespecialidades - a Medicina Geral e Familiar e a Psiquiatria - apresentando ferramentas que permitem identificar as especificidades destas especialidades e reconhecer quando se está perante uma pessoa que apresenta alterações da esfera psíquica, com ou sem doença médica. Atendendo a estes propósitos, o livro divide-se em duas partes: na primeira, é tratada a importância da abordagem psiquiátrica em Medicina Geral e Familiar e, na segunda, são apresentadas as principais patologias psiquiátricas neste contexto.

Esta obra é dirigida primariamente a médicos de Medicina Geral e Familiar, mas também a todos os profissionais envolvidos na intervenção da Saúde Mental - médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros.

A obra, editada pela LIDEL, tem a coordenação de:

- Horácio Firmino, assistente graduado sénior de Psiquiatria no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; professor convidado de Psicopatologia do Envelhecimento na Escola Superior de Educação de Coimbra.
- Luís Miguel Santiago, professor associado com agregação na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; assistente graduado sénior de Medicina Geral Familiar.
- Joana Andrade, assistente hospitalar de Psiquiatria no Centro Hospitalar Universidade de Coimbra; assistente convidada de Psiquiatria na Faculdade de Medicina na Universidade de Coimbra.
- e Vasco Nogueira, assistente Hospitalar de Psiquiatria no Hospital Distrital da Figueira da Foz; assistente convidado no Instituto de Psicologia Médica da Universidade de Coimbra.



Orlindo Gouveia Pereira

Médico psiquiatra, doutor em psicologia, professor emérito

Erro médico

Errare humanum est (perseverare diabolicorum)

Est modus in rebus

Errando corrigitur error

O *erro* médico instância do erro humano, ocorrência excecional do ato médico, é uma questão grave na sociedade atual, que não tem merecido o tratamento adequado no contexto da Engenharia Humana, interdisciplina da medicina, psicologia e engenharia, que tomou forma após a II Grande Guerra Mundial, congregando o “novo espírito científico”, da teoria da informação, cibernética, teoria dos jogos e teoria dos sistemas. Nesta última visão, os erros ocorrem nas interfaces planeador – sistema, ator – sistema, ator – supervisor – gestor (que inclui administradores e governantes) e, quando graves, têm de ser analisados por peritos da disciplina (que começaram a especializar-se na mesma época). Exceto, talvez na aviação, ainda não me dei conta que tivessem chegado a este “jardim florido à beira mar plantado”. – Em última análise, todos os acidentes têm sempre origem humana, mas a atribuição e a responsabilidade têm de ser partilhadas no sistema

Erro é uma atuação ou procedimento desadequado, cometido por ignorância, incúria, desleixo, distração, descontrolo ou negligência, que não estava nas intenções, previsões, plano ou expectativas do ator (ou agente) e que leva a tarefa ou o sistema para lá de limites aceitáveis. Subjetiva, moral e juridicamente é erro mesmo que não esti-

vesse na (reta) intensão do ator.

Quem primeiro tentou uma classificação do erro humano foi um dos proponentes do método experimental em ciência, com busca da verdade, Francis Bacon (1561-1626). Deu nomes alegóricos como, *ídolos da tribo* (fatores da natureza humana), da *caverna* (incapacidades individuais), do *mercado* (das relações sociais) e do *teatro* (sistemas de crenças ou ideologias). Aqui está quase tudo, mas mais utilizável é a classificação do médico húngaro J. Kollarits (1937), que propôs uma classificação fenomenológica, a partir do estudo de 1200 erros cometidos por ele próprio, a sua mulher e vários colegas. Os erros ou são por *omissão*, *substituição*, *repetição* ou *inserção*.

S. Freud definiu *ato falhado*, como sendo uma manifestação brusca do inconsciente e que, escapando-se à “censura”, interfere como a linguagem ou os gestos de alguém. Próximo é o *lapsus*, que é algo que estava na intenção do ator, mas que ele não fez. Ao contrário, imprevisto, não estava na intenção nem previsão dele, mas ocorreu. *Engano*, *falta*, *equivoco* (*mistake*), é algo que estava na intenção do ator, mas não das outras pessoas.

