

“Publicações Médicas Nacionais: Passado, Presente e Futuro” “Portuguese Medical Publications: Past, Present and Future”

Helena Donato

helenadonato@huc.min-saude.pt

Directora do Serviço de Documentação, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Palavras-chave: Revistas; Publicação; Portugal

Keywords: Periodicals as Topic; Publishing; Portugal

Com o surgimento das primeiras revistas científicas em 1665, Le Journal des Sçavans e Philosophical Transactions of the Royal Society of London, as revistas tornaram-se o veículo de comunicação mais utilizado na divulgação da ciência. Estas duas revistas também estabeleceram os princípios de prioridade científica e de revisão por pares.¹

Desde então as revistas atingiram um grau de excelência, e a actividade científica passou a ser avaliada com base nos artigos publicados nas revistas.

Em 2012 existiam cerca de 28100 revistas científicas activas, publicando 1,8 – 1,9 milhões de artigos por ano (crescimento de 3% ao ano).¹ Na área da biomedicina a Medline indexa mais de 5600 e a PMC mais 1300.

Em Portugal, e de acordo com o Index RMP, onde podemos encontrar os artigos publicados nas revistas médicas nacionais, existem 169 revistas médicas, mas nem todas continuam activas.

A qualidade de uma revista científica é frequentemente avaliada pela base de dados onde é indexada. Os artigos publicados nessas revistas de reconhecida qualidade conferem prestígio e visibilidade aos seus autores.

As principais bases de dados são a Medline, a Web of Science (WoS) e o Journal Citation Reports (JCR). A Medline indexa 5 revistas médicas portuguesas: Acta Med Port (1979); Rev Port Cardiol (1998); Rev Port Pneumol (2003); Rev Port Cir Cardiorac Vasc (2003); Acta Reumatol Port (2006). Estas 5 revistas publicaram desde 1979 a Fevereiro 2015 – 8257 artigos (Fig.s 1 e 2).

O JCR é uma base de dados que permite avaliar e comparar revistas usando os dados de citação, gerando o Factor de Impacto (FI) para cada título indexado na base de dados WoS. O FI, publicado pela Thomson Reuters, é usado como parâmetro de avaliação da produção científica. A importância do FI de uma revista cresceu muito nas últimas décadas constituindo um critério *major* na decisão da escolha da revista-alvo para publicar, tornando-se também a principal ferramenta usada na avaliação curricular, na atribuição de bolsas e subsídios e na avaliação internacional das instituições.

Na área médica, a Acta Reumatol Port (2009); a Acta Med Port (2010); a Rev Port Pneumol (2010) e a Rev Port Cardiol (2011), são as únicas revistas médicas com FI e indexadas na WoS²

Resultados encontrados: 2619 artigos

Soma do número de citações: 2577

Média de citações por artigo: 0,98

h-index :12

As revistas nacionais que não são indexadas nas principais bases de dados não se tornam atraentes para os autores que precisam de publicar. Estes acabam por enviar os seus trabalhos para as revistas mais prestigiadas, deixando a produção periférica para as revistas nacionais.

Para além da indexação em bases de dados de referência, a periodicidade/pontualidade, o *peer review*, o tempo de publicação e a qualidade editorial também têm conferido credibilidade às revistas.

O “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals” do International Committee of Medical Journal



Figura 1

Número de artigos publicados em 1995 em revistas portuguesas indexadas pela Medline



Figura 2

Número de artigos publicados em 2014 em revistas portuguesas indexadas pela Medline

Editors (ICMJE), recentemente renomeado “ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals” (“ICMJE Recommendations”), é a bíblia para o médico enquanto autor, editor e revisor.

As revistas médicas nacionais têm que se reger de acordo com as boas normas de edição médica: ICMJE Recommendations; Committee on Publication Ethics; EQUATOR Network.

Alguns dos tópicos discutidos no ICMJE Recommendations são: Autoria; Editoria; *Peer Review*; Conflitos de Interesse; Privacidade e Confidencialidade; Protecção de Seres Humanos e Animais na Investigação; Copyright; Estrutura; Submissão; Referências; Registo de Ensaio Clínicos.

A “San Francisco Declaration on Research Assessment” (DORA) de 2013 recomenda³:

- Eliminar o uso de métricas baseadas na revista, como o FI, no financiamento e promoção
- Considerar a investigação pelo seu próprio mérito, em vez de ter por base a revista onde é publicada
- Capitalizar as oportunidades oferecidas pela publicação *online* – explorando novos indicadores
- Considerar as múltiplas métricas e indicadores (métricas alternativas)
- Incentivar práticas responsáveis de autoria e exigir informação sobre as contribuições específicas de cada autor

Tradicionalmente a actividade científica era medida pela publicação de artigos em revistas com *peer-review*. Presentemente, o trabalho de um autor é avaliado pelo FI das revistas onde os artigos são publicados e o número de citações obtidas. No futuro próximo, as revistas têm que adoptar as novas métricas de avaliação dos artigos baseadas na *web*, que indicam de forma precoce o impacto, visibilidade e uso do artigo.

O “social media” fornece oportunidades acrescidas para promover a publicação científica, representando também uma nova forma de disseminação da ciência que desafia as regras estabelecidas.⁴

Seguindo as recomendações DORA³ e do ICMJE, as revistas têm também que tomar medidas para prevenir a autoria inapropriada, exigindo que cada autor cumpra os 4 critérios da autoria e que indique e ateste a contribuição que deu para o trabalho.

Outra medida bastante plausível e que permitirá aos editores a “internacionalização” das revistas é a colocação como regra a aceitação de trabalhos escritos só em inglês. As revistas médicas portuguesas terão ainda de estar presentes em redes internacionais de edição e publicação científica.^{2,5} O inglês é o idioma universal da ciência, e a publicação em português é uma limitação para a visibilidade da revista na comunidade científica. Publicando em inglês a revista assume a responsabilidade de promover o trabalho dos autores a uma audiência mais abrangente e torna-se mais fácil a difícil tarefa de encontrar revisores disponíveis.

As revistas também se devem preocupar com outros aspectos que permitem aumentar a divulgação e a visibilidade dos artigos que publicam, como apostar na diversidade internacional entre autores e colaboradores, pois assim tem mais probabilidade de ter relevância para a comunidade internacional.

Algumas medidas para uma revista ser credível:

- Descrever o processo de arbitragem científica (*peer-review*). Devendo este ser um processo de revisão eficiente, com tempos de resposta curtos

- As Instruções aos autores das revistas devem seguir as orientações internacionais:

International Committee of Medical Journal Editors (ICJME): *Authorship and Contributorship*; *Peer Review*; Conflitos de Interesse; Privacidade e Confidencialidade dos doentes; Protecção dos seres humanos e animais participantes no estudo

- Committee on Publication Ethics (COPE)- adesão ao COPE
- EQUATOR Network (iniciativa internacional para melhorar o relato da investigação médica. Contém vários guias metodológicos para cada tipo de estudo)
- Council of Science Editors (CSE) “Editorial Policy Statements” - cobrem as responsabilidades e os direitos dos editores e devem incorporar estes Statements no processo de revisão e publicação

- Manter a pontualidade e a regularidade na publicação- Não é aceitável que uma revista apareça cronicamente atrasada, semanas ou meses após a data de capa

- As revistas nacionais devem adoptar a definição de liberdade editorial do ICMJE e também descrita pela World Association of Medical Editors (WAME), que afirma que o editor-chefe assume completa autoridade sobre o conteúdo editorial da revista como um todo e sobre a publicação do seu conteúdo. As Sociedades a que a revistas pertencem não podem interferir no processo de avaliação, selecção, programação ou edição de qualquer manuscrito, tanto directamente quanto pela manutenção de um ambiente que possa influenciar fortemente as decisões. Os editores devem basear as decisões editoriais na validade do trabalho e sua importância para os leitores, e não nas implicações comerciais que possam trazer para as revistas, e devem ter liberdade para expressar visões críticas, mas responsáveis, sobre todos os aspectos da Medicina sem medo de represálias

- As revistas têm obrigatoriedade de publicar estudos negativos, assim como Correções, Retractações.

É também da responsabilidade das revistas controlar práticas antiéticas como a dupla submissão; publicação redundante; autoria inadequada; falta de divulgação de conflitos de interesse e desenvolver directrizes que envolvem o consentimento informado, ou privacidade dos doentes.

Uma revista nacional que queira ser indexada na Medline deve dar uma especial atenção aos pontos mais valorizados pelo Literature Selection Technical Review Committee (o LSTRC avalia as revistas e qualidade do seu conteúdo para determinar quais deverão ser indexadas)⁶:

1. Finalidade e Cobertura
 - Política editorial convincente
 - Diversidade na proveniência dos editores
 - Diversidade na proveniência dos autores
2. Qualidade de conteúdo - mérito científico do conteúdo é a principal consideração na selecção para indexação
 - Validade
 - Importância
 - Originalidade
 - Contribuição para a área

3. Qualidade do trabalho editorial
 - Credibilidade e qualidade do seu conteúdo
 - Títulos e Resumos descritivos e em inglês
 - MeSH *Keywords*
 - Informações sobre os métodos de selecção de artigos, especialmente sobre o processo explícito de revisão por pares
 - Declarações de adesão a preceitos éticos
 - Conflitos de Interesse
 - Correção atempada – erratas e retractações
 - Declaração de Contribuição - exigir que cada manuscrito submetido tenha “Contributorship Statement (O ICMJE desenvolveu um modelo de divulgação de conflitos de interesse de forma a facilitar e normalizar esta divulgação)
4. Qualidade de produção - Qualidade do *layout*, impressão, gráficos e figuras
5. Tipologia do conteúdo e Referências actuais e relevantes
 - Original Research
 - Original clinical observations accompanied by analysis and discussion
 - Analysis of philosophical, ethical, social aspects of the health professions or biomedical sciences
 - Reviews
 - Statistical compilations
 - Descriptions of evaluation of methods or procedures
 - Case reports with discussions

Pensando ainda no futuro e no aumento da qualidade da edição médica em Portugal, o Editor-Chefe deve ser alguém de mérito científico reconhecido internacionalmente, pois o editor é um embaixador da revista, promove-a e as suas responsabilidades e funções devem ser semiprofissionalizadas (necessidade de contrato, compensação monetária ou em bolsa de horas).⁵ O corpo editorial deve ser uma equipa dedicada e qualificada, pois é crucial para o sucesso de uma revista.

Não nos devemos esquecer que uma revista que agrada aos autores (um autor feliz espalha a palavra), acaba por atrair mais autores, e para o conseguir tem que publicar rápido, ter um bom corpo editorial, um bom sistema *peer review* e fazer sentir aos autores que eles são realmente importantes.

Como conclusão, a criação e manutenção de uma revista de prestígio requererá uma estratégia contínua, com obrigatoriedade de seguir vários padrões de qualidade para atingir o nível de excelência internacional. ■

Conflitos de Interesse: O autor declara a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo

Correspondência: helenadonato@huc.min-saude.pt

Recebido:

Aceite:

Bibliografia

1. Donato H. Guia para escrever um artigo irrecusável. São Mamede do Coronado: Bial; 2014.
2. Marinho RT, Donato H. Bem-vindo a Bordo da Acta Médica Portuguesa, Bem-vindos à Primeira Divisão Internacional! Acta Med Port. 2014;27(5):533-4.
3. San Francisco Declaration on Research Assessment; 2013 [consultado 5 Fev 2015]. Disponível em: <http://www.ascb.org/dora>
4. Momen H. Evolution of scientific publishing over the last 30 years. Cad Saúde Publica. 2014;30:458-9
5. Marinho RT, Donato H, Fernandez-Llimos F, Massano J, Silva JM, Almeida M, et al. Think tank: Relatório estratégico sobre publicação científica biomédica em Portugal. Acta Med Port. 2014;27:1-3.
6. National Library of Medicine. MEDLINE Journal Selection [consultado 5 Fev 2015]. Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/pubs/factsheets/jsel.html>

A Crise dos Serviços de Urgência em Portugal 2015: Conjugação de Velhos e Novos Problemas para um Mau Resultado

The Crisis in the Portuguese Emergency Services in 2015: A Combination of New and Old Problems Leading to Terrible Outcomes

João Araújo Correia,

Diretor do Serviço de Medicina,
Hospital de Santo António – Centro Hospitalar do Porto (CHP),
Largo Prof. Abel Salazar – 4099-001 Porto, Portugal

Resumo

O caos no Serviço de Urgência (SU) ocorre sempre que a procura excede a capacidade instalada, que nunca é suficiente quando um hospital recebe por dia quase o dobro do número habitual de doentes. Enquanto os Cuidados Primários não oferecem alternativas credíveis para o tratamento da doença aguda, as pessoas continuarão a acorrer às centenas à urgência hospitalar, mesmo sabendo das muitas horas que irão ter de esperar. Não sabem se a queixa que os aflige é coisa banal ou indício de doença grave. Vêm ao SU por que é a única porta aberta confiável e temem pela sua vida. Outro velho problema, é o rápido esgotamento da capacidade de internamento dos hospitais em função do aumento das necessidades impostas pelo SU. A profissionalização das Equipas de Urgência não é a solução para o SU sobrelotado, mas tem sido apresentada pelos defensores deste modelo como se fosse. Em, Portugal, enquanto os doentes chegarem às centenas ao SU, sem qualquer triagem médica, e mais de 93% dos internamentos se fizerem através da urgência, é fundamental a visão holística do doente, garantida pelo Internista. Só assim pode ser assegurada a qualidade assistencial, a unidade institucional e evitar as altas indevidas. Neste ano de 2015 houve uma conjugação de factores que redundaram no péssimo resultado a que assistimos. A vacina da gripe não era tão eficaz. Os doentes eram mais velhos, tinham mais doenças, muito mais carências sociais, com acréscimo substancial das necessidades de internamento. A austeridade económica levou à redução das equipas de médicos e enfermeiros e extorqui-lhes a ambos qualquer motivação racional. Era natural que se formasse uma tempestade com os primeiros ventos. Não sei quem ficou surpreendido. Os Internistas não ficaram.

Palavras-chave: Medicina Interna, Serviço de Urgência Hospitalar, Profissionalização da Urgência

Abstract

The chaos in the emergency services (ES) occurs anytime the demand exceeds the implemented capacity, which is never enough when a hospital receives everyday during the winter more than double the usual number of patients. As long as the primary care services continue not to offer reasonable alternatives for the treatment of severe diseases, people will keep on flowing by the hundreds to the hospital emergency services, even if aware of the multiple hours of waiting ahead of them. They do not know whether the grievance they suffer from is something mild or if it is the indicator of a serious malady. They come to the emergency services because it is the only trustworthy door open, and because they fear for their lives. Another long-standing problem is the rapid exhaustion of hospitals' capacity for hospitalisation, in connection to the rise of the needs of the ES. The specialisation of the health care teams is not the solution for the overloaded ES, although it has been suggested by believers of this system as if it were. In Portugal, as long as the patients arrive by the hundreds at the ES without any medical triage whatsoever, and more than 93% of the hospitalisations are conducted through the emergency services, it becomes essential that the doctor takes on a holistic approach, guaranteed by the internist. Only then can the quality of assistance and the institutional unity be assured, and the inadequate discharges avoided. This year, a combination of factors emerged, which resulted in the terrible outcome we have witnessed. The vaccine for the influenza was not as effective. The patients were older, they carried more diseases and presented many more social deficiencies, leading to a substantial increase in the need of hospitalisation. Economic austerity caused the reduction of the health care staff in terms of doctors and nurses, and robbed them both of any rational motivation. It was only natural that a storm would begin to take form out of the first winds.

Keywords: Emergency Service, Hospital; Internal Medicine; Specialization

Os Especialistas em catástrofes naturais, costumam referir que elas acontecem quando há uma conjugação nefasta de fatores e raramente podemos atribuir a culpa a uma única causa. Penso que o mesmo se passou nos Serviços de Urgência em Janeiro de 2015, quando os doentes esperaram mais de 10 horas para serem observados pelo médico e outros ficaram dias a fio internados em inóspitos corredores. Alguns morreram numa dessas situações. Pouco importa saber que essas mortes eram inevitáveis. Foram todas inaceitáveis, porque ocorreram em condições indignas e desumanas.

O caos no Serviço de Urgência (SU) ocorre sempre que a procura excede a capacidade instalada, que nunca é suficiente quando um hospital recebe por dia quase o dobro do número habitual de doentes. Este fato, é reconhecido por todos desde há muito, mas pouco se tem feito para evitar que se repita todos os anos. Enquanto os Cuidados Primários não derem alternativas credíveis para o tratamento da doença aguda, as pessoas continuarão a acorrer às centenas à urgência hospitalar, mesmo sabendo das muitas horas que irão ter de esperar. Não sabem se a queixa que os aflige é coisa banal ou indício de doença grave. Vêm ao SU por que é a única porta aberta confiável e temem pela sua vida.

Outro velho problema, é o rápido esgotamento da capacidade de internamento dos hospitais em função do aumento das necessidades impostas pelo SU. Há três razões fundamentais para que tal aconteça de forma recorrente:

– Portugal é o país da Europa com o menor número de camas por 1000 habitantes (3.4/4.8 na média dos países da OCDE) e esse défice crónico é bem patente nas taxas de ocupação superiores a 100 % dos Serviços de Medicina Interna dos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde;

– O envelhecimento da população, a complexidade dos doentes e a profunda crise social, resulta no aumento significativo da percentagem de doentes observados no SU que têm de ser internados (14 % em 2015 e 10 % em 2011 no CHP);

– A polipatologia, a demora da resposta da Rede de Cuidados Continuados para a colocação de doentes, e a tragédia social, onde muitas vezes a reforma do idoso faz parte do orçamento familiar dos filhos desempregados, aumenta a demora média e reduz as altas hospitalares.

Não tenho qualquer dúvida que, se queremos atenuar a crise dos Serviços de Urgência, todos os esforços devem ser direcionados para a redução da procura e o aumento do número de camas de agudos. Depois poderemos melhorar a eficácia do SU permitindo a contratação direta dos médicos e enfermeiros necessários, escolhidos pela própria Instituição de forma a garantir a sua competência. Estes seriam apenas supletivos nas Equipas de Urgência, onde os Internistas se devem manter como os elementos estruturantes e de liderança.

A profissionalização das Equipas de Urgência não é a solução para o SU sobrelotado, mas tem sido apresentada pelos defensores deste modelo como se fosse. É uma completa mistificação e um aproveitamento da situação de crise para arranjar argumentos junto do poder político, para a implementação cega das equipas médicas exclusivas da urgência e para a criação de uma Especialidade de Urgência. Dizem-nos que devemos ter essa Especialidade porque ela existe noutros Países... Mas deveremos imitá-los, quando a nossa realidade é diferente?

No Norte da Europa a Medicina Interna quase desapareceu, substituída por múltiplas Subespecialidades, e só agora parece querer

ressurgir. Nós temos uma Especialidade de Medicina Interna forte e competente, com o futuro assegurado com cerca de 900 Internos em formação, fruto duma aposta acertada e visionária que o Ministério da Saúde tem feito nos últimos anos.

Em, Portugal, enquanto chegarem às centenas ao SU, sem qualquer triagem médica, e mais de 93% dos internamentos se fizerem através da urgência, é fundamental a visão holística do doente, garantida pelo Internista. Este, deve manter-se com o trabalho repartido no Serviço de Urgência, na Enfermaria e na Consulta Externa. Só assim pode ser assegurada a qualidade assistencial, a unidade institucional e evitar as altas indevidas.

Mas, é muitíssimo duro trabalhar no SU, sob todos os pontos de vista, mental e físico. No SU todos os minutos podem contar para conseguir um final feliz, isto é, ganhar o desafio da doença e fazer vingar a nossa obsessão pela vida. São as pequenas vitórias que dão alento e força ao Internista para prosseguir. É um trabalho brutal, mal pago e incompreendido, em que raramente sentimos algum reconhecimento. Mas, defendo que ele é essencial para que o Internista se mantenha ágil de raciocínio e lesto no gesto. Vale a pena notar, que os Hospitais que pior responderam ao “embate” deste inverno foram aqueles que tinham poucos Internistas na urgência, que quase apenas contavam com Médicos tarefeiros ao serviço de empresas de prestação de serviços. Há que dar incentivos suficientes aos Internistas para evitar a sua fuga da urgência, que é quase natural, em vista da constante degradação das condições de trabalho e do óbvio chamariz dos hospitais privados.

Neste ano de 2015 houve uma conjunção de factores que redundaram no péssimo resultado a que assistimos. A vacina da gripe não era tão eficaz. Os doentes eram mais velhos, tinham mais doenças, muito mais carências sociais, com acréscimo substancial das necessidades de internamento. A austeridade económica levou á redução das equipas de médicos e enfermeiros e extorquiou-lhes a ambos qualquer motivação racional. Era natural que se formasse uma tempestade com os primeiros ventos. Não sei quem ficou surpreendido. Os Internistas não ficaram. ■

Conflitos de Interesse: O autor declara a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo

Correspondência: joaoacorr@gmail.com

Recebido:

Aceite: