

Ficha Técnica

Ordem dos Médicos

Ano 25 – N.º 100 – Abril 2009

PROPRIEDADE:



CELOM

Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, Sociedade Unipessoal, Lda.
SEDE: Av. Almirante Gago Coutinho, 151
1749-084 Lisboa • Tel.: 218 427 100

Redacção, Produção e Serviços de Publicidade:

Av. Almirante Gago Coutinho, 151
1749-084 Lisboa
E-mail: celom@omcne.pt
Tel.: 218 437 750 – Fax: 218 437 751

Director:

Pedro Nunes

Directores-Adjuntos:

José Manuel Silva
Isabel Caixeiro

Directora Executiva:

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

Redactores Principais:

José Ávila Costa,
João de Deus e Paula Fortunato

Secretariado:

Miguel Reis

Dep. Comercial:

Helena Pereira

Dep. Financeiro:

Maria João Pacheco

Dep. Gráfico:

CELOM

Impressão:

SOGAPAL, Sociedade Gráfica da Paiã, S.A.
Av.º dos Cavaleiros 35-35A – Carnaxide

Depósito Legal: 7421/85

Preço Avulso: 1,60 Euros

Periodicidade: Mensal

Tiragem: 39.000 exemplares
(11 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

S U M Á R I O

04 EDITORIAL

06 INFORMAÇÃO

Boas Práticas na Prescrição de Buprenorfina

07 Eleições – Colégios

07 A saúde dos Médicos – Porquê um estudo?

08 ACTUALIDADE

O congresso, a sociedade e a lusofonia

11 Relatórios de participação

15 Especialidades Médicas: tronco comum, sim ou não?

16 Experiências e expectativas sobre carreiras médicas

20 Fórum Europeu de Associações Médicas e OMS discutiram CSP

22 OPINIÃO

Facilitar o processo de diagnóstico da gripe do tipo A
por Francisco George

24 Afinal, quem é mercenário?

por Cristina Moisão

26 Velhos e Novos Tempos

por Filipe Acciaioli

28 Horas de trabalho e erro médico?

por Inês Rosendo e João Carlos Ribeiro

30 Sete coisas que sempre quis saber sobre o ensino baseado em competências!

por Bernardo Bollen Pinto, Sérgio Chacim e Rui Guimarães

35 BOLETIM DA S.R. CENTRO

69 MEDI.COM

Envie-nos os seus artigos

Para que a revista da Ordem dos Médicos possa ser sempre o espelho da opinião dos profissionais de todo o país, agradecemos a colaboração de todos os médicos que desejem partilhar as suas opiniões, experiências ou ideias com os colegas, através do envio de artigos para publicação na Revista da Ordem dos Médicos. Os artigos devem ser acompanhados de uma fotografia do autor (tipo passe) e poderão ser enviados para os contactos que se encontram na ficha técnica (morada da redacção e/ou respectivo e-mail).

Nota da redacção: Os artigos de opinião e outros artigos assinados são da inteira responsabilidade dos autores, não representando qualquer tomada de posição por parte da Revista da Ordem dos Médicos.

PANDEM(ÓN)IA

Esta ideia de que para tomar uma decisão é necessário concentrarmo-nos nas consequências (as quais são conhecidas) e não na probabilidade (que não há forma de saber) constitui a ideia central da incerteza. Grande parte da vida baseia-se neste princípio.

Nassim Nicholas Taleb, *O Cisne Negro*
ed Dom Quixote, Lisboa 2007

O mundo mais uma vez tremeu de medo.

Quando a SAR'S que por junto matou oitocentos mas se propagou febril pelas ondas hertzianas meses a fio, infectando de medo milhões. Como quando a gripe aviária matou alguns gansos (um deles fez deslocar em jacto particular um responsável da OMS de Copenhaga à fronteira turco-iraniana) e fez os governos atemorizados investir em toneladas de um antivírus.

Mais uma vez os jornais televisivos de todo o Mundo puseram a população em pânico, fizeram chacinar milhares de porcos condenando muita gente à fome, encenaram durante semanas uma tragicomédia de fim incerto.

Equação irresolúvel por milhares de variáveis seria agora calcular o número dos que em todo o Mundo se suicidaram por agravamento de depressões, os que tomaram decisões precipitadas, os milhões que se perderam em plena crise.

Hoje, quando escrevo, já circulam boatos sobre a ligação da gripe à fase da luta contra o narcotráfico que decorria agreste no México ou à fuga, de um laboratório, de um vírus em fase de manipulação para produção de uma vacina.

Enfim, um pouco por toda a parte, o pandemónio, mais que a pandemia, instalou-se.

Os médicos, por demais habituados à insegurança da vida, olharam para tudo isto com um olhar cínico, aquele olhar com que habitualmente desprezam a própria saúde e asseguram a si próprios menos esperança de vida que aos seus doentes.

Enquanto a OMS ia passando de três para quatro e de quatro para cinco o grau de alerta e a população e os média, não percebendo a diferença entre difusão e gravidade, se preparavam para o Armagedão, foram sendo activados os «planos de contingência».

Enquanto o espectáculo se desenrolava, recordei um dia de há poucos anos em que, deixando-me levar pela irritação que quase sempre me assalta perante a hipocrisia, fiz uma pergunta ao responsável da Organização Mundial de Saúde pela luta contra a gripe aviária, que acabava de discursar perante um Fórum que reunia delegados de todas as associações médicas da região Europa.

A pergunta, em síntese, versou o tema da Ética, tendo questionado se «consideraria ético, quando não existiam verbas para lutar contra doenças curáveis ou pelo menos tratáveis como a malária, a tuberculose ou a SIDA, gastar milhões num medicamento que não se sabia se actuava numa doença que não se sabia se viria a existir?».

Perante algum sussurro na sala (es-

tavam duzentos médicos) o responsável respondeu-me placidamente, com a simplicidade com que se fala aos ingénuos, que os Estados gastavam biliões em armamento, algum nuclear, que não faziam tentações de usar, esperando mesmo nunca ter que o fazer.

Por algum motivo, considerei, todas as acções desencadeadas o foram sob o circunspecto termo em língua franca de *preparedness*.

Em termos de *preparedness*, o Mundo aguarda sob stress o disparo do míssil da Al-Quaeda, a vaga de guerra bacteriológica que se estenderá num ápice sobre uma humanidade exposta na sua fragilidade biológica. Quando tal acontecer, poucos responsáveis mundiais se darão ao trabalho de usar o *if* em vez do *when*, é necessário que os exércitos da saúde estejam em toda a parte preparados, pois a epidemia será global e ninguém estará seguro nas suas fronteiras.

Estou certo que é este sentimento de impossibilidade de garantir sozinho a sua própria segurança que leva a esta histeria colectiva centrada num organismo da ONU de tempos a tempos.

Se assim não fôra, estou certo que seriam considerados aceitáveis alguns danos colaterais e algumas regiões do globo seriam tranquilamente excluídas.

Não consigo prever, se é que alguém consegue efectivamente, o que acontecerá em caso de verdadeira emergência biológica, se, como a linha Maginot, no início da II Grande Guerra, os planos de contingência colapsarão nas primeiras horas?

Como médico, habituado ao inesperado, à incerteza e às vitórias e derrotas, sei que o importante é na altura crítica manter o sangue frio, agir de acordo com o bom senso e responder efectivamente aos desafios. Neste contexto, o bem a preservar é a confiança, a disponibilidade para obedecer a uma voz de comando mesmo que mais tarde se contestem as suas decisões.

Preservar a confiança implica tranquilidade e sabedoria de quem dirige. Implica ser óbvio o estar «por dentro», deter o conhecimento necessário à tomada de decisão.

Por isso, e porque o pior que pode acontecer é à força de chamar pelo lobo, quando ele vier, se vier, ninguém acreditar, que a Ordem em todas as suas intervenções sobre a matéria reiterou sem críticas a sua confiança na Direcção-Geral da Saúde

e de seus técnicos, bem como na gestão política e de comunicação da Ministra.

De igual forma, quando solicitada, a Ordem colaborou na distribuição de um número telefónico confidencial para uso exclusivo dos médicos em situações de crise, preparando toda a classe para um desafio que se espera nunca venha a ter que enfrentar. É curioso que a uma Ministra a quem todos condenavam a falta de «dom da palavra» agora todos, sem excepção, louvem a contenção, a serenidade, a tranquilidade e transparência da informação disponibilizada.

Como médicos todos percebemos como é fácil a quem conhece, a quem compreende, explicar; e como é difícil fazê-lo para quem do assunto só sabe a espuma dos dias veiculada pela comunicação social.

E como de todos os factos há que tirar as consequentes ilações, só resta perguntar como seria a sociedade portuguesa se, em vez de forças partidárias geridas por políticos todo-terreno, hoje responsáveis pelo turismo, amanhã pela educação, o País fosse gerido por gente conhe-



cedora dos temas e sectores sobre os quais decide.

Ou, em alternativa e por redução ao absurdo, como teria sido vivida esta crise se, em vez de um médico, o Ministério da Saúde fosse dirigido por um economista que em pleno pânico viesse para as televisões discutir o preço do oseltamivir...

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Miguel Leão'.

Rectificação

Na página 45 da ROM nº 99, no texto relativo à atribuição de medalhas de mérito, cerimónia que teve lugar no decurso do XIV Congresso Nacional de Medicina, verificaram-se algumas incorrecções relativamente a datas no parágrafo alusivo a Miguel Jorge Santos de Oliveira Ferreira Leão, pelo que passamos a publicar o referido parágrafo, com os dados correctos, apresentando desde já as desculpas da redacção por este lapso:

«Miguel Jorge Santos de Oliveira Leão tem dedicado importante parte da sua vida à Ordem dos Médicos. Especialista em neurologia e em genética médica, subespecialista em neurologia pediátrica, professor convidado de medicina forense da Universidade Católica de 1983 a 1995, Miguel Leão foi secretário do Conselho Regional do Norte da OM no triénio de 1990/1992, presidente do Conselho Regional do Norte durante seis anos (1999 a 2004) e, no triénio de 2005/2007, assumiu as funções de presidente da Assembleia Regional da SRN. Pela sua contribuição na evolução da instituição, pelo tempo dedicado, Miguel Leão foi um dos distinguidos.»



ORDEM DOS MÉDICOS

Boas Práticas na Prescrição de Buprenorfina

Em reunião de 14 de Abril de 2009, o Conselho Nacional Executivo aprovou o parecer do Colégio de Psiquiatria relativo às regras de boas práticas na prescrição de Buprenorfina.

Parecer

O tratamento farmacológico com buprenorfina alta dose deve fazer parte dum projecto terapêutico no tratamento de doentes dependentes de opioides de rua, que sem sucesso, tentaram controlar o seu consumo, nunca devendo ser utilizado como uma resposta terapêutica isolada. Para a sua implementação é necessário perceber as suas potencialidades, limitações, indicações e contra-indicações. Consideramos, por isso, que esta abordagem faz parte dum programa livre de drogas, dado tratar-se de um fármaco de prescrição médica.

A sua prescrição é da responsabilidade de um médico que tenha competência para prevenir e alertar o mau uso destes medicamentos, dado que esse mau uso poderá agravar o estado de saúde de um doente, pondo em risco a sua vida se não houver uma monitorização adequada. Para um adequado controlo da sua administração, esta deve ocorrer no quadro de um programa de tratamento integrado – médico, psicológico e social – o qual permitirá ao doente dependente estabilizar e reorganizar a gestão da sua vida, cuidar da sua saúde, e tratar da sua doença (Luís Patrício).

O médico deve garantir que a substituição seja apenas para a toxicomania instalada, dado que numa pessoa não dependente de opiáceos, os medicamentos opioides provocam dependência física e psicológica. Compete, pois, ao médico a prescrição ajustada à situação clínica de cada doente, após correcta avaliação médica, psiquiátrica e social.

A avaliação clínica deve ser rigorosa no despiste de comorbilidade psiquiátrica, assim como da realidade familiar e social do doente. Deverá ser avaliada a disponibilidade dos membros da família para funcionarem como co-terapeutas numa fase inicial do tratamento, de forma a reduzir os riscos inerentes ao mau uso e abuso dos fármacos.

A ausência de apoio familiar ou de um terceiro elemento que assegure as tomas diárias sob observação directa, poderão comprometer a decisão de iniciar a terapêutica.