Os erros médicos, em qualquer destes tipos, podem ser de diagnóstico, terapia, reabilitação, prevenção, estratégia e planeamento. Só podem ser

considerados como tais se o médico detém autonomia funcional. Contrariar a lei, as determinações da Ordem dos Médicos, das administrações e do Ministério da Saúde, *não constituem um erro médico!*

Por outro lado, os psicólogos médicos que, no final do século XIX, fundaram a psicologia experimental, abriram o caminho para o estudo da *aprendizagem humana*, computando os erros ao longo da experimentação. A diminuição deles significa aprendizagem. Por influência do psiquiatra alemão Kretschmer, começaram a traçar *curvas de aprendizagem*, que são a imagem espelho das *curvas de erros*.

Na era da tecnologia espacial e da inteligência artificial, tornou-se decisivo selecionar pessoas com aptidão para fazerem cursos avançados. Verificou-se que a velocidade de aprendizagem é o melhor critério preditor da eficiência futura em tarefas complexas e exigentes, como pilotar uma nave espacial ou fazer cirurgias robóticas. – Há muito se determinou que as notas académicas são melhores preditores das capacidades intelectuais, que o Q.I. Isto coloca os candidatos a Medicina no primeiro patamar e faz-nos ficar de pé atrás, quando gente “menos inteligente” reclama erro médico, sem fundamentar.

Quando se alega erro, é necessário determinar se se trata de um mero *incidente* (algo de que se dá conta só por ser notório ou inusitado) ou de um *acidente* (um incidente com consequências graves). A sua origem (nos incêndios, ponto de origem), mais que a sua causa, tem importância na determinação da responsabilidade.

Responsabilidade é a capacidade de responder pelos próprios atos. É profissional, deontológica, jurídica (disciplinar, penal) ou mesmo religiosa. Não é só do ator ou agente é, também, organizacional, administrativa e hierárquica. Na teoria geral das organizações, vigora o princípio da igualdade da autoridade e da responsabilidade. Mesmo no serviço público o médico, para além da autoridade de linha, detém autoridade funcional sobre paramédicos e auxiliares (e é aqui que tende a haver mais erros, que devem ser assacados a estes e à administração).

Antes da alegação e reclamação de erro, quem as faz, fez uma atribuição e, eventualmente, uma justificação. A *teoria da atribuição* da Psicologia Social é aqui fulcral. – *Atribuição* é o ato de considerar algo ou alguém, como causa ou origem dos incidentes e acidentes. Embora quem o faz não saiba, a atribuição segue (inconscientemente) uma lógica muito própria, diversa da clássica e servidora do interesse próprio, alicerce ou não das justificações, que estamos sempre a dar aos outros, sobre os nossos atos ou os do nosso grupo. “Eu tenho sempre que sair por cima” e “O meu clube ganhou moralmente...” Além disso, é muito afetada pela cultura presente e muito influenciada pelos “efeitos incomuns”. Aliás, é esta deriva que explica a crença no valor das “medicinas alternativas”. Diz-se, por exemplo, “desenganado pelos médicos recorreu a umas ervas, que o salvaram”, sem verificar em quantos casos análogos isso aconteceu.

O erro atributivo fundamental, deve-se à tendência universal para, sem mais, perceber as nossas ações pela situação (atribuição externa) e as dos outros pela sua personalidade (atribuição interna). É óbvio que é esta mesma lógica que conduz os clientes do médico ou os utentes do SNS a reclamar erro, sem sentirem necessidade de o fundamentar. “Afim! estamos todos de acordo que os médicos não cuidam dos doentes como devem.” – No Portugal de agora, “todos” são: os doentes, os familiares, os juizes, os administrativos, os políticos e os jornalistas (que amplificam este “erro”, desde que aumente a audiência), mas não são os *peritos*.

Referências Bibliográficas:

Orlando Pereira “All the king’s men” in J. Senders and N. Moray (1991) *Human Error: Cause, Prediction, and Reduction*. L. Erlbaum, Hillsdale, N. J.



Celeste Malpique

Psiquiatra / psicanalista

Para uma política de natalidade em Portugal - algumas sugestões

A experiência clínica oferece-nos uma panorâmica da atual diversidade familiar e permite-nos salientar algumas situações que refletem a sociedade narcísica e consumista em que vivemos e a pouca tolerância que o Homem tem ao Acaso, ao Imprevisível inerente à própria Vida, inerente também à Biologia e à Medicina. Talvez para controlar a rapidez das mudanças da nossa época, o cidadão tende a programar toda a sua vida: formação, emprego, as férias, a economia, a saúde, o bem-estar, as relações familiares, a procriação e, ultimamente, até a morte.

