

de cuidados. De facto, podem ver-se na situação descrita vários contratos cruzados, e.g.:

- a) aquele que o cidadão evacuado tem com o seu sistema de saúde quanto a uma resposta para a sua doença. Pois reavaliar este contrato é perguntar se esta é a melhor forma de corresponder àquela expectativa – aspeto tratado clara e corretamente no artigo em apreço;
- b) poderia falar-se, até porque a discussão chama o tema do financiamento e capacidade para pagar do sistema cabo-verdiano, de contratos de partilha de riscos e de resultados. Não é habitual na Saúde um fornecedor partilhar contratualmente riscos, mas se o fizer vai melhorar a sua situação, a do sistema e a dos doentes.⁶

O artigo propõe que o sistema cabo-verdiano adquira as próteses e sistemas complementares. Este comentário desafia Cabo Verde a fazê-lo através de contratos baseados em resultados e também – se optar por isso – de remuneração dos seus recursos humanos, para melhor otimi-

zar a relação entre o investimento e os resultados. Quanto ao sistema de Cabo Verde enquanto pagador – se aquela prestação fosse paga pelo sistema cabo-verdiano ao sistema português – também ganharia em ferramentas para exigir qualidade e blindar-se quanto a riscos financeiros se optasse por estes contratos.

Em suma, o artigo oportunamente publicado mostra a partir do caso da cirurgia da anca, em doentes evacuados sob um protocolo governamental, que através de contratos e metodologias de organização dos cuidados podemos medir, discutir e partilhar riscos e resultados, resultando a prazo no redesenho dos atuais *pathways* para os doentes. Implementar-se-ão mecanismos para os prestadores, os pagadores e os fornecedores acompanharem, através de plataformas de dados consensualizadas, os ganhos em valor e incentivar-se-ão operações mais eficientes. O aumento de transparência, participação e conhecimento também podem levar a mais competição na negociação, contribuindo para uma melhor sustentabilidade a prazo dos dois sistemas.

REFERÊNCIAS

1. Nunes AM, Canhão H, Rodrigues TL. Enabling Cape Verde to perform total hip replacement: cost-benefit study. *Acta Med Port.* 2018;31:738-41.
2. Porter M, Teisberg E. Redefining health care: creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business School Press; 2006.
3. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Affairs.* 2008;27:759-69.
4. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OECD). "PaRIS, Patient – Reported Indicators Survey. The next generation of OECD health statistics" 2018. [acedido 2019 jan 25] Disponível em: <http://www.oecd.org/health/health-systems/PaRIS-Booklet.pdf>.
5. The Economist Intelligence Unit. Value-based healthcare: a global assessment. 2016. [acedido 2019 jan 25]. Disponível em: <http://vbhglobalassessment.eiu.com/executive-summary/>.
6. Obremsky W, Dai T, Jahangir A. Value-based purchasing of medical devices. *Clin Orthop Relat Res.* 2012;470:1054-64.

Francisco GONÇALVES✉^{1,2}

1. Centro de Investigação. Instituto Português de Oncologia do Porto. Porto, Portugal.
2. Luz Saúde. Porto, Portugal.

Autor correspondente: Francisco Gonçalves. frgoncalves@gmail.com

Recebido: 26 de janeiro de 2019 - Aceite: 28 de janeiro de 2019 | Copyright © Ordem dos Médicos 2019
<https://doi.org/10.20344/amp.11858>



Formação Médica e o Consentimento Informado

Post-Graduate Medical Training and Informed Consent

Palavras-chave: Consentimento Informado/Ética; Formação Médica Pós-Graduada

Keywords: Education, Medical, Graduate; Informed Consent/Ethics

Foi com grande agrado que lemos o trabalho de Casimiro *et al* acerca das práticas de obtenção de Consentimento Informado (CI).¹ A realização deste tipo de investigação é fundamental para se obter informação clara acerca das práticas relacionadas com o CI em Portugal e se poder implementar ações de melhoria nas áreas em que se detetarem lacunas. Tal como referido pelos autores, é fundamental que este tipo de trabalho tenha um alcance multicêntrico e maior abrangência para verdadeiramente se caraterizar

a realidade nacional. O conceito de *ghost surgery* consiste na realização de procedimentos invasivos, cirúrgicos ou outros, por elementos que não obtiveram explicitamente consentimento para a realização do mesmo independentemente da presença do 'médico supervisor'². Isto é, todos os elementos da equipa médica, desde os médicos internos aos especialistas, deveriam ser apresentados ao paciente e explicado qual o papel de cada um na intervenção em questão. O 'dilema' pode surgir perante a necessidade de se divulgar o estatuto de formação do interno e de não se saber qual será a decisão, quanto ao CI, do doente nessa situação. Estudos feitos em diferentes tipos de intervenções e, mais importante, com diferentes graus de explicação e explicitação do papel do interno apresentam 'taxas de rejeição' muito diferentes.^{3,4} A formação médica depende da possibilidade de realizar os procedimentos e não se sabe qual poderá ser o impacto de uma abordagem mais intransigente ao CI.⁵ Apesar desta ainda não ser

uma problemática frequente na prática médica nacional é importante que se esteja alerta e sensibilizado para ela e se preparem mecanismos adequados de adaptação a futuras mudanças de paradigma.

Por fim, é de louvar a iniciativa de estudar prospetivamente as práticas relacionadas com o Consentimento Informado.

REFERÊNCIAS

1. Casimiro LG, Pereira S, Pires S, Mourão J. Obtenção de consentimento informado para anestesia em cirurgia eletiva num hospital terciário: práticas e contexto ético-legal. *Acta Med Port.* 2019;32:53-60.
2. Dunn D. Ghost surgery: a frank look at the issue and how to address it. *AORN J.* 2015;102:602-16.
3. Kempenich JW, Willis RE, Blue RJ, Al Fayyadh MJ, Cromer RM, Schenarts PJ, et al. The effect of patient education on the perceptions

- of resident participation in surgical care. *J Surg Educ.* 2016;73:e111-7.
4. Porta CR, Sebesta JA, Brown TA, Steele SR, Martin MJ. Training surgeons and the informed consent process. *Arch Surg.* 2012;147:57-62.
5. Bernstein M, Knifed E. Ethical challenges of in-the-field training: a surgical perspective. *Learn Inq.* 2007;1:169-74.

Bernardo MARQUES DA SILVA¹, Sara CONDEÇO²

1. Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa. Lisboa. Portugal.

2. Unidade de Saúde Familiar Novo Mirante. Lisboa. Portugal.

Autor correspondente: Bernardo Marques da Silva. bmsilva@campus.ul.pt

Recebido: 12 de fevereiro de 2019 - Aceite: 13 de fevereiro de 2019 | Copyright © Ordem dos Médicos 2019

<https://doi.org/10.20344/amp.11929>



Ainda a Propósito da Esquizofrenia Secundária

Raising awareness about Secondary Schizophrenia

Palavras-chave: Esquizofrenia/diagnóstico; Perturbações Psicóticas

Keywords: Psychotic Disorders; Schizophrenia/diagnosis

Lemos com interesse uma revisão recentemente publicada na vossa revista dedicada à esquizofrenia,¹ pois sentimos de facto que existem insuficiências no conhecimento teórico e na abordagem prática desta síndrome. Chegam-nos muitos doentes com esse rótulo, sem uma marcha diagnóstica correta que assim vêm o seu prognóstico agravado por um atraso no tratamento adequado. E é neste contexto que gostaríamos de chamar a atenção dos leitores para o conceito de esquizofrenia secundária,² que engloba todas aquelas psicoses sintomáticas³ ou orgânicas

que, derivando de outra patologia, simulam a esquizofrenia verdadeira, dita primária ou idiopática. A esquizofrenia secundária tem de facto sido objecto de alguns trabalhos teóricos dos quais destacaríamos o brilhante tratado coordenado por Sachdev e Keshavan.⁴ Na nossa experiência prática de quase uma década, após análise recente que fizemos ao processo clínico de 200 doentes rotulados com esquizofrenia, vimo-nos obrigados a rever 50 dos diagnósticos. Nesse quarto da nossa amostra havia alterações significativas nos exames complementares, suficientes para um novo diagnóstico, invariavelmente neurológico de psicose sintomática, orgânica ou esquizofrenia secundária. Destacamos casos de psicose epiléptica holodisfrénica,⁵ coreia de Huntington,⁶ síndrome Dandy-Walker variante⁷ ou encefalite por anticorpos anti-NMDAr.⁸ Estamos convictos, tal como outros autores,⁹ que só com uma marcha diagnóstica cuidadosa se poderão evitar diagnósticos e tratamentos errados bem como as respectivas e nefastas consequências.

REFERÊNCIAS

1. Queirós T, Coelho F, Linhares L, Telles-Correia D. Esquizofrenia: o que o médico não psiquiatra precisa de saber. *Acta Med Port.* 2019;32:70-7.
2. Falkai P. Differential diagnosis in acute psychotic episode. *Int Clin Psychopharmacol.* 1996;11:S13-7.
3. Barahona-Fernandes. Practical course in neurology; symptomatic psychoses in the psychiatric picture. *Med Contemp.* 1957;75:293-327.
4. Sachdev PS, Keshavan MS, editors. Secondary schizophrenia. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
5. Gama Marques J. Mitsuda psychosis and holodysphrenia revisited: an atypical psychosis in a patient with parieto-occipital paroxysmal electroencephalographic activity and high unconjugated bilirubin.

Psychiatry Clin Neurosci. 2017;71:148-9.

6. Gama Marques J, Carnot MJ. Huntington's disease in a patient with 15-year history of Capgras delusion misdiagnosed as paranoid schizophrenia. *Gen Hosp Psychiatry.* 2016;39:97-8.
7. Gama Marques J. Twenty years of misdiagnosis of schizophrenia in a patient with Dandy Walker variant syndrome. *Gen Psychiatry.* 2019;32:e100031.
8. Ponte A, Gama Marques J, Carvalho Gil L, Nobrega C, Pinheiro S, Brito A. Catatonic schizophrenia vs anti-NMDA receptor encephalitis – a video case report. *European Psychiatry.* 2016;33:S584.
9. Hambidge D. Secondary schizophrenia. *PLoS Med.* 2005;2:e279.

João GAMA MARQUES^{1,2}

1. Hospital Júlio de Matos, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Lisboa. Portugal.

2. Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica. Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa. Lisboa. Portugal.

Autor correspondente: João Gama Marques. joaogamamarques@gmail.com

Recebido: 13 de fevereiro de 2019 - Aceite: 14 de fevereiro de 2019 | Copyright © Ordem dos Médicos 2019

<https://doi.org/10.20344/amp.11935>