Análises de urina

A realização de análises de urina para confirmação da eficácia do tratamento é necessária. A recusa de fazer análises é considerada como um resultado positivo para metabolitos de heroína, de cocaína, de THC, de benzodiazepinas, de anfetaminas, de barbitúricos e ainda de metadona e de buprenorfina.

A recolha de urina deve ser feita sob controlo, de formas a garantir que pertence ao doente que a entrega.

Três análises positivas sucessivas ou alternadas são razão para eventual mudança de programa.

Como conclusão poderemos afirmar de acordo com especialistas na área da toxicodependência que: a terapêutica de substituição «alarga as possibilidades de prestar cuidados ou de tratar», (C. Nicolas), e «pode conduzir a uma estabilização que se torne trampolim para diversas intervenções terapêuticas» sendo que: «para tratar é necessário construir uma nova geração de programas especializados de prescrição» (Marsden).

ELEIÇÕES

Eleições para os Colégios de Especialidades de Anatomia Patológica, Angiologia e Cirurgia Vasculiar, Doenças Infecciosas, Hematologia Clínica e Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Secções de Subespecialidades de Cuidados Intensivos Pediátricos, EEG/ Neurofisiologia Clínica, Nefrologia Pediátrica, Neonatologia e Oncologia Pediátrica, Comissões de Competência de Gestão dos Serviços de Saúde e Medicina Farmacêutica

15 de Julho de 2009 - das 9h00 às 20h00
Local: Secções Regionais da Ordem dos Médicos

Calendário Eleitoral 2009

Maio	15	Os cadernos eleitorais estarão disponíveis para consulta em cada Secção Regional.
Maio	20	Prazo limite para reclamação dos cadernos eleitorais
Maio	15	Prazo limite para decisão das reclamações
Junho	5	Prazo limite para formalização das candidaturas
Junho	12	Prazo limite para apreciação da regularidade das candidaturas
Julho	3	Prazo limite para envio dos boletins de voto e relação dos candidatos
Julho	15	Constituição das Assembleias Eleitorais (Secções de Voto), acto eleitoral e contagem dos votos a nível regional (a Mesa Eleitoral Nacional funciona na Secção Regional que detém a Presidência).
Julho	20	Apuramento final dos resultados a nível nacional.
Julho	27	Prazo limite para impugnação do acto eleitoral.
Agosto	3	Prazo limite para decisão de eventuais impugnações.

A saúde dos Médicos – Porquê um estudo?

Desde a última metade da década dos anos 90, a Organização Mundial da Saúde e a Associação Mundial Médica reconhecem que a nossa saúde merece mais atenção, e diversos autores confirmam a necessidade de estudar e contemplar as necessidades de saúde e evitar o mal-estar dos médicos e dos estudantes de medicina. Em muitos países estão avaliados os hábitos preventivos do nosso grupo profissional, e como compartilham com os seus concidadãos os conhecimentos necessários para se manterem saudáveis e activos.

Derek G. Puddester, num artigo de visão global publicado no *The Medical Journal of Australia* (MJA 2004;181 (7): 386), assinala que o Súbito Síndrome Respiratório Agudo (SARS) pôs em evidência as vulnerabilidades do Sistema Público de Saúde do Canadá, e demonstrou a importância dos que nele cuidam os pacientes. Além do devastador impacto do SARS nos doentes e suas famílias, este síndrome fez realçar a importância da saúde dos profissionais da saúde. O Autor refere: «The impact of SARS on healthcare professionals was high, with key factors for doctors, including the potential risk of death, placing one's family at risk of infection».

O Estudo da percepção dos médicos acerca da sua saúde, das condições em que trabalham, do impacto dos riscos a que estão expostos, e como os seus comportamentos e estilos de vida influenciam os cuidados que prestam aos cidadãos que os consultam é, para nós, um trabalho inédito, relevante para o sistema de saúde e excelente oportunidade para o grupo profissional. Por tal razão, a Ordem dos Médicos e a Direcção Geral da Saúde acolhem com agrado a investigação que se propõe conhecer as especificidades portuguesas e compará-las com as boas práticas que valorizam a manutenção e promoção da saúde, e aperfeiçoar os modelos de relação entre os médicos e os seus pacientes. O estudo será publicado na próxima edição da ROM. Solicitamos, desde já, a participação de todos os Colegas.

Pedro Nunes

O congresso, a sociedade e a lusofonia

Num período de dificuldades provavelmente nunca sentidas no nosso país desde que os médicos se tornaram a grande garantia do Serviço Nacional de Saúde universal e tendencialmente gratuito, a escolha entre ficar de braços cruzados ou agir pode ser a distância entre a perda da autonomia legitimamente conquistada com dedicação e provas dadas durante tantos anos ou a garantia do exercício de uma Medicina que respeita os nossos valores éticos e deontológicos.

Foi neste quadro exigente para os médicos e para a sociedade que promovemos o XIV Congresso Nacional de Medicina, este ano associado a duas outras iniciativas relevantes – o III Congresso da Comunidade Médica de Língua Portuguesa e o V Congresso Nacional do Médico Interno.

O médico e a sociedade

A sociedade é muitas vezes refém de tendências, modas e influências, mas nela subsistem ainda valores mais profundos. Desta sociedade podemos esperar castigo, recompensa, respeito, desconsideração, tudo isto sob as mais diversas formas.

Vivemos hoje confrontados com várias ameaças externas à nossa profissão, algumas são novidades desagradáveis, mas previsíveis de há algum tempo a esta parte, outras são velhas demandas que nos vão desenvolvendo a resistência, mas de que não estamos livres de ciclo em ciclo.

Há uma pressão constante sobre os nossos valores, que sabemos serem os mais nobres, mas que os interesses económicos, políticos e os populismos escondidos sob o labéu do interesse público massacraram persistentemente.

Esta pressão exerce-se directamente nos hospitais, nos centros de saúde ou

a partir dos centros de decisão de onde emanam as orientações que influenciam a nossa actividade; mas também, de forma indirecta, no ambiente mediático, onde, com ilegítima frequência, os médicos são acusados permanentemente de actos negligentes, de erro, de desconsideração pelos doentes ou de incumprimento de regras. Quantos são, durante uma semana, os grandes títulos que incidem sobre a actividade médica, que não deixam qualquer hipótese de uma defesa séria?

Lamentavelmente também é verdade que alguns médicos fornecem ao inimigo argumentos que depois conspurcam a honorabilidade de todos nós.

Há também ameaças de outra índole, que pairam sobre os nossos direitos e até os nossos deveres para com os doentes e que visam distrair a sociedade quanto à importância da nossa consciência profissional, que protege cada indivíduo, cada doente. Argumenta-se ruidosamente contra alguns dos princípios éticos fundamentais, algumas vezes contra o direito dos nossos doentes ao sigilo, outras contra a natureza única desse acto fundamental que é uma consulta, restringindo tempos e decisões, outras ainda contra a soberania da nossa prescrição na defesa da segurança do doente.

O optimismo é possível

Entre 19 e 21 de Fevereiro, num Congresso marcado por três grandes plenos, teve lugar a discussão sobre os assuntos que nos dizem respeito como médicos, sobre o presente e o futuro da nossa actividade e sobre a dimensão lusófona da nossa vocação.

Neste Congresso, demos um forte sinal à sociedade quanto à nossa importância como profissão e à defesa dos nossos princípios. O Presidente da República, que nos deu a honra de presidir à Sessão Inaugural, reiterou o que não pode ser ignorado quanto à essência do papel que cabe aos médicos na sociedade.

Nessa sessão, que decorreu no final do primeiro dia de trabalhos, estavam presentes mais de mil médicos, muitos deles jovens licenciados que iriam prestar o Juramento de Hipócrates daí a poucos minutos, e para quem a reafirmação destes princípios é mobilizadora para as dificuldades que terão ainda que ultrapassar até serem capazes de corresponder ao que deles se espera. E reconheceu o senhor Presidente da República que «o exercício da Medicina determina um nível de responsabilização máxima e exige conhecimentos vastos, sempre em actualização, em condições tantas vezes penosas de trabalho e cansaço físico e mental».

Recebemos com agrado a responsabilidade que o senhor Presidente nos atribuiu, procuramos sempre conhecimentos cada vez mais vastos e a actualização permanente e esperamos que as restrições dêem lugar ao estabelecimento das melhores condições de trabalho, para que possamos honrar o nosso compromisso para com a sociedade.

Do Congresso, saímos mais optimistas quanto ao futuro neste aspecto particular, e não só pelas palavras do Presidente da República, mas também pela participação de médicos de todas as idades e continentes, na discussão que se estabeleceu em torno do contexto do médico na sociedade e no desenvolvimento dos povos.

Globalização lusófona

São bons exemplos os debates sobre a Ética Médica e os seus desafios neste século que se inicia e cujo rumo é uma incógnita imensa. Fizemo-lo num contexto global, com uma mesa em que pontificavam os nossos colegas de Angola e do Brasil, uma vez que a Ética Médica é só uma e a reunião dos esforços de todos os médicos do espaço lusófono contribuirá, decerto, para atingir uma Medicina cada vez mais de acordo com os seus princípios numa vasta região do globo.

No último dia do Congresso, outro aspecto que nos preocupa crescentemente neste âmbito das nossas relações com a sociedade foi debatido na mesa «Responsabilidade Civil e Penal dos Médicos». É um assunto a que a Ordem tem dedicado algum espaço, a nível nacional e regional, e mesmo no contexto dos seus Distritos Médicos, onde os nossos Colegas promovem com frequência debates e conferências com a participação de juristas, advogados ou magistrados.

Esta mesa de debate reuniu também um conjunto de participantes do espaço lusófono, nomeadamente do Brasil e de Cabo Verde, para além de Portugal. No Brasil e no nosso país há problemas que, provavelmente, ainda não se colocam de forma tão aguda nas outras nações lusófonas. No entanto todos os colegas têm que estar prepara-

dos para este convívio difícil que temos que enfrentar de forma determinada e sem tibiezas, procurando as melhores soluções para que o risco de erro se atenuar, sem perda de autonomia.

A discussão global do tema da responsabilidade civil e penal foi muito interessante e contribuiu com achegas decisivas para o sucesso dos trabalhos. Debateu-se ainda a mobilidade, num mundo que se cruza a cada momento, que se abre em oportunidades de migração, particularmente no nosso espaço linguístico.

A actual situação de défice do número de médicos no nosso país, mas também, e sobretudo, nos países africanos, obriga-nos a equacionar soluções adequadas a cada realidade e às necessidades de cada país.

Por isso estamos envolvidos na criação do Centro de Formação Médica Pós-Graduada da Comunidade Médica de Língua Portuguesa, de modo a que os colegas africanos possam fazer o seu percurso de progressão técnica no seu espaço natural.

Este Centro, que funcionará em Cabo Verde, proporcionará, com o apoio de médicos de todos os países de expressão oficial portuguesa, a possibilidade de formação, que evite a deslocação dos médicos dos seus países de origem para se formarem mantendo a sua actividade onde são mais necessários. Com a participação de colegas de Angola, Moçambique, Brasil, Macau, Cabo Verde e outros países debateram-se também questões como as políticas de saúde nos vários países e o papel das associações médicas na influência dessas políticas e na sua aplicação.

O médico e os outros médicos

Mas há quem entenda que a ameaça maior que se pode abater sobre os médicos são eles próprios, os seus modelos de organização e as suas dificuldades de enfrentar as questões em conjunto e fazer valer os seus argumentos. Nos dias de hoje, preocupa-nos, por isso, a questão das carreiras médicas, matéria em que, poucos dias antes da realização do Congresso, assi-



Isabel Caixeiro

Presidente Executiva do Congresso

námos um acordo com as organizações sindicais médicas, para que a uma só voz, sem dissonâncias, se conseguisse garantir um novo regime benéfico para o desenvolvimento da profissão médica, para a progressão nas remunerações e para a defesa do Serviço Nacional de Saúde, cujo êxito assentou, em boa parte, na organização das carreiras.

No final dos trabalhos, promovemos uma reunião para discutir o assunto, que teve presenças significativas e de onde se retiraram conclusões que servem para reforçar ainda mais o nosso princípio de que será em conjunto que conseguiremos as melhores soluções. Também as especialidades, outro dos assuntos que teremos que discutir entre pares, foi tema central de um debate que se prolongou por toda uma tarde. Desde a questão das prioridades, que discutimos num painel em que a mesa tinha também colegas do Brasil, de Angola e de Cabo Verde, até à controvérsia da aplicação de um tronco comum e das diversas possibilidades que se colocam ao futuro de várias especialidades. Criar, fundir ou acabar? As novas especialidades que se propõem, as que pela sua natureza e proximidade podem ser fundidas ou aquelas cuja extinção se justifica.

Este é um assunto que vai perdurar porque, no fundo, nele reside muita da essência da Ordem dos Médicos. Precisaremos ainda de muito debate, mas precisamos também de dar passos firmes no sentido de uma reorganização. A Medicina evolui rapidamente e é necessária a adaptação aos tempos, preparação ante as ameaças e os riscos. Na verdade, os médicos precisam hoje de estar muito mais atentos e adquirir, em conjunto, competências para os compreender e resolver.

Participação destacada de jovens

Quando fazemos o balanço de todo o Congresso, há lugar a um destaque especial para a participação de jovens

médicos. Direi que todas as matérias discutidas são do maior interesse para eles – os que agora começaram na sua profissão, os que fazem as suas especialidades e aqueles que, já especialistas, enfrentam uma nova realidade no domínio da contratação e da sua formação ao longo da vida.

Aos nossos novos colegas interessam as questões éticas, mas também as técnicas; para eles assume particular importância o futuro das carreiras médicas e não podem igualmente alhear-se do que for determinado sobre as especialidades; mas a dimensão lusófona do médico será com certeza uma das mais ponderadas, numa altura em que os países emergentes deste nosso espaço dão sinais de uma cada vez mai-

or necessidade de profissionais de saúde, em sociedades deficitárias de cuidados e de número de médicos.

E por estas razões foram muitos os jovens médicos que tiveram posição preponderante nas diversas mesas de debate e no Congresso sentiram-se particularmente as suas preocupações e expectativas para o futuro.

De resto, como em outras edições do Congresso, a eles coube a organização paralela de cursos diversos, que repetiram o sucesso de outros anos, com a acumulação das experiências e cada vez maior empenho.

Particularmente gratificante foi a apreciação dos colegas que publicamos nesta revista. Acredito que o futuro estará em boas mãos.

Acta Médica Portuguesa, uma edição ONLINE

www.actamedicaportuguesa.com

ACTA MÉDICA PORTUGUESA

@ Rapidez de acesso

@ Facilidade de consulta

@ Pesquisas mais completas

@ Divulgação a nível mundial

@ Possibilidade de imprimir artigos

@ Publicação de mais artigos por edição

@ Todos os textos disponíveis no arquivo online

Relatórios de participação

Passamos a publicar dois trabalhos elaborados por médicos internos onde se faz uma breve análise sobre o Congresso Nacional de Medicina.

«Não sendo este um Congresso eminentemente científico, na medida em que não comporta temas da clínica diária, encontra na essência da organização médica e da política de saúde, a sua razão de existir. É, no mínimo, uma aparente contradição, a constatação de uma reduzida adesão por parte dos colegas Médicos. Os temas que constavam do programa, nomeadamente os mais ligados à realidade Portuguesa, foram considerados prementes e actuais pela vasta maioria dos congressistas.

Sendo compreensível, do ponto de vista da maximização de recursos e da concentração de médicos interessados, a centralização de vários encontros e/ou congressos num mesmo espaço físico e temporal obriga a uma apurada escolha de temas a debater que sejam importantes para todas as instituições que se reúnem; considero que neste evento esse cuidado esteve bem patente no programa, incentivando a uma participação mais plural e variada.

Ficou bem claro, se já o não estava anteriormente, as enormes dificuldades que atravessam os sistemas de saúde dos países da CMLP. Tanto a nível

da diferenciação dos profissionais de saúde, como das estruturas de saúde, estes países necessitam de um enorme apoio ao qual Portugal não se pode furtar, conforme foi verificado na criação do Centro de Formação Médica Pós-graduada da CMLP, apresentado neste Congresso. Dado o diferente grau de diferenciação dos sistemas de saúde dos países da CMLP, são, também, diferentes as suas necessidades de formação em termos de especialidades, tema que foi amplamente discutido.

A discussão sobre a instauração de um Tronco Comum foi de uma surpreendente unanimidade no sentido da sua implementação; poderemos contar com essa realidade em breve. Foram também debatidas eventuais junções e separações entre programas de formação. Na Sessão Inaugural, o Bastonário da Ordem, delineou as principais problemáticas e desafios que se apresentam aos médicos, recapitulando temas essenciais como a reforma dos cuidados primários de saúde e a reforma das carreiras médicas. Esta última temática foi também o cerne da Assembleia realizada no final do Congresso, tendo

sido proveitosa no sentido da partilha de opiniões diversas sobre o tema.

Como médica interna, considero fulcral a actualização em matérias da nossa organização médica; este Congresso, através dos seus fóruns e discussões, providencia uma oportunidade ímpar de discussão das questões fracturantes da Ordem dos Médicos.

Termino recordando algumas das palavras proferidas pelo Bastonário, Dr. Pedro Nunes, aquando do cumprimento do Juramento de Hipócrates, cerimónia que simboliza a entrada na vida profissional, que nos lembrou que «a partir de hoje serão responsáveis pela vida e saúde dos que em vós confiarão. Sentirão a gratificação das pequenas vitórias e o desconforto das inúmeras derrotas».

Relatório elaborado por Ana Luísa Bettencourt Lucas da Silva (interna do ano comum a estagiar no Centro Hospitalar Lisboa Norte) em co-autoria com Miguel Ornelas Pires Mota de Azevedo (interno do segundo ano de Medicina Geral e Familiar a realizar formação no Centro de Saúde de Rio Tinto).

Conferências assistidas

(conferências comuns a ambos os relatórios)

19 Fevereiro 2009 (9h30-23h)

Conferência e Debate – A Ética Médica – desafios do séc XXI | Organização do trabalho e Qualidade de Vida dos médicos | Médicos: Mobilidade no mundo global e lusófono | Centro de Formação Pós-graduada da CMLP – o nosso modelo de formação | **Sessão inaugural** | Medicina e Desenvolvimento dos Povos – Objectivos para o Milénio | **Juramento de Hipócrates**

20 Fevereiro 2009 (9h30-18h)

Conferência e Debate – Políticas de Saúde. Papel das Associações Médicas | Sistemas Nacionais de Saúde: Experiências e Expectativas (Carreiras Médicas) | Especialidades médicas – que prioridades? | Especialidades médicas: Tronco comum? Criar, fundir e acabar.

21 Fevereiro 2009 (9h30-16h)

Conferência e Debate – Responsabilidade Civil e Penal dos Médicos | II Assembleia Geral de Médicos – Carreiras Médicas.



Reflexões...

«Não visam as presentes reflexões ser um relato extenso do que ocorreu nos três dias de congresso mas sim algumas notas gerais.

Depois de seis anos de formação muito teórica e tecnicista, estas conferências revelaram-se uma lufada de ar fresco, já que se debruçaram sobretudo na organização médica e política de saúde nos diferentes países que partilham a língua portuguesa. Mais do que ouvir falar do médico enquanto técnico diferenciado, ouvimos falar do médico enquanto pessoa, que desafios tem de encarar (daqueles que não se encontram nos livros e tratados) e quão importante é a sua adaptação à realidade do local onde pratica. Como é fácil depreender, considere a maioria dos temas abordados, particularmente os relacionados com a realidade portuguesa, interessantes e actuais. Penso que muitos congressistas subscreveriam estas palavras já que, na altura da discussão das várias palestras, nunca houve capacidade de dar resposta a todas as questões colocadas pela assistência. De facto, houve uma interacção entre a mesa e os restantes congressistas que, na minha perspectiva, foi bastante produtiva obrigando-nos a pensar no impacto de muitas das nossas acções nesta unidade que se designa por Sistema Nacional de Saúde.

O congresso iniciou com a sessão de ética onde se verificou que, apesar dos palestrantes serem de diferentes nações e realidades clínicas, existia uma certa homogeneidade das questões e problemas com se deparam no seu dia-a-dia. Tema este que foi novamente aflo- rado na sessão de abertura no discurs-

so do Chefe de Estado que reforçou a universalidade e transversalidade da profissão médica. O Bastonário da Ordem, nesta mesma sessão, recapitulou temas essenciais da actualidade da nossa profissão, tais como a reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma das carreiras médicas. Esta última foi amplamente discutida na última tarde, na Assembleia Geral de Médicos, onde a partilha de opiniões foi elucidativa para alguém que, como eu, acaba de entrar para este «mundo».

Se por um lado há semelhanças entre Portugal e os restantes países da CMLP, como é o caso das questões éticas, existem também diferenças consideráveis e inegáveis, não só no que toca à proporção doentes/médicos mas também no que respeita à formação de internos, recursos existentes (humanos, material, verbas), entre outros. Todos temos noção de que a realidade destes países é distinta da nossa (quase basta ligar a televisão) mas ouvir falar dos problemas/desafios na primeira pessoa, com relatos da sua vivência pessoal é indiscutivelmente mais marcante e obriga-nos a descentrarmo-nos dos nossos problemas que, comparativamente a alguns dos deles, não podem ser assim designados.

Entre os vários temas abordados vou apenas fazer referência a mais um, a instauração de um Tronco Comum no internato foi, surpreendentemente (pelo menos para mim) unânime nas diversas intervenções sobre esta temática. Num futuro não muito distante poderemos esperar esta reestruturação no internato. Ainda numa fase de mais discussão e, aparentemente, controvérsia,

está a uniformização e reconhecimento das especialidades na Europa.

Como Interna do Ano Comum, posso dizer que, apesar de todo o congresso ter sido marcante e ter plantado sementes (que só o tempo e a experiência permitirão germinar), foi o Juramento de Hipócrates o «momento alto» do mesmo. As boas vindas a 433 médicos foram, verdadeiramente, um momento daqueles que é para mais tarde recordar. Entre os vários pontos focados no discurso do Dr. Pedro Nunes, a mensagem que mais me marcou foi, e passo a citar «a partir de hoje serão responsáveis pela vida e saúde dos que em vós confiarem. Sentirão a gratificação das pequenas vitórias e o desconforto das inúmeras derrotas». Também as palavras a nós dirigidas pelo Presidente da República em que foi feito o apelo que não nos esquecêssemos o porquê de optarmos por esta profissão, «o interesse primordial pelo bem comum», farão parte das memórias.

Condensar três congressos num mesmo momento é um desafio para a organização que eu considero estar de parabéns já que, não só em termos de infra-estruturas, mas também da escolha de temas a abordar, foi exemplar. Em jeito de conclusão, considero que foi importante para a minha formação enquanto médica interna a participação neste congresso tanto pelas palestras como pelas discussões que se lhes seguiam. Aprendi vários aspectos da organização e política da saúde que me eram até este momento quase desconhecidos».

Patrícia Sousa (interna do ano comum a estagiar no Centro Hospitalar Lisboa Norte).

Especialidades Médicas: tronco comum, sim ou não?

Mesa moderada por Serafim Guimarães, que contou com os contributos de Paulo Simões, do Colégio de Cirurgia Geral, António Martins Baptista, do Colégio de Medicina Interna, e Jaime Nina, do Colégio de Medicina Tropical.

Paulo Simões explicou que enquanto a UEMS preconiza um tronco comum a partir do qual saem todas as especialidades, modelo aplicado em alguns países da Europa, os Estados Unidos da América aplicam um modelo diferente. Especificamente quanto à cirurgia geral, especificou que nos EUA existem dificuldades em captar internos para essa especialidade. «Os jovens médicos pensam na qualidade de vida e querem, além de uma carreira, ter, paralelamente, uma vida social e familiar», adiantou, como razão para essa dificuldade. O orador defendeu um novo paradigma para a formação pós-graduada em que se reduza o tronco comum, com um módulo básico reduzido para, posteriormente, se avançar para vários outros módulos. «Porque não apostar na escolha das especialidades depois da formação básica em tronco comum?», questionou, concretizando em exemplos práticos: «os laboratórios de gestos cirúrgicos deveriam ser partilhados entre hospitais e transversalmente às várias especialidades». Paulo Simões referiu ainda que é essencial que existam programas de formação uniformes e obrigatórios e que os mesmos sejam devidamente cumpridos.

António Martins Baptista salientou na sua intervenção que a posição da Medicina Interna é pela instituição do tronco comum. Depois de ter feito um enquadramento histórico da evolução da especialidade, foram explanadas as razões do seu declínio: «impossibilidade de abarcar todo o conhecimento e o fascínio do público pela tecnologia», entre outros factores. O orador referiu ainda que nos países de cultura an-

glo-saxónica foi o tronco comum que levou ao declínio da medicina interna. Tal situação ocorre, nomeadamente, por prevalecer o entendimento de que, com esse tronco comum, se obtém todo o conhecimento sobre esta especialidade, com direito a diploma e com acesso a concurso em condições paritárias com os especialistas em medicina interna. A terminar a sua intervenção, António Baptista afirmou o gosto dos especialistas em medicina interna em transmitir conhecimento e em trabalhar em equipa: «consideramos que as especialidades médicas e, em última análise, os doentes, teriam a ganhar com uma melhor formação em medicina interna».

Jaime Nina defendeu o modelo de formação com tronco comum, realçando que o mesmo corresponde à aquisição de conhecimentos do geral para o particular, o que é «muito mais lógico do que o sistema actual». Referiu ainda, entre outras considerações, que a super-especialização origina situações em que os doentes têm um atendimento deficiente, se não mesmo inexistente: «pode suceder que um doente en-

tre no hospital, seja visto por vários médicos e constantemente encaminhado a outro especialista, acabando por receber alta sem que o seu problema tenha sido resolvido».

Do debate que se seguiu às intervenções um consenso parece existir: é fundamental manter os elevados padrões de qualidade da formação e nunca se pode ignorar que o principal objectivo é bem do doente. Foi igualmente salientado que «o sentido da organização da formação é o destinatário da lição». Alguns intervenientes alertaram para o perigo da excessiva especialização: «poderemos acabar a praticar apenas uma técnica e ser essa a nossa especialidade» e para a importância de adequar a formação e as especialidades às reais necessidades do país.

Defensor da importância de ter orientadores de formação motivados, Serafim Guimarães encerrou o debate referindo que em Portugal existem algumas especialidades que possuem tronco comum e «um modelo de formação que nos dignifica» e cuja qualidade deve ser mantida, independentemente da estrutura aplicada.



Experiências e expectativas sobre carreiras médicas

No segundo dia de congresso teve lugar a conferência «Sistemas Nacionais de Saúde: Experiências e Expectativas sobre Carreiras Médicas». O debate foi moderado por José Pedro Moreira da Silva, presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, e contou com as intervenções de Adelaide Fernandes Carvalho (Angola), de Diana Mota, do Conselho Nacional do Médico Interno, e de João de Deus, vice-presidente do Conselho Regional do Sul da OM.

Moreira da Silva introduziu o debate de forma pouco optimista, referindo: «Em relação à experiência, temos 20 anos. Quanto às expectativas, neste momento, são baixas!»

Adelaide Carvalho começou por evidenciar algumas das dificuldades sentidas em Angola: «O sistema de saúde angolano estava orientado para um milhão e meio de habitantes e, actualmente, devido a uma enorme explosão demográfica, tem de dar resposta a 19 milhões de habitantes. O sistema estava direccionado para prestação de serviços a nível hospitalar, com pouca expressão a nível de intervenção junto das populações carenciadas». De seguida referiu alguns princípios que estão subjacentes ao Sistema Nacional de Saúde em Angola: o Estado assume o dever de promover e garantir o acesso de todos aos cuidados de saúde; define a promoção e a defesa da Saúde Pública; a prestação de cuidados de saúde é garantida ao nível dos estabelecimentos estatais mas com a participação de outros agentes e, por último, que a protecção da saúde é um direito de todos os indivíduos.

Com a lei de bases ficaram definidas linhas gerais do SNS: garantia de equidade na distribuição de recursos; acesso universal aos cuidados de saúde; eficiência na utilização dos recursos; protecção a grupos de maior risco; incentivo à população para a adopção

de comportamentos e estilos de vida saudáveis, alertando para a importância dos indivíduos nos cuidados da sua própria saúde. «A Saúde não é da exclusiva responsabilidade do Estado», sublinhou Adelaide Carvalho.

Existem em Angola três níveis de cuidados cuja estratégia principal de intervenção assenta na implementação de Cuidados Primários de Saúde. O primeiro nível assistencial é composto por Centros de saúde e Hospitais Municipais. Aqui encontramos assistência garantida por enfermeiros e médicos mas com ausência de especialistas. No segundo nível, encontramos uma rede hospitalar polivalente. O terceiro é garantido pelos hospitais gerais, na maioria localizados na capital, e pelos hospitais de especialidade, com um nível mais diferenciado de assistência. «O desejo de todos é que houvesse articulação entre estes três níveis mas, infelizmente, isso não acontece».

Quanto a carreiras, o Ministério da Saúde de Angola aprovou em 1992 o regulamento especial das Carreiras Médicas. «Pretende-se orientar, organizar e planificar a formação profissional dos médicos, de maneira a que possam estar bem enquadrados. Foi aprovado outro regulamento sobre internato complementar médico que define o regime jurídico da profissão com vista à profissionalização no ramo da clínica geral e hospitalar, bem como no

ramo da saúde pública», referiu, explicando em seguida os graus existentes. A terminar a sua intervenção, Adelaide Carvalho citou os desafios: «Sugerimos melhorar os mecanismos de ingresso no internato geral e complementar, acelerar a formação dos especialistas, melhorar os programas de formação nomeadamente adaptando-os à realidade nacional e, por fim, defendemos a criação da Escola Nacional de Saúde Pública».

Diana Mota apresentou a visão dos jovens médicos em relação às Carreiras Médicas e as respectivas expectativas começando por realçar que a necessidade de actualização/alteração das carreiras é uma consequência directa das alterações na sociedade. «Na década de 60, as conquistas feitas pelos médicos motivaram os jovens. Foram esses médicos que criaram a noção de Carreiras Médicas, uma noção que tem que ver com a estabilidade do vínculo laboral e que permite estabilidade. Há 30 anos criou-se o SNS. Temos noção da sua importância e da sua grande qualidade. Os exemplos dessa excelência são possíveis de serem verificados, contabilizados, pelo melhoramento da taxa de mortalidade infantil e da taxa de mortalidade materna. As sociedades mudam, as motivações políticas também e ora se abrem ora se fecham portas. Actualmente continua a



haver carência de médicos tal como nos anos 60, ainda que por motivos diferentes».

Referindo-se à actualidade, explicou que o congelamento da progressão na carreira leva à desmotivação dos médicos. O aparecimento de uma entidade nova – os contratos individuais de trabalho – também trouxe alterações. «Agora não há estabilidade, e alguns direitos fundamentais deixaram de ser consagrados: o direito à formação, à assistência médica, à assistência materna, etc. O pagamento de horas extraordinárias não é justo».

Não considerando que este tipo de contratos dêem origem a serviços organizados, com hierarquias organizadas e responsáveis, Diana Mota sublinhou: «Não se constrói um serviço de qualidade com o actual sistema em vigência. Um exemplo de mau funcionamento são os nossos serviços de urgência, baseados em tarefairos que são pagos externamente sem qualquer promoção de vínculo com a equipa. Não há conhecimento das capacidades uns dos outros», factor que referiu como sendo imprescindível e essencial para facilitar o bom funcionamento das unidades.

«A existência das carreiras na área da medicina é uma garantia de protecção dos doentes e devem ser regulamentadas de modo igual para todos, independentemente de serem contratos privados ou públicos. Não podemos esquecer que as Carreiras estão ligadas à formação e que existe uma responsabilidade de formação para com os mais jovens». Reconhecendo o empenho da OM nesta discussão e considerando essencial a participação dos jovens médicos, Diana Mota realçou igualmente, como condição imprescindível na defesa das carreiras, a necessidade de consensos entre sindicatos e Ordem. «Defendemos que para cada grau de carreira deve haver um salário correspondente. Não é aceitável que existam médicos indiferenciados. Temos que responsabilizar quem promoveu esta desorganização. Devemos manter a qualidade dos SNS que foi ganha com tanto esforço. Os colegas europeus admiram os nossos internatos. Há coisas más, naturalmente, mas o que temos conquistado é bom», concluiu.

João de Deus enquadró a discussão das carreiras médicas «num pro-

blema mais geral que é o da formação médica ao longo da vida». «Existem três patamares desta formação: o pré-graduado, formação pós-graduada com área de especialização e, depois, um período de educação médica contínua. Temos que enquadrar a nossa formação no espaço europeu». Explicando que no quadro europeu a formação pré-graduada tende a ser uniformizada o que leva à harmonização de conteúdos e promoção da mobilidade e da cooperação, João de Deus passou a explicar as vicissitudes quando se passa para as fases posteriores: «o problema é mais complexo porque a uniformização é mais difícil na formação pós-graduada o mesmo se podendo dizer da educação médica contínua. Houve tentativas a nível europeu de importar um sistema americano de créditos – este sistema destinava-se à recertificação da especialidade. Os médicos teriam de assistir a determinado número de congressos e assim acumulariam créditos. Ao fim de alguns anos teriam de fazer a recertificação do seu título. A OM portuguesa começou sozinha uma batalha junto das várias organizações médicas europeias, onde pro-

curou demonstrar que este sistema não era eficaz e que tem pouco valor na qualidade da medicina exercida. Conseguimos ir convencendo os colegas europeus que este sistema é um instrumento insuficiente porque os créditos são apenas indicadores das horas de formação não da sua qualidade». «Defendemos um conceito novo: desenvolvimento profissional contínuo, que se define como um conjunto de meios de educação pelos quais os médicos asseguram o aperfeiçoamento e desenvolvimento profissional contínuo», explicou como sendo a solução preconizada pela OM, realçando a necessidade da aprendizagem ser feita de forma estruturada.

Salientando que a experiência portuguesa sempre foi elogiada pelos pares europeus, o vice-presidente do Conselho Regional do Sul da OM, referiu ainda que «as carreiras reflectem diferentes competências técnico profissionais e correspondem a progressão vertical, com avaliação de conhecimen-

tos de acções de desenvolvimentos por formação contínua». Sobre os desafios que se colocam neste momento e as consequências da actual desestruturação das carreiras, referiu que «as mudanças nos modelos de gestão vieram alterar a orgânica. Hoje temos uma realidade diferente, com a introdução de contratos individuais de trabalho e com a contratação de empresas de serviços médicos que desregulam o sistema. Isso traz como consequência a desarticulação dos serviços e o fim do trabalho em equipa que era uma grande força do SNS. Recordo com satisfação, os hospitais civis com equipas que se estruturavam e que funcionavam em plenitude. Actualmente temos desorganização hierárquica e menos interesse em formar os nossos internos» Esta situação coloca maiores desafios à classe médica: «Os hospitais privados, os EPE's... são realidades que tornam fundamental que o sistema das carreiras seja transversal a todas as áreas onde os médicos trabalham. É fundamental

que as negociações das Carreiras Médicas, que se farão com os sindicatos, que nos defendem e em quem confiamos nesta negociação, seja levada a bom termo. É necessário que haja também um entendimento entre as várias organizações médicas. É este o caminho e se a OM for chamada à discussão no que diz respeito à qualificação profissional, saberemos realçar que esta negociação, em termos de remuneração, é com os sindicatos».

Quanto à qualificação, matéria da exclusiva responsabilidade da OM, João de Deus é peremptório ao referir que se quer fazer a avaliação e a requalificação dentro dos Colégios, pelo que será preciso estratificar essas estruturas, o que implica uma reorganização também da OM para ter a capacidade de resposta necessária. «É fundamental termos uma plataforma de entendimento juntamente com os sindicatos para que os médicos falem a uma só voz e sejam assim ouvidos», concluiu.

NOTÍCIAS

Estudo comparativo sobre medicamentos genéricos

A APOGEN – Associação Portuguesa de Medicamentos Genéricos, reconhecendo a necessidade de um conhecimento mais detalhado e tecnicamente sustentado acerca do preço actual dos medicamentos genéricos, solicitou a uma empresa consultora independente um estudo. Esse estudo independente compara o preço dos medicamentos em Portugal face aos países de referência: Espanha, Itália, França e Grécia. A conclusão geral do estudo é que todos os países de referência apresentam valores mais elevados em termos de preço unitário médio.

Dicionário de parasitologia médica e veterinária

A editora TEC & DOC, Editions Médicales Internationales, lançou recentemente a obra Grand Dictionnaire Illustré de Parasitologie Médicale et Vétérinaire, da autoria de Jacques Euzéby. Um dicionário que inclui, entre muitas outras entradas: parasitologia básica (com noções de ordem taxinómica, biológica, fisiopatológica e imunológica, bem como métodos de estudo e técnicas de execução), outras disciplinas que colonizaram a parasitologia (fornecendo modelos de estudo da biologia molecular, que têm permitido achegas à taxinomia dos parasitas e à fisiopatologia das doenças parasitárias), terapêutica dos parasitas, etc. A obra destina-se essencialmente a membros de profissões médicas, sendo muito útil a biólogos e imunologistas. É considerado tratar-se igualmente de um livro com vasto interesse para estudantes destas matérias, nomeadamente em fase de mestrado ou doutoramento.

FÓRUM EUROPEU DE ASSOCIAÇÕES MÉDICAS E OMS DISCUTIRAM CSP

O Fórum Europeu de Associações Médicas e Organização Mundial da Saúde (EFMA-WHO) reuniram-se, entre 1 e 3 de Abril, em Bratislava (Eslováquia). Constituindo-se como espaço privilegiado de contacto e partilha de posições entre a Organização Mundial de Saúde-Europa e a profissão médica, este fórum visa alcançar posições consensuais em matérias de saúde, o debate de políticas de saúde e desenvolver iniciativas conjuntas em prol da melhoria dos cuidados de saúde na Europa. Participaram neste evento as representações nacionais dos médicos europeus e as suas organizações internacionais (WMA, PWG, UEMO, CPME, FEMS, AEMH, EANA, EMSA), bem como representantes e especialistas da Organização Mundial de Saúde.

A Ordem dos Médicos, para além de integrar o *Liaison Committee* responsável pela coordenação e desenvolvimento do programa deste encontro, teve também participação destacada através da organização da sessão plenária, dedicada à obesidade, que contou com a intervenção da especialista portuguesa Helena Cardoso, do ICBAS, e de especialistas da Associação Médica Mundial e da Associação Médica da Eslováquia.

Procurando aprofundar o debate e partilha de experiências e conhecimentos entre as associações médicas e a OMS, este fórum organiza *workshops* específicos, promovendo uma maior reflexão e intervenção sobre temas igualmente relevantes para a OMS e para os médicos. Este ano, de forma prévia aos trabalhos plenários, o fórum incluiu a realização de dois *workshops*, um deles sobre a migração de médicos e outro sobre cuidados de saúde primários.

Neste âmbito, numa organização conjunta do Departamento de Sistemas de Saúde da OMS e da *Union of General Practitioners/Family Physicians* (UEMO), o *workshop* dedicado aos cuidados de saúde primários decorreu sob a égide do tema «Colocar as pessoas primeiro: a renovação dos CSP».

Coordenado pela Presidente da UEMO, Isabel Caixeiro, este *workshop* visou estabelecer a troca de informação sobre os desafios correntes dos cuidados de saúde primários na Europa e debater os caminhos de evolução.

Partindo do relatório mundial de saúde 2008 da OMS – «*Primary Health Care: now more than ever*» –, apresentado por Martina Pellny (Gabinete Regional OMS-Europa), representantes de 12 países europeus desenvolveram uma análise centrada nos desafios inerentes ao desenvolvimento dos cuidados de saúde primários. De forma

global, foram identificados desafios relacionados com os recursos humanos, acesso, iniquidades e assimetrias na cobertura individual *versus* populacional, trabalho em equipa e liderança, incentivos e funções dos médicos de medicina geral e familiar. Ainda em relação aos principais desafios dos cuidados de saúde primários, os participantes enfatizaram as necessidades de integração e continuidade de cuidados nos diferentes níveis e as ameaças decorrentes de consumismo e privatização não regulada de cuidados de saúde.

Procurando antecipar os caminhos e perspectivas de evolução, este *workshop* ofereceu também a oportunidade de partilhar diversas experiências e iniciativas em curso nos diferentes países. Neste âmbito foram destacadas as iniciativas de integração e articulação de cuidados de saúde e a aposta na diferenciação e qualificação dos recursos

humanos, com clara identificação das tarefas e responsabilidades no seio da equipa de saúde. Do mesmo modo, e perante as novas possibilidades disponibilizadas pelas tecnologias da informação, os participantes frisaram a necessidade de o seu desenvolvimento e implementação estarem de acordo com as reais necessidades do doente e sistema de saúde, prevenindo uma deriva orientada pelos interesses dos seus fornecedores. De forma global foi também consensual a necessidade de um

maior investimento na investigação em cuidados de saúde primários, para garantir instrumentos e evidência face aos desenvolvimentos e ganhos alcançados, sustentando também novas abordagens e soluções inovadoras em relação às dificuldades e oportunidades já identificadas.

O *workshop* dedicado aos cuidados de saúde primários atingiu o objectivo de envolver activamente os participantes, oferecendo às associações médicas eu-

ropeias e aos representantes da OMS-Europa uma relevante troca de informação e experiência em relação ao desenvolvimento dos CSP.

Através desta iniciativa também a presidência portuguesa da UEMO correspondeu ao seu desígnio de sustentar uma valorização da medicina geral e familiar no contexto europeu, estabelecendo importante ponte de diálogo entre os médicos europeus e a OMS-Europa.

NOTÍCIAS

Livros

Inclusão Social de Pessoas com Doenças Mentais

Autores: Julian Leff e Richard Warner
Editora Almedina

«As pessoas com doenças mentais graves já não passam anos das suas vidas em instituições psiquiátricas. Nos países desenvolvidos, houve uma grande mudança na ênfase dos cuidados baseados nos hospitais para os cuidados baseados na comunidade. No entanto, enquanto esta alteração significa que as pessoas com distúrbios mentais não estão isoladas, tal não garante que venham a ser totalmente integradas nas suas comunidades. Os obstáculos à cidadania completa devem-se em parte às debilidades provocadas pela doença e em parte às atitudes estigmatizadoras e discriminatórias por parte do público. Este livro analisa as causas desses obstáculos e sugere maneiras de os derrubar. Está dividido em duas partes: a primeira diz respeito à inclusão social e a segunda à ocupacional.»

Corrida Vencer o Cancro

Estão abertas as inscrições para participação na 1ª edição da Corrida Vencer o Cancro, promovida pela União Humanitária dos Doentes com Cancro, em parceria com a Sports High Performance, a realizar no dia 27 de Junho de 2009, no Parque das Nações, em Lisboa. Inserida no âmbito das comemorações do 10º aniversário da União Humanitária dos Doentes com Cancro, a Corrida Vencer o Cancro é uma corrida de solidariedade, não competitiva, de âmbito nacional que está aberta a toda a população: doentes com cancro e seus familiares, sobreviventes da doença e pessoas saudáveis que, através da sua participação, simbolicamente, expressam assim publicamente a sua solidariedade.

A receita da Corrida reverte a favor da União Humanitária dos Doentes com Cancro, associação sem fins lucrativos que sobrevive exclusivamente de donativos - pois todos os apoios que a União presta são inteiramente gratuitos - e que conta desde sempre com o indispensável apoio da população, quer em termos materiais, quer humanos: oferta de donativos, bens móveis e imóveis, doações, legados e heranças, e admissão de associados e voluntários. O cancro, pela sua dimensão - a segunda causa de morte no nosso país e a primeira no grupo etário entre os 35 e os 64 anos - é uma doença e uma problemática que a todos diz respeito e que só poderá ser vencido com a mobilização de toda a sociedade.

Para mais informações ou inscrição, os interessados devem contactar o tel.: 918234803 ou o site www.vencerocancro.com.

Facilitar o processo de diagnóstico da gripe do tipo A

As consecutivas mutações do património genético e da estrutura antigénica dos vírus da gripe de tipo A explicam a emergência cíclica, se bem que a intervalos irregulares, de estirpes novas que não tinham circulado anteriormente. Exactamente por serem novas, encontram condições de propagação devido à ausência de anticorpos protectores.

Os historiadores atribuem a Tucídides, no século V antes de Cristo, a primeira descrição, em Atenas, de uma grande epidemia de gripe que «teve o seu início nas regiões altas da Etiópia, sobranceiras ao Egipto, daí descendo para o Egipto e a Líbia e penetrando na maior parte dos domínios do Rei». ¹ Posteriormente, sucedem-se descrições bem documentadas, sobretudo a partir de 1580. Em todas elas, é descrita como característica comum a evolução por fases de surtos localizados até à propagação difusa. Como se sabe, no século XX, as pandemias de gripe pneumónica (1918), asiática (1957) e de Hong Kong (1968), são consequência da emergência de novos subtipos H1N1, H2N2 e H3N2, respectivamente. Os relatos permitem compreender que a primeira destas pandemias entrou em Portugal por via terrestre, a segunda por via marítima e a terceira, muito provavelmente, já por via aérea. Esta é, aliás, actualmente, a mais provável forma de importação da infecção a partir das áreas afectadas pela nova estirpe A(H1N1) nos três grandes países da América do Norte (EUA, México e Canadá).

Hoje, todos reconhecem que o impacto de uma epidemia de gripe de grande escala depende, não só da virulência do vírus, mas também da rapidez da implementação de medidas previamente planeadas.

Naturalmente, este último aspecto é influenciado não só pela qualidade dos trabalhos preparatórios que estão na origem dos Planos de Contingência, mas, também, pela mobilização dos meios previstos que visam assegurar a sua operacionalidade em tempo adequado.

O Plano português desenvolve-se em quatro áreas funcionais:

1. Informação em saúde para avaliação do risco
 - 1.1. Sistema Integrado de Informação da Gripe
 - 1.2. Sistema de Informação de Apoio à Prestação de Cuidados
2. Prevenção, contenção e controlo
 - 2.1. Medidas de Saúde Pública
 - 2.2. Sanidade Internacional
 - 2.3. Empresas
 - 2.4. Respostas Sociais
 - 2.5. Prestação de cuidados de saúde
 - 2.5.1. Prestação de cuidados de saúde em Internamento
 - 2.5.2. Prestação de cuidados de saúde em ambulatório
 - 2.5.3. Vacinas e Medicamentos
3. Comunicação
4. Avaliação
 - 4.1. Avaliação interna
 - 4.2. Avaliação externa

Estes quatro eixos são atravessados por estruturas de apoio que se ocupam dos assuntos jurídicos e de ética, bem como da revisão constante das Orientações Técnicas, visto que podem

ser actualizadas a todo o momento em função da evolução dos cenários e da progressão dos conhecimentos científicos. Por esta razão, toda a informação é disponibilizada através do *Microsite* da Gripe em www.dgs.pt de acesso fácil e generalizado, cuja navegação é feita através de um menu amigável que inclui informação e recomendações ao público, informação aos profissionais, às empresas e escolas.

A informação para médicos é actualizada diariamente e inclui as *guidelines* previstas no Plano de Contingência, tabela com número de casos confirmados em todo o Mundo, circulares e despachos, comunicados oficiais, mapas e ligações directas para sítios da internet de organismos internacionais, designadamente da Organização Mundial da Saúde, do Centro Europeu de Controlo e Prevenção de Doenças de Estocolmo, Centro de Controlo de Doenças dos EUA de Atlanta.

Por outro lado, para além da estrutura operativa da Direcção-Geral da Saúde, a Ministra preside a um conselho, no topo da pirâmide, que integra assessores do Gabinete, o Director-Geral da Saúde, presidentes do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, do INEM e do INFARMED. Em termos de linha de comando, no que se refere à orientação estratégica essencial e à coordenação o sistema organizativo tem-se revelado eficaz.

A responsabilidade pela condução das acções que visam prevenir e controlar

¹ Tucídides, *História da Guerra do Peloponeso*

uma eventual epidemia de gripe é, necessariamente, colectiva. Não são só governantes e dirigentes a assumir responsabilidades perante o impacte das medidas adoptadas. Todos estão implicados nestes trabalhos.

Na fase actual há que garantir o funcionamento dos dispositivos criados para identificação precoce de casos, seguida de notificação, diagnóstico laboratorial e tratamento, se for caso disso. Para tal há que observar os critérios de definição de caso que foram adoptados para os três níveis: para investigação, provável e confirmado.

No que se refere à primeira situação, os critérios clínicos definidos são necessariamente associados a aspectos epidemiológicos como sendo a verificação de o doente ter estado numa área afectada.

Já o caso *provável* impõe o resultado laboratorial positivo para um vírus da gripe de tipo A, sem subtipo identificado. Por outro lado, a *confirmação* requer exames laboratoriais especializados para a nova estirpe A(H1N1), quer por método RT-PCR, quer por cultura, quer ainda, através da observação do aumento de, pelo menos 4 vezes, do títu-

lo de anticorpos específicos neutralizantes para o novo vírus da gripe, em amostras colhidas na fase aguda da doença, 10 a 14 dias depois.

Como se sabe, a fim de facilitar o processo de validação de um caso presuntivo até ao diagnóstico etiológico foi criada uma Linha Verde dos Médicos, numa iniciativa conjunta da Ordem dos Médicos e da Direcção-Geral da Saúde.

Referências bibliográficas disponíveis na Web em: www.dgs.pt

Francisco George
Director-Geral da Saúde

EVENTO: EUROPEAN ACADEMY OF ALLERGOLOGY AND CLINICAL IMMUNOLOGY

LOCAL: Varsóvia, Polónia

DATA: 6 a 10 de Junho

EVENTO: XII JORNADAS DE CARDIOLOGIA

DE BRAGA E XV JORNADAS DE CARDIOLOGIA DO MINHO

LOCAL: Hospital de São Marcos, Braga

DATA: 18 e 19 de Junho

CONTACTOS: Serviço de Cardiologia – Hospital São Marcos; tel: 253 209 155

AGENDA

EVENTO: 15TH MEETING OF THE EUROPEAN NEUROLOGICAL SOCIETY

LOCAL: Milão, Italia

DATA: 20 a 24 de Junho

Afinal, quem é mercenário?



Cristina Moisão
Médica

Iniciou-se recentemente o hábito de chamar «mercenário» a Médicos que exercem a sua profissão de modo autónomo. Assim o disse Sua Excelência a Ministra da Saúde, assim o repetiu o Dr. Jaime Azedo¹. Ambos são Médicos, ambos exercem cargos de responsabilidade, ambos deveriam mostrar o bom princípio de pensar antes de falar.

Fui consultar no dicionário Lello Universal o significado do termo «mercenário»: como adjectivo significa «que faz por dinheiro, interesseiro, ávido de lucro, venal» e como adjectivo aplica-se a «aquele que trabalha a troco de um salário ajustado». Enquanto no primeiro caso o termo poderá ser considerado um pouco insultuoso, no segundo descreve nada mais que o exercício de uma actividade profissional remunerada. Concluí então que, qualquer Médico que exerça a sua actividade a troco de uma remuneração será certamente mercenário... Isto é, seremos todos... Será o funcionário público ou de uma instituição privada, será aquele que a exerce como liberal ou independente. Todos têm casa a sustentar, filhos a educar e alimentar, despesas a pagar; todos necessitam de um salário justo a troco da sua actividade profissional. Afinal quem é mercenário?

Verifico uma diferença abissal entre as carreiras dos Médicos funcionários públicos e a dos Médicos autónomos ou liberais (porque não uma designação mais moderna de *freelancer*?).

Os Médicos funcionários públicos são

geralmente de uma geração mais idosa, não foram sujeitos a *numerus clausus* apertados para acesso à faculdade, o Internato Geral incluía um ou dois anos de actividade no Serviço Médico à Periferia e Saúde Pública, seguindo-se uma integração no Hospital ou Centro de Saúde do Estado; alguns submeteram-se a Internato Complementar e concurso curricular para acesso a um lugar definitivo e vitalício na Função Pública, outros atingiram o mesmo objectivo sem esses requisitos; todos continuaram a carreira subindo automaticamente de escalão e remuneração; alguns optaram pelo regime de exclusividade, que lhes proporcionava um ligeiro aumento do número de horas de trabalho em troca de um aumento significativo de contagem de tempo para a aposentação e de salário; todos pagam uma pequena percentagem do salário para a aposentação e um valor irrisório para o sistema de saúde; apesar de um número elevado de Médicos formados nessa época, existiu sempre vaga para todos no Sistema Público de Saúde...

Os Médicos liberais ou autónomos são habitualmente de uma geração mais jovem, que lutou arduamente para superar o *numerus clausus* apertado de ingresso na Faculdade; terminado o curso e os 18 meses de Internato Geral, foram obrigados a concorrer ao Internato Complementar, uma vez que todas as carreiras, incluindo a Clínica Geral, o exigiam; mas, apesar do número restrito de candidatos, as vagas não foram suficientes para todos... Terminado o Internato Complementar existiam duas opções: sair da Função Pública ou aceitar lugar com um contrato de 3 anos num qualquer hospital ou centro de saúde, o qual nem sempre tinha condições para o acolher; aconteceu que os hospitais deixaram de ser Estado para se tornarem Empresas Públicas ou Sociedades Anónimas; os concursos internos entraram em extinção e os concursos externos eram inexistentes; a habitual Carreira Médica agonizou e sucumbiu. Estes factos determinaram que o Médico ficou impedido por tem-

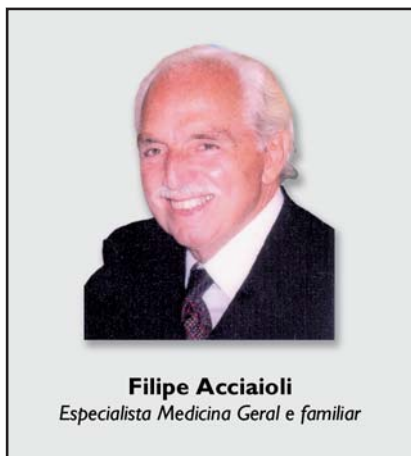
po indeterminado de subir de escalão ou remuneração e feneceu o regime de exclusividade. Todos se viram obrigados a pagar à Segurança Social uma enorme percentagem do seu ordenado para ter direito à aposentação e ainda uma quantia significativa da remuneração para ter direito ao Sistema Nacional de Saúde; acresce o custo do obrigatório Seguro de Acidentes de Trabalho e do quase obrigatório Seguro de Responsabilidade Civil, não esquecendo o pagamento para a Entidade Reguladora da Saúde, que nada regula; alguns são contratados pelo Estado para exercerem funções em que seus semelhantes foram dispensados pouco tempo antes; alguns são necessários para substituir os seus pares que se aposentam, adoecem ou morrem; nenhuns se tornam Funcionários Públicos; nenhuns têm cargos vitalícios ou direito a subsídio de desemprego...

Acredito que todos os Médicos têm como objectivo primordial a melhoria da saúde da população, mas também têm o direito de levarem para casa o seu sustento. Acredito que os médicos trabalhadores independentes ou empresários por conta própria seguem os princípios deontológicos, tanto no tratamento dos seus doentes como no trato com os seus pares; não conheço neste grupo opiniões que inferiorizem ou discriminem os Médicos funcionários públicos.

Acredito que no futuro todos nós teremos que ser tolerantes e abrir o espírito para a diversidade de situações motivada por decisões que nos foram alheias. Ao contrário do que escreveu George Orwell, todos somos Médicos e não há uns mais Médicos que outros; e nem ao Demo lhe passaria pela mente chamar «mercenário» ao João Semana.

¹ ...«risco de alguns médicos deixarem de fazer serviço, porque os mercenários só trabalham se houver forças que queiram que eles trabalhem e se houver dinheiro para lhes pagar» – Dr. Jaime Azedo, Presidente do Conselho Distrital de Portalegre da Ordem dos Médicos, in *Medi.Com*, Ano 10, Nº 155

VELHOS E NOVOS TEMPOS



Filipe Acciaioli
Especialista Medicina Geral e familiar

Comparemos por exemplo para irmos a um caso do conhecimento de todos, o serviço Militar, o Serviço Religioso e o Serviço Médico.

O primeiro é obrigatório faz parte dos deveres cívicos de todos os cidadãos. O segundo é às vezes vocacional, mas a maior parte por os pais não terem meios para financiarem o Liceu ou Universidade.

O terceiro é sempre vocacional, por vezes ligados a laços familiares ou dinásticos, uma predestinação que exige um esforço ciclópico para alcançar médias no 12.º ano que roçam a excelência.

O Soldado é o posto mais baixo da carreira militar e sai sem nada na bagagem para o futuro, o Padre é o posto mais baixo da carreira religiosa e sai com um curso superior. O Padre é colocado na paróquia mais longínqua e mais agreste, mais humilde do Portugal profundo e é logo considerado pelo bom Povo dessa localidade como um Reverendo, respeitado e cumprimentado pelos autarcas, pelos Senhores da terra, Povo humilde e arropado com presentes e mordomias.

As mordomias atrás referidas com respeito ao Padre não têm por exemplo um Médico moderno que concorreu ao Centro de Saúde numa localidade que se apresenta de calças de ganga, em camisa por vezes sem casaco e sempre sem gravata. Que diferença entre este o Médico e o Médico do meu tem-

po. O meu avô era Médico examinando o utente sempre com gravata e colete, o colete era para transportar o relógio pelo qual media as pulsações. O estetoscópio era uma toalha alva do melhor linho e irrepreensivelmente lavada e engomada, fará falta o estetoscópio? Quantas vezes já vi médicos auscultarem doentes e por distração não colocarem as olivas nos ouvidos? Quantas vezes tenho visto médicos a palpar o pulso com um só dedo (o polegar)?! Quantas vezes tenho visto não se levantarem da cadeira das suas secretárias quando o Doente (Senhora ou Senhor) se aproxima da mesa e permanecem sentados com os cotovelos cravados na sua mesa profissional, e que ao perguntar o nome ao Utente não se dignam levantar as pálpebras superiores?

Quantas vezes vi passar as receitas sem nunca se levantarem da secretária ou pronunciar uma palavra que não seja: «está aqui a receita» «ponha os selos no guichet»? Quantas vezes tenho visto ver um RX do tórax com o coração e a aorta do lado direito, até na televisão? Quantas vezes lavam as mãos os Médicos numa consulta de vários utentes?

Quantas vezes atendem o telemóvel durante uma consulta e proibem os doentes de o fazerem? Quantas vezes tratam por tu ou você os Utentes nomeadamente os de Etnias menos protegidas e exigem senhoria para eles? Seria interessante uma estatística que investigasse se quando um médico receita um medicamento sabe a sua composição química.

Seria interessante saber se os médicos que vão a Congressos promovidos por laboratórios (eu nunca fui a nenhum) se comparecem a esses Congressos ou ficam a fazer turismo.

Seria interessante saber os médicos que deixam os profissionais de Delegados de propaganda médica E OUTROS tratá-los: «Oh Doutor» em vez de «Senhor Doutor» e os mesmos delegados tratam, por Senhor o Guarda da GNR

(Sr. Guarda) quando são interceptados numa operação Stop.

Seria interessante saber se os médicos que confraternizam, com os habitantes de uma localidade onde exercem, em banquetes, pavilhões desportivos, bailaricos e festas em corporações de bombeiros ou de seitas religiosas sem prestígio, sem cultura na sua ideologia e sem nenhuma cultura daqueles que as proclamam, ou que interrompem o seu trabalho, atravessando ruas públicas com bata branca e estetoscópio a tiracolo para tomarem alimentos nas pastelarias vizinhas do Hospital, como de um cortejo de Carnaval se tratasse. Isto é que deveria ser tratado nos editoriais, códigos, nas comissões de Ética na nossa Ordem do Médicos.

Já assistiram á abertura do canal I da televisão ás 9 horas em que o Locutor bem vestido, bem engravatado, bem penteado sem camisa de pescador contrasta com um Médico entrevistado? Porque é que o Padre se apresenta bem paramentado nas cerimónias religiosas com bordados a ouro e tecidos nobres e merece respeito e consideração dos fiéis?

Porque é que o Juiz, os Advogados se apresentam no Tribunal ou escritórios ou televisão, engravatados, bem penteados, bem vestidos e boas maneiras. Será isto que enobrece uma profissão? Não é da ciência profissional que cada vez é mais eficaz, mais competente, mais eficiente na Medicina, tirando as pequenas distrações atrás referidas.

A Medicina é uma Arte e é exercida por Artistas que devem distinguir e valorizar o seu saber e a sua cultura e a sua Arte como Moldura.

Suponhamos uma mesa cheia de iguarias, peixes nobres, mariscos, caviars, carnes biológicas, bebidas lights ou espirituosas, ou envelhecidas em carvalho, frutas exóticas, doces feitos de ovos de poedeiras que não comeram ração e criadas em pavilhões diariamente examinados por Médicos Veterinários e tudo isto servido numa toalha de plástico com riscas de camisa

de pescador e sem flores, que são a gravata da corbelha. Podem estas palavras não soar bem a alguns, mas era como vejo a minha classe há anos atrás quando se apresentavam a concursos públicos para Professores Catedráticos (Professor Cid dos Santos, Professor Celestino da Costa, Professor Belo Morais, Professor Virgílio Morais, Professor Jorge Silva Horta, etc, etc) estes do meu tempo e que tive a honra de assistir, vestidos de casaca e avaliados por outros também muito nobres da Universidade de Lisboa, Coimbra e Porto.

Na Universidade passei uma parte da minha vida (6 anos) que marcou e melhorou o meu carácter e até a minha personalidade, pois encontrei Professores e Colegas de grande qualidade e costumes – hábitos e culturas diferentes da que eu estava habituado.

Professores de grande craveira intelectual que só a sua presença fazia transparecer a envergadura da sua cultura e o carisma da sua presença física. Eram homens cuja presença impunham respeito. Assim o Professor catedrático Henrique Vilhena, (O MESTRE) Professor de Anatomia Descritiva e Topográfica e também Professor Catedrático da Faculdade de Belas Artes, no fim dos alunos fazerem exame, tinha palavras de apreço para cada futuro médico, motivando-os para o exercício da profissão e prognosticando a cada um, o futuro que o seu «olho» clínico e artístico pressagiava.

Outros, e só para falar no que mais me impressionou, o Professor João Cid dos Santos devido á sua estatura ostensivamente Magíster e de uma personalidade fortemente carismática, fez Escola, moldou personalidades e cate-

quizou os seus discípulos com a sua Investigação, com a sua Criação e Doutrina Científica.

Na vida profissional a luta entre o científico que aprendi na Faculdade com raízes físicas, e o metafísico das crendices, arreigadas, nas mentes de tantas e tantos inocentes, ignorantes e ás vezes malévolos, desde a enxúndia das aves, ao bucho encostado, à couve com azeite no abdómen ou azeite onde fritavam baratas para as dores de ouvido, ou banho no mosto da uva pisada, ou o Ferrador da Aldeia que curava as ciáticas com um ferro em brasa no lóbulo inferior do pavilhão auricular e tantas outras, algumas não posso aqui referir pois são resquícios de civilizações remotas. Os velhos tempos têm vindo a esfumar-se nestes últimos 50 anos, felizmente os progressos são notáveis.

HORAS DE TRABALHO E ERRO MÉDICO?



João Carlos Ribeiro
Interno ORL HUC

Ninguém gosta ou quer errar e muito menos os médicos quando temos consciência que alguns erros podem ser fatais para os nossos doentes.

Desde que o famoso relatório do Institute of Medicine foi publicado que se sabe que o erro médico é na sua grande maioria das vezes um acidente consequência de maus procedimentos e má estrutura da unidade de saúde, ao contrário do que o termo «erro» e «médico» poderiam inferir.

Vários estudos publicados nos últimos 20 anos vieram revelar que a grande maioria dos internos estavam conscientes de haverem feito erros graves nos seus primeiros anos de prática clínica. Alguns eventualmente fatais. As causas apontadas são múltiplas, incluindo a falta de experiência, deficit de supervisão, dificuldade de decisão clínica, excesso de horas de trabalho e fadiga.

Os mesmos estudos sugeriam algumas mudanças: os internos deveriam ser directamente supervisionados por colegas mais graduados (especialmente em casos mais complexos) e a carga horária deveria ser mais repartida.

Será que o estado actual de internato mudou com a implementação da Directiva Europeia do Tempo de Trabalho que limitou o trabalho médico semanal?

Um estudo recente do PWG (Perma-

nent Working Group of European Junior Doctors), observou que a carga horária semanal dos internos na europa se reduziu cerca de 20 horas durante os últimos 10 anos, com uma tendência a reduzir-se ainda mais devido à implementação efectiva da Directiva, chegando em alguns casos a uma redução de cerca de 25 horas.

Por toda a Europa os médicos estão a transferir os seus múltiplos turnos seguidos de serviço de urgência por turnos mais pequenos embora mais frequentes. Isto pode reduzir o erro ao reduzir a privação de sono e a fadiga, mas pode aumentar os riscos se o aumento de frequência dos turnos não for bem gerida. Não nos esqueçamos do colega austríaco que habitualmente após um serviço de urgência de 24 horas ficava habitualmente no serviço a tratar de assuntos eminentemente burocráticos e à tarde ia para a sua casa a 45 minutos do hospital em Viena. Com a implementação da directiva, esse mesmo colega é obrigado a sair de manhã do serviço e a voltar meras 3 horas depois para o turno da tarde, muitas vezes com cirurgias a tarde inteira. Será que a directiva veio diminuir o erro nestes colegas?

Por outro lado a redução do tempo de trabalho semanal pode também colocar em causa o saber fazer e o currículo cirúrgico dos internos, pois é sabido que um cirurgião «faz-se fazendo». Com a redução do tempo de trabalho será que os cirurgiões vão ser especialistas igualmente bem preparados? Deveremos aumentar o tempo de internato? Quais os custos para o SNS, os doentes e para o próprio?

Cada vez mais o médico trabalha integrado numa equipa multidisciplinar. Isso leva a uma cadeia de procedimentos onde o erro e falhas serão mais facilmente reconhecidos e corrigidos. Desde a publicação do relatório *To Err*



Inês Rosendo
Interna MGF CS Eiras, CNMI/OM

is Human, centenas de trabalhos relacionados já foram publicados. Os médicos de hoje cada vez mais incutem nos internos a ideia de aprender com os erros. Cada vez menos se encara um acidente ou quase acidente como algo a esconder. É antes algo que se deve partilhar e com que se pode aprender para melhorar os processos e reduzir as falhas. Os especialistas de amanhã aprendem com os seus erros e com os dos outros. Assim, mesmo reduzindo o tempo de trabalho, talvez reduzam os erros realizados. Será mesmo assim? Alguns estudos referem que um período de 6 horas de aprendizagem tutorada directamente é tão produtiva como uma de 8h. Serão mesmo necessários os longos dias de trabalho ininterrupto que muitos internos ainda fazem por essa Europa fora?

Cerca de 50% dos internos que num estudo admitiram haver cometido um erro relataram a um colega mais graduado e cerca de 25% à família do doente. A relação médico doente deixou de ser encarada como «paternal» e «o doutor é que sabe», para uma relação em que os médicos são encorajados a discutir o diagnóstico e tratamento com os doentes e família. Os doentes são mais e melhor informados assim como participam mais direc-

tamente no processo de decisão. Os doentes assumem a sua quota parte de responsabilidade.

Os internos nesse mesmo estudo mostraram-se pesados dos seus erros e a maioria deles respondeu que reagiu prometendo fazer de forma diferente no futuro, auto criticando-se. Alteraram a sua prática pessoal por erro e correcção. A medicina é muito complexa e pouco matemática. Os erros médicos dificilmente se reduzem pela iniciativa individual. A lição aprendida pela indústria aeronáutica revela-nos que o método de reporte confidencial não fulanizado é mais efectivo em assegurar que o mesmo erro ou quase erro não se repita quer pelo indivíduo quer pela organização. No entanto, qual o médico que quer ser apontado como aquele que «errou», o «mau médico» ou que a consequência desse acto está a ser investigada pelo conselho disciplinar da ordem dos médicos com o risco de perder a sua cédula profissional? Não, na cultura actual não há erros.

Quantos internos dizem que erraram ao seu orientador sabendo que isso vai influenciar as suas oportunidades e avaliação? Não, o interno cansado e sem supervisão não erra...

No passado o focus do erro centrava-se na culpa. Ainda hoje se procura fula-

nizar o erro. É da natureza humana procurar o indivíduo culpado e partir do momento em que isso acontece, todos ficam mais aliviados. No entanto, o que se fez para reduzir a probabilidade de ocorrer um acontecimento semelhante? Pouco ou nada... Nem o interno erra nem a organização admite que possa estar a aplicar processos com vícios... Se o sistema estiver pensado para ajudar a tomar a decisão correcta, com processos que tornem difícil o erro, o jovem médico terá uma probabilidade menor de errar. Se os vários níveis da tomada de decisão estiverem pensados para a prevenção do erro, a probabilidade de um erro major acontecer é menor. O sistema e o indivíduo não podem ser vistos separadamente.

Assim a questão do tempo de trabalho parece-nos ser uma falsa questão. Se todos concordamos que o excesso de horas de trabalho durante o internato leva a numerosos erros desnecessários, para não falar das repercussões na saúde do próprio interno, somos da opinião de que deve existir um equilíbrio entre a carga horária e a aprendizagem de erros em medicina. A organização deve implementar processos e uma cultura de prevenção do erro. Não é por operar menos ou ver menos doentes que se fará menos er-

ros, antes por aprender com os seus erros, com os dos outros e da organização.

A chave para o sucesso passa por educação e liderança não só no ensino pré graduado, mas essencialmente no ensino pós graduado. É a mudança na organização do sistema nacional de saúde relativamente ao erro, assim como uma necessidade de implementação do conceito de liderança a nível do ensino médico pré e pós graduado.

Wu A, Folkman S, McPhee S, et al. Do house officers learn from their mistakes? JAMA 1991;265:2089-94.

Kohn LT, ed, Corrigan JM, ed, Donaldson M, ed. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: Institute of Medicine; 1999.

CEPOD. National Confidential Enquiry into Perioperative Deaths. 2002.

Witman AB, Park DM, Hardin SB. How do patients want physicians to handle mistakes? A survey of internal medicine patients in an academic setting. Arch Intern Med 1996; 156:2565-9.

Nicholson AN, Tait PC. Confidential reporting: from aviation to clinical medicine. Clin Med 2002;2:234-6.

Barach P, Small S. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. BMJ 2000; 320:759-63.

Commission for Health Improvement. Clinical governance review. London: St George's Healthcare NHS Trust, 2003.

José Fragata, O erro em Medicina, Almedina, 2004

Mapas interactivos – mais informação em saúde

Uma das missões do Alto Comissariado da Saúde é garantir o apoio técnico à formulação de políticas e ao planeamento estratégico da área da saúde, bem como assegurar a elaboração, acompanhamento e avaliação do Plano Nacional de Saúde (PNS). Como instrumento de acompanhamento desse plano, foi criado o WebSIG – Mapas Interactivos. Trata-se de uma plataforma tecnológica assente em sistemas de informação geográfica. Acessível exclusivamente via Internet, que suporta a pesquisa e apresentação de informação do PNS relativa a indicadores e metas, na forma geográfica (mapas), gráfica ou alfanumérica (tabelas). Esta aplicação permite monitorizar os ganhos em saúde no tempo e no espaço geográfico, contribuindo para uma visão integrada da saúde. O acesso é feito através do site do Alto Comissariado para a Saúde em: www.acs.min-saude.pt (onde se encontra o microsite 'Indicadores e Metas do PNS', dentro do qual está a ligação ao WebSIG).

Sete coisas que sempre quis saber sobre o ensino baseado em competências!

Bernardo Bollen Pinto^{I,II,V}, Sérgio Chacim^{I,VI}, Rui Guimarães^{I,III,IV,VII}



Bernardo Bollen Pinto

1.

Se pensa o colega que vai poder ler nos próximos parágrafos mais um texto sobre a admissão à Competência de Emergência Médica, desengane-se! Temos um objectivo claro com a publicação deste artigo: que no final da sua leitura o colega saiba que existe um *modelo alternativo* de organizar o ensino pós-graduado! Não se surpreenda se ficar convencido pela opinião destes jovens médicos!

2.

Longe vão os tempos em que uma especialidade médica se aprendia em pequenos tragos de sabedoria de um mestre ativo e distante, num ensino baseado na prestação de serviços. No início dos anos 90, a institucionalização dos Internatos Médicos trouxe ao ensino pós-graduado em Portugal uma organização e uma clara melhoria na formação¹. No entanto, faltam medidas quantitativas para suportar esta afirmação. As visitas de idoneidade ou as avaliações finais do Internato são parte deste modelo ou estão tão condicionadas por ele, que não

podem ser considerados instrumentos de medida válidos do processo formativo. Este facto não impede porém que, mesmo sem uma avaliação global, não estejam prestes a ser aprovados novos programas de formação.

Mas mantêm-se até aos nossos dias muitos *erros* do antigamente (e aqui pode o colega mais sensível começar a pensar se vale mesmo a pena ir até ao fim da página): (i) o internato é organizado em períodos de tempo relativamente fixos que se *julgam* adequados para atingir um conjunto de objectivos pré-definidos; (ii) é firme crença de muitos colegas que o número de horas que se passa a tratar um doente com uma determinada patologia é proporcional à competência adquirida nessa área; (iii) os baixos salários obrigam os médicos a fazer corridas para a privada ou para os serviços de urgência... E algumas outras características *modernas* não trouxeram qualquer melhoria ao sistema: (i) há uma estranha preocupação em fazer pequenos trabalhos (pseudo) científicos; (ii) há uma nova verdade inquestionável que começa a infectar a programação dos internatos: ter uma lista de compras (vulgarmente conhecida como 'grelha de avaliação') para guiar as avaliações finais de internato é melhor que não ter nada. Note-se que, particularmente no ensino pré-graduado, há já novos modelos de formação em implementação há vários anos e que começam agora a dar frutos².

Mas estará o internato médico a formar médicos competentes? (se com esta interrogação o leitor ainda não passou para a secção de legislação no final da revista: obrigado!).

3.

Um estudo Europeu efectuado a familiares e doentes internados em mais de 70 unidades de cuidados intensivos concluiu que as seguintes são características de um *bom médico*: conhecimento médico, execução de técnicas, capacidade de tomar decisões e comunicação³.

A sociedade alterou as suas necessidades e é hoje mais exigente com os clínicos. Os doentes e as suas famílias têm acesso a informação cada vez mais detalhada. O doente não é mais um *ser humano abstracto* mas um indivíduo que necessita de cuidados individualizados. Também se tornou mais complexo o ambiente onde exercemos a nossa profissão. É hoje fundamental a aquisição de capacidades na liderança de equipas multidisciplinares, gestão hospitalar e conhecimento dos sistemas de saúde. De salientar, a maioria das queixas efectuadas pelos utentes dos serviços de saúde não dizem respeito à *actividade técnica* dos médicos, mas manifestam insatisfação perante estas «novas exigências». A própria evolução da Medicina enquanto ciência e técnica apresenta nova informação a uma taxa muito mais alta obrigando o clínico a alterar os seus métodos de aprendizagem.

Não terá o modelo de formação que prepara os médicos para exercer neste ambiente que evoluir, de modo a satisfazer estas novas necessidades, antecipando novas exigências?

4.

A *competência* do médico que presta hoje cuidados de saúde é, de facto, é um conceito bem mais amplo e respon-

sável do que o era aquando da criação dos Internatos Médicos. **Competência** é a capacidade de integrar atributos profissionais genéricos com conhecimentos, habilidades e atitudes próprias de cada especialidade, e de aplicá-los na prática clínica. Pode também ser definida como a capacidade de aplicar conhecimento, habilidades técnicas e pessoais, sociais e metodológicas, em situações de estudo ou no local de trabalho, para o desenvolvimento pessoal e profissional. De salientar, estas capacidades são passíveis de ser medidas ao longo do tempo. O modelo que queremos partilhar com o colega, o **Ensino Baseado em Competências (EBC)**, é uma metodologia de ensino (e avaliação) que coloca ênfase na identificação e medição de *outcomes* ou competências específicas. Nesta abordagem, o treino centra-se no cumprimento de resultados, definidos como as competências necessárias para a prática clínica e o desenvolvimento profissional. Estas *novas competências* exigidas a um médico no final do seu período de formação pós-graduado (Internato Médico) podem ser organizadas de formas

diferentes de acordo com a instituição responsável. No Quadro I e na Figura I apresentamos duas propostas para a definição de competências gerais. Todas as competências são igualmente importantes e devem ser integradas em cada acto que fazemos como médicos. O EBC não é uma mera compilação de conhecimentos e habilidades que deve ser adquirido num período de tempo pré-definido (a tal 'lista de compras'), mas antes a capacidade de usar estas e outras competências num ambiente específico no contexto profissional.

5.

Não pense o colega que estes conceitos são termos técnicos retirados de tratados de Educação Médica, de um filme de ficção científica ou que são apenas nomes novos para conceitos já em prática. Nos Estados Unidos da América (ACGME Outcome Project) e no Canadá (CanMEDS) o EBC tem vindo a ser implementado há já vários anos. Na Europa, esta abordagem é usada na Dinamarca, na Irlanda para o treino de cirurgia⁴ e está em fase de implementação na Holanda, Alemanha e Reino Unido com resultados muito satisfatórios.

6.

Se é certo que não é panaceia para todos os problemas da Nação a cópia forçada de modelos que funcionam bem noutras realidades, também não devemos fazer hábito de nos forçarmos à cegueira do evidente: (i) o nosso actual modelo de formação médica pós-graduada está a tornar-se desadequado; (ii) há um modelo – o EBC – em prática noutros países pensado para responder justamente às novas necessidades da sociedade em geral e da Medicina em particular. Sabemos que a *mudança* necessita trabalho e esforço. Para transformar o Internato Médico num sistema de EBC é necessário adaptar os *curricula* e criar novos métodos de ensino e avaliação. É preciso combater uma ideia já muito enraizada na comunidade médica: a de que as competências são adquiridas de um modo automático com a exposição à realidade. O EBC não é um sistema livre de críticas. Desvaloriza o processo de formação, favorecendo o atingir dos objectivos de formação. Não há ainda na literatura estudos científicos que demonstrem uma melhoria dos *outcomes* e cui-

Quadro I – Ensino baseado em competências (organização global)

Proposta da Federação Mundial para a Educação Médica⁵

Patient care
 Medical knowledge
 Interpersonal and communication skills
 Appraisal and utilisation of new scientific knowledge
 Supervisor, trainer and teacher
 Scholar
 Professionalism
 Patient advocate
 Knowledge of public health and health policy
 System-based improvement of care

Proposta do Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (CanMEDS)⁶

Medical Expert
 Communicator
 Collaborator
 Manager
 Health Advocate
 Scholar
 Professional

dados dos prestados. Há dificuldade na definição das competências específicas e de *standards* consensuais. Este sistema exige mais esforço dos internos na auto-aprendizagem e avaliação. Naturalmente, também os seniores (orientadores de formação e outros agentes envolvidos) têm também de alterar o modo como acompanham os internos. Pondo a tónica no atingimento de objectivos por parte do interno há uma responsabilização e individualização do processo de aprendizagem. Se somos todos diferentes, naturalmente se percebe que temos instrumentos e tempos de aprendizagem diferentes para atingir os mesmos objectivos. O EBC pode implicar que os tempos de formação sejam distintos para diferentes internos. Aqui o importante é que todos adquiram as mesmas competências no final do seu período de formação.

O EBC permite ainda adaptar o modelo de formação a necessidades mais específicas, sejam elas individuais, ou características de um grupo. Por exemplo, permite desenhar articulações funcionais dos programas clínicos com programas de investigação para os Internos Doutorandos⁷ ou ainda o desenvolvimento de competências específicas dentro de uma determinada especialidade.

7.

Pela informação que apresentamos até agora, facilmente se percebe que o Internato Médico em Portugal não obedece às regras traçadas pelo modelo de EBC⁸. Na Europa e para além dos exemplos dos países já apresentados, três das principais instituições que representam os médicos estão a estudar este modelo: o *Permanent Working Group of European Junior Doctors (PWG)*, o *European Union of Medical Specialists (UEMS)* e o *Standing Committee of European Doctors (CPME)*.

O modelo de formação médica pós-graduada em prática em Portugal, o Internato Médico, é um sistema que tem servido bem as necessidades do país e é apontado como exemplo em muitos países Europeus. Mas este *estituto* não deve servir de muleta mas sim de impulsor de uma procura

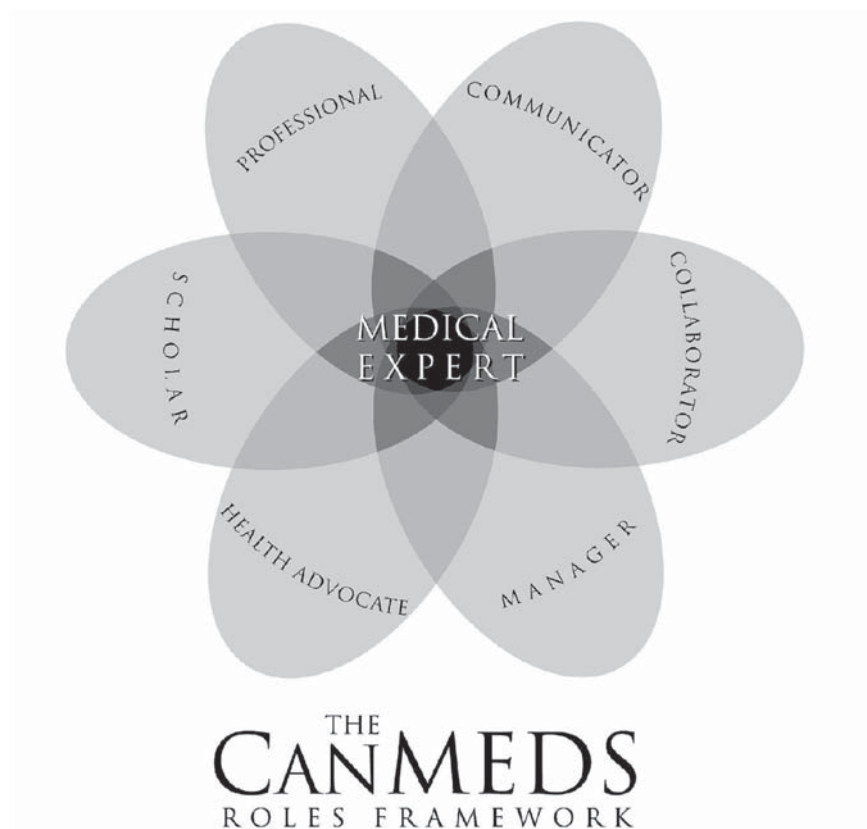


Fig. 1 – Ensino Baseado em Competências de acordo com a proposta do Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (CanMEDS)⁵

constante por melhores condições de formação. Em Portugal, existe um grupo de reflexão que estuda modelos de formação pós-graduada, procurando considerar a sua aplicabilidade ao Internato Médico. Não se pretende sugerir a importação de um método, mas sim o desenhar de uma estratégia que adegue a formação médica pós-graduada aos novos tempos.

Mas depois de termos começado este artigo com uma provocação, não está o colega à espera que fossemos agora tirar conclusões e finalizar, pois não??? Interprete o leitor estas linhas como um convite para se juntar a estas mentes inquietas que procuram melhorar o sistema onde estão inseridos!

Referências

- DL 128/92 de 4 de Julho
- <http://www.ecsaude.uminho.pt>
- The CoBaTriICE collaboration. The views of patients and relatives of what makes a good intensivists: a European survey. *Intensive Care Med* 2007; 33:1913–1920.
- <http://www.rcsi.ie>
- World Federation for Medical Education (WFME) 2003. *Postgraduate Medical Educa-*

tion – WFME Global Standards for Quality Improvement. Copenhagen:WFME Office: University of Copenhagen. Disponível em: <http://www2.sund.ku.dk/wfme>

6. Frank, JR. (Ed). 2005. *The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care*. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Disponível em: http://meds.queensu.ca/medicine/obgyn/pdf/CanMEDS_2005_Framework.pdf

7. Portaria 172/2008 de 15 de Fevereiro

8. Domingos, F 2006. *O ensino médico pós-graduado baseado em competências. Reflexão sobre o modelo de Internato Médico*. Tese de Mestrado. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

^I Conselho Nacional do Médico Interno, Ordem dos Médicos

^{II} Postgraduate Medical Training Subcommittee, Permanent Working Group of European Junior Doctors, Chairman

^{III} Permanent Working Group of European Junior Doctors, President

^{IV} Medical Training Subcommittee, Standing Committee of European Doctors, Vice-Chairman

^V Serviço de Anestesiologia, Hospital de Santo António, Centro Hospitalar do Porto

^{VI} Serviço de Onco-hematologia, Instituto Português de Oncologia, Porto

^{VII} Serviço de Anestesiologia, Hospital de S. Marcos, Braga

Autor para correspondência: Bernardo Bollen Pinto (bollenpinto@gmail.com)