A mulher na sua justa e proveitosa emancipação é talvez o membro da família que mais direitos reivindica e mais iniciativas vem tomando. Cada vez investe mais na sua livre cidadania e procura conciliar a vida familiar com a profissional, onde vai dando provas de eficácia. Tem nítida consciência do seu papel na procriação, está atenta aos progressos da Medicina e não hesita em solicitá-los. A sua autoestima aumentou, mas por vezes o seu narcisismo tem levado a excessos nas exigências e caprichos, na relação conjugal e no projeto de ser mãe. O protelar da maternidade em função da sua formação e realização profissional leva-a a escolher uma idade mais tardia em que a fecundidade começa a diminuir. O casal depara-se com problemas de infertilidade (12 a 15% da população) e recorre à PMA para conseguir um filho tardio. Está por vezes num desejo, nem sempre consciente, de rejuvenescimento. Técnicas dispendiosas, prolongadas e falíveis, como por exemplo fertilização

intrauterina(20% com êxito),fecundação in vitro (40% de sucesso), microinjeção de espermatozoides (40% de sucesso),doação de ovocitos (55% de êxito)congelação de embriões da idade fértil, e seu armazenamento Barrigas de aluguer, etc. Estes dados são de 2008 e podem estar desatualizados porque continuam a fazer-se progressos, mas considera-se que tais intervenções são realizadas com 55% de bons resultados.

Neste grupo incluem-se também famílias de pares homossexuais, mulheres solteiras consideradas idóneas para adotar uma criança, mulheres que vivendo sós preferem a inseminação artificial, a barriga de aluguer etc., e todas estas situações tem enquadramento jurídico legal (a barriga de aluguer, por exemplo, não permite comercialização). Os serviços de adoção têm melhorado, na sua pluridisciplinaridade, mas continuam a ser demorados na entrega de crianças que ficam por vezes, tempo excessivo internadas em instituições.

Em contraste com esta gravidez tardia com apoio da PMA, surge com alguma frequência a *gravidez na adolescência*, pois a experiência sexual é cada mais precoce, livre e aparentemente segura pela divulgação dos contraceptivos. A APF faz um acompanhamento destas jovens que podem pedir consultas voluntárias e anónimas. De certo modo têm promovido a educação sexual, a prevenção do aborto, e a preparação do jovem casal para o planeamento familiar. Não esquecendo o importante papel do Dr. Albino Aroso na promoção do planeamento familiar e prevenção do aborto, diria que a APF não tem estimulado a natalidade, mas sobretudo o seu controlo.

Embora a gravidez na adolescência seja considerada uma situação de risco pela imaturidade das jovens e constitua até uma vivência traumática e disruptiva, considero que cada caso deve ser ponderado e não recorrer precipitadamente à IVG. Com efeito encontram-se algumas adolescentes entre os 16-21 anos, que podem engravidar, mas revelam maturidade, tem experiência sexual regular com companheiro estabelecido. Há inclusivamente

investigações nesta faixa etária que demonstraram que estas jovens mães têm até uma boa relação com os seus bebés. Encontram-se numa idade fértil e são bastante espontâneas no estímulo que dão. Fazem-me lembrar um estudo que fiz há anos em Luanda à relação mãe-filho durante os 2 primeiros anos de vida; a mulher africana é muito estimulante e o seu bebé bastante precoce. Não é apenas uma questão de etnia; o papel cuidador coincide com a fisiologia, com o prazer e com a apetência maternal. No nosso meio rural podemos observar o mesmo.

Nos casos que referimos de maior maturidade (entre os 16-21 anos), não há que dramatizar e antes apoiar o prosseguimento da gravidez, mes-

mo que tenha de interromper os estudos por 1 ou 2 anos. O emprego juvenil no nosso país está tão difícil que a jovem mãe poderá retomar os estudos logo que o bebé possa ir para um infantário ou tenha mais apoio familiar. Não esquecer que a maternidade é um fator maturativo, quer para a mulher, quer para o jovem casal, e desperta aparentalidade.

