



1

TRIMESTRAL

SAÚDE EM PORTUGAL NA VIRAGEM DO MILÉNIO





Miguel Leão
Presidente da SRNOM

EDITORIAL

Em devido tempo assumimos o compromisso de “lançar as bases para a criação de um verdadeiro e dignificante Boletim Informativo da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos”. Por isso foram editados e enviados a todos os médicos, dois Boletins Informativos desde Janeiro de 1999. Apesar do aparente sucesso que parecem ter constituído aqueles Boletins pareceu-nos que seria possível, dentro das possibilidades de financiamento da Secção Regional do Norte, melhorar aquele Boletim, transformando-o numa Revista. Por isso, este Editorial marca o início da **nortemédico**, a Revista dos Médicos da Secção Regional do Norte. Esperamos todos que esta Revista seja um Espaço Aberto de debate, de discussão, de formação e de informação. Esperamos que todos os Médicos usem esta Revista como meio privilegiado para difundirem as suas ideias. Esperamos, em especial, que os Médicos que integram os Corpos Gerentes da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, bem como os membros das Direcções dos Colégios de Especialidade sejam colaboradores, permanentes e empenhados desta Revista. A **nortemédico** não será uma revista científica. Pretende-se antes que seja uma Revista destinada a discutir a Política e as Políticas da Saúde, dos Médicos e da Ordem dos Médicos, numa lógica de complementaridade com a Revista Nacional da Ordem em que esta não poderá ser, nem será, prejudicada. Pretende-se ainda que a Norte Médico possa servir para criar um espaço lúdico entre os médicos, que os liberte, ainda que momentaneamente, das exigências de uma profissão desgastante e tantas vezes mal compreendida.

Apesar da satisfação que é para nós editar esta Revista não podia deixar de referir no primeiro editorial da **nortemédico** a questão que dominou nos últimos meses, as relações da Ordem dos Médicos com os Poderes Políticos. Refiro-me, como é evidente, ao veto presidencial à legislação sobre Acto Médico. Conjuntamente, com os Presidentes dos Conselhos Regionais do Centro e do Sul e com o Presidente da Ordem dos Médicos, testemunhei o processo negocial que conduziu à aprovação daquela legislação pelo Conselho de Ministros. Testemunhei o esforço de consensualização táctica que ocorreu dentro da Ordem dos Médicos e que constituiu uma prova de que são mais fáceis os consensos entre ideias à partida divergentes do que entre ideias inicialmente semelhantes. Testemunhei as negociações, palavra a palavra e vírgula a vírgula, que decorreram ao mais alto nível entre a Ordem dos Médicos, a Ministra da Saúde, Dr.^a Maria de Belém Roseira, e até, o Primeiro Ministro. Testemunhei as explicações que foram dadas a vários assessores do Senhor Presidente da República. Testemunhei, até, situações que não podendo ser do domínio público, por não serem documentáveis, permitiram avaliar do carácter dos diversos intervenientes neste processo. É cedo para se proceder à história exaustiva deste assunto e não é necessário qualificar de novo a decisão do Senhor Presidente da República. Outros momentos surgirão para demonstrar aos responsáveis por aquela decisão que os médicos individualmente, ou organizados na sua Ordem, possuem uma característica importante: a memória. Tempos virão em que ficará demonstrado que este episódio é, apesar de tudo, uma batalha e não a guerra. Pela parte da Ordem dos Médicos, resta aguardar que o Poder Político cumpra os compromissos que assumiu, através de uma nova Ministra da Saúde e do mesmo Primeiro Ministro. Se não for em nome de mais nada, que o seja em nome da memória.

POR UMA

EM INÍCIO DE NOVO MANDATO NA PASTA DA SAÚDE E COM O SÉCULO XX A CHEGAR AO FIM, COMO ESTÁ A GESTÃO DA SAÚDE EM PORTUGAL? ESTE É PONTO DE PARTIDA PARA UMA ENTREVISTA COM O DR. MIGUEL LEÃO, PRESIDENTE DA SECÇÃO REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS.

O ENQUADRAMENTO JURÍDICO DO ACTO MÉDICO, O ACESSO AO ENSINO SUPERIOR NOS CURSOS DE MEDICINA, A CRIAÇÃO DE NOVAS UNIVERSIDADES E OS ENSAIOS DE NOVOS MODELOS DE GESTÃO DE ALGUNS HOSPITAIS SÃO ALGUMAS DAS QUESTÕES QUE SUSCITAM AO DR. MIGUEL LEÃO FORTES CRÍTICAS À ACÇÃO DO PRESIDENTE DA REPÚBLICA E DO GOVERNO. EM DEFESA DOS ESTATUTOS E DO CÓDIGO DEONTOLÓGICO DA ORDEM DOS MÉDICOS E CONTRA A PROLETARIZAÇÃO DA CLASSE MÉDICA, MIGUEL LEÃO TECE CRÍTICAS, ESGRIME ARGUMENTOS E SUGERE SOLUÇÕES.

CONTRA A CRIAÇÃO DE NOVAS UNIVERSIDADES, APRENSIVO EM RELAÇÃO AOS ENSAIOS DE NOVOS MODELOS DE GESTÃO HOSPITALAR E ACERRIMAMENTE CONTRA QUALQUER ALTERAÇÃO AO DIPLOMA REGULAMENTADOR DO ACTO MÉDICO QUE FOI VETADO PELO PRESIDENTE DA REPÚBLICA, O PRESIDENTE DO SRN DA OM DÁ, APESAR DE TUDO, O BENEFÍCIO DA DÚVIDA À NOVA TITULAR DA PASTA DA SAÚDE, DR^a MANUELA ARCANJO.

O SISTEMA DE SAÚDE NECESSITA DE NOVAS POLÍTICAS

Estamos em final de Século e em início de novo mandato no Ministério da Saúde. Por isso é natural pedir-lhe um balanço. Qual o diagnóstico que faz da Saúde em Portugal, no limiar do ano 2000?

Na questão da Saúde, o problema dos défices está na ordem do dia e domina todas as atenções. Mas, objectivamente, a Saúde em Portugal tem vindo a melhorar. É evidente que tanto a extensão da cobertura como a qualidade dos cuidados de saúde são seguramente melhores actualmente do que foram nos anos 80 ou 70 e os indicadores de saúde demonstram-no. O problema que se põe é saber se correspondem ao padrão de um país integrado na União Europeia. E isso, manifestamente, não acontece. O que significa que, independentemente do problema da racionalização de custos e da boa gestão, ter-se-ão de desenvolver, necessariamente, novas políticas, que passarão por dois tipos de opções. Ou uma opção, restritiva, baseada na concepção de que a qualidade e a acessibilidade actuais do sistema de saúde não são boas porque os recursos são mal geridos, e tentar resolver os problemas por aí. Ou a outra concepção, que é a que perfilho, de fazer mais investimentos na Saúde, até porque Portugal não pode ser diferente dos

SAÚDE QUE DIGNIFIQUE OS MÉDICOS

**MIGUEL LEÃO,
PRESIDENTE DA SECÇÃO REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS**



outros países. Apesar dos gastos que há, e apesar dos défices, a Saúde hoje em dia é cada vez mais cara e Portugal não gasta na Saúde o mesmo que a Holanda, a Suíça, ou a Bélgica. Esta segunda opção vai significar que os custos da saúde em Portugal vão inevitavelmente aumentar, como aumentaram em todo o Mundo.

Como encarou a nomeação da Dra. Manuela Arcajo para titular da pasta da Saúde? Sabemos que esteve muito ligada aos Orçamentos de Estado. Pensa que a gestão do Ministério da Saúde vai ser mais economicista, focada sobretudo na gestão dos recursos financeiros e humanos?

Não faço apreciações com base em cenários. Aliás, admito que a racionalização dos custos e uma melhor gestão de recursos são importantes. Agora, não quero fazer processo de intenções antes de se conhecer qual vai ser a estratégia da nova Ministra da Saúde. Qualquer apreciação feita pouco tempo depois da sua nomeação pareceria inevitavelmente injusta.

O modelo de organização do sistema de saúde actualmente vigente está muito centrado no serviço pú-

É UMA QUESTÃO FUNDAMENTAL PERMITIR AO CIDADÃO A LIBERDADE DE OPÇÃO, DE TOMAR DECISÕES EM RELAÇÃO AO FINANCIAMENTO DA SUA PRÓPRIA SAÚDE.

blico assegurado pelo próprio Estado. Sabemos que o SNS não funciona adequadamente. Considera, contudo, que o futuro deve passar por uma evolução do mesmo, mantendo-se a mesma filosofia de base, ou considera que é necessária uma “revolução” total, a começar pela alteração dos próprios princípios constitucionais que prometem ao cidadão uma saúde tendencialmente gratuita?

É óbvio que os princípios constitucionais já não estão a ser cumpridos...

Mas, respondendo à pergunta, apesar da OM dever ter uma visão geral da política de Saúde, não se deve imiscuir institucionalmente, pois pode perverter o seu objectivo. Dito de outra forma: o fundamento da existência da Ordem são os seus Estatutos, que são susceptíveis de ser aplicados quer num sistema público, quer num sistema privado, quer num sistema misto. A função da OM é garantir a salvaguarda dos princípios, que são independentes da existência de um sistema público ou privado.

O nosso sistema público é hoje um sistema com o qual grande parte dos cidadãos não estabelecem empatia. Muitas pessoas que hoje recorrem ao sistema público, até por uma questão de confiança, sofrem muitos constrangimentos, com muitos papéis e hierarquias... Isso significa que, pelo menos, é necessário desburocratizar o sistema.

Diz que os cidadãos recorrem ao sistema público “por uma questão de confiança”. Considera que há alternativas?

Acho que é preciso colocar os cidadãos perante a hipótese de poderem, eles próprios, financiar como entenderem a sua saúde, de um ponto de vista liberal e correndo necessariamente todos os riscos. No fundo, defendo um sistema muito parecido com o “opting-out”, em que a pessoa define quais são as suas opções de saúde, gere a sua saúde e gere os seus gastos. Claro que são necessários mecanismos de controlo e mesmo de solidariedade social. Contudo, julgo que é uma questão fundamental permitir ao cidadão a liberdade de opção, de tomar decisões em relação ao financiamento da sua própria saúde, até para as pessoas sentirem como tudo se passa. As habitações custam dinheiro, os carros custam dinheiro, mas há a ideia de que a saúde é algo que não custa... Deveria haver alguma informação sobre a saúde e sobre os seus custos, de modo a ser possível responsabilizar os utentes e obrigá-los a fazer opções sobre a sua saúde.

Fala-se muito dos problemas estruturais do SNS e do facto do modelo de gestão prevalecente estar desajustado, não funcionar por objectivos, não premiar a eficiência e ser desperdiçador de recursos. É também a sua opinião? Identifica-se com as experiências que ultimamente têm sido feitas em algumas unidades de saúde, experimentando modelos mais ou menos diferentes, como é o caso do Hospital Pedro Hispano, Hospital S. Sebastião, ou mesmo o Hospital de Valpaços, cuja gestão está entregue a uma empresa espanhola?

Acho que é muito cedo para fazer esses balanços. Em relação àquela que é mais conhecida, a Unidade Local de Saúde de Matosinhos, o que tem vindo a público relativamente à sua estrutura não parece augurar nada de muito bom. Em relação ao Hospital da Feira também não há ainda tempo suficiente para fazer um balanço...

Ao falar em “gestão por objectivos” acho que é necessário ter algum cuidado. Essa terminologia pode levar-nos a querer transformar os cuidados de saúde numa fábrica de salsichas. Não gosto que, em termos de Saúde, o objectivo seja fazer mais 500 operações ou mais não sei quantas consultas! Mais do que a quantidade, os objectivos em Saúde têm de ser medidos à luz de algo muito complicado de avaliar, que são os indicadores de qualidade. Aceito a gestão por objectivos desde que não ponha em causa a qualidade dos actos médicos e também a satisfação e realização dos profissionais de saúde.

E o facto do sistema não premiar a eficiência? É uma crítica que pode ser feita...

Efectivamente o sistema não premeia a eficiência e teria alguma justificação fazê-lo... Mas apresentemos um caso concreto: foi introduzido há pouco tempo o sistema remuneratório experimental na área da Clínica Geral/Medicina Familiar. O sistema, em si mesmo, com incentivos ao número de consultas conforme os grupos de patologias, acho que não fere ninguém. Mas ao condicionar, como objectivamente era o caso, a adesão a determinados formulários terapêuticos por patologia, ou seja, obrigando o médico a que se auto-censure na sua prescrição, é eviden-





te que tal opção se torna inaceitável para a OM, por causa de um princípio básico que é a liberdade de prescrição. É um exemplo de um sistema por objectivos a premiar a eficiência, mas é um prémio feito à custa de um colete de forças, que pode inclusivamente trazer complicações para os médicos, a vários níveis...

Também há um projecto, que foi noticiado pelo «Independente», que falava do sistema remuneratório experimental acrescido de mais uma variável: compensações para os médicos que prescrevessem menos meios auxiliares de diagnóstico. Ora isso é também algo que eu considero inaceitável, não pelos médicos, mas sim pelos doentes!

Ninguém pode aceitar receber mais, por prescrever menos medicamentos e menos meios auxiliares de diagnóstico! No plano ético, é tão grave um médico prescrever a mais por causa de contrapartidas de uma empresa farmacêutica como prescrever a menos por causa de outra contrapartida, mesmo que seja o Estado que a dê! E agora chegamos ao ridículo do Estado estar a inventar mecanismos exactamente iguais aqueles que condenou noutras circunstâncias.

A FALTA DE MÉDICOS E A ABERTURA DE NOVAS ESCOLAS

Outro dos problemas estruturais mais falados é o dos recursos humanos, nomeadamente o número de médicos. Diz-se que faltam médicos e a prová-lo está o facto de no interior do País haver centenas de médicos espanhóis a trabalhar em Centros de Saúde. Contudo, se tivermos em conta as capitações recomendadas pela OMS, vemos que Portugal tem um número adequado de médicos. Onde está o defeito? Numa insuficiente distribuição geográfica, com grande polarização