Mesmo solteira a jovem mãe merece que se ativem todos os recursos psicossociais, e assim estimulamos a natalidade. Recusamos a IVG, não por objeção de consciência, mas porque valorizamos o aspeto afetivo e social da procriação humana. Nada prova que as mães tardias, com ou sem recurso à PMA, sejam melhores mães que estas

O emprego juvenil no nosso país está tão difícil que a jovem mãe poderá retomar os estudos logo que o bebé possa ir para um infantário ou tenha mais apoio familiar. Não esquecer que a maternidade é um fator maturativo, quer para a mulher, quer para o jovem casal, e desperta aparentalidade.

adolescentes. Pelo contrário, filhos tão desejados para satisfazer o desejo de ser mãe, leva-as com frequência a superproteger e mimar esses filhos. O uso sistemático de contraceptivos tem facilitado a constituição de famílias que se limitam ao casal sem filhos sob o pretexto de que não tem condições económicas para os sustentar. Tenho acompanhado algumas mulheres com sintomas neuróticos ou psicossomáticos, casadas, entre os 25-32 anos, que reduzem o seu projeto conjugal, pouco interessante e pouco estimulante, à compra de casa, de carro e de férias dispendiosas e que vão sempre protelando a vinda de filhos por nunca encontrarem condições económicas ou afetivas para os receber. Entretanto dedicam-se ternamen-

te a animais domésticos (cães ou gatos)!São casais imaturos, muitas vezes ainda dependentes dos próprios pais, e que tardam em assumir a parentalidade. É outro exemplo das causas da baixa natalidade no nosso país, e que tem muito a ver com a sociedade narcísica e consumista que se vem instalando com argumentos de "crise económica", mas na realidade instalada no egoísmo e desvalorização da função social da parentalidade. Por mim não perco oportunidade na consulta, de chamar a atenção para a vantagem na constituição de uma família, para enriquecer a vida conjugal, desviar do benefício secundário dos sintomas e do consumismo. Nada tenho contra um planeamento familiar. Isto numa consulta de especialidade! Como calculam penso que ao médico de família cabe muito mais e terá muitas mais oportunidades de estimular a natalidade na idade fértil do casal. A ele pertence a promoção da prevenção primária, da saúde, do bem-estar, não esquecendo que a generatividade é uma realização egóica da idade adulta (E.Erikson). Promover a natalidade, ajudar a fazer o seu planeamento e apoiá-la com recursos da Segurança Social é fazer, na primeira linha, uma política pró-natalidade (abono de família, creches, ensino pré-escolar, habitação e até subsídio de natalidade para os 3 primeiros anos). O médico de família deve fazê-lo como tanta convicção como aconselha o aleitamento materno e a proibição do tabaco na gravidez. O médico de

família tem aí um papel chave! A APF é também uma instituição de primeira linha para estimular a natalidade e não se ficar pelo seu controlo. E para terminar faço ainda um apelo às *Comissões de Bioética Médica*, que me parece terem investido pouco nesta área, o seu aconselhamento parece-me, salvo o devido respeito, muito moralizador e controlador, parecendo querer preservar, acima de tudo, os seus princípios éticos. Não basta acautelar a integridade do embrião humano nem proibir a clonagem. Há mais Mundo para além das células, há as Pessoas em relação, os Homens, as Mulheres e as Crianças que cumprem um Ciclo Vital e este é único e irrepetível, mesmo com as diferenças e inovações que a sociedade vai apresentando.

Referências Bibliográficas:

1. MALPIQUE C. (2008) "NOVOS BEBÉS,NOVAS MÃES...QUE PSICANÁLISE?" In R. Portuguesa de Pedopsiquiatria, (pp57-65) nº 25 Vol. II. Julho/Dez, APPIA
2. OSSWALD,W. Vários artigos sobre Bioética Médica e Eutanásia, na rev. da OM e Nortemédico a partir de 2010
3. PEREIRA,H.M.S. (2011) DANIEL SERRÃO, aqui diante de mim "Esfera do Caos" Editores, Lisboa
4. SERRÃO, D."PROCURAR A SABEDORIA PARTILHAR O CONHECIMENTO" (2010)

Acta Médica Portuguesa

Maio/2019

data de publicação online: 31 de maio

ARTIGO ORIGINAL

- O Ensino da dor crónica em Portugal: as perspectivas dos estudantes de Medicina e dos Internos do Ano Comum

DOR PAIN DOLEUR

SCHMERZ ΠΟΝΟΣ

БОЛЬ AĞRI VERKIR

DOLORE PIJN DOR

ARTIGO DE REVISÃO

- Opióides na dor oncológica e o seu uso em circunstâncias particulares: uma revisão narrativa

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



ACTA MÉDICA PORTUGUESA
•• STUDENT

ACTA MÉDICA
PORTUGUESA



Ande para
todo o lado.
Nós tratamos
da proteção.



oferta
1 trotinete
elétrica

campanha válida
até 30/06/2019



ageas saúde
seguros
casa⁺ ou vida



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

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

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

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

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



www.coloradd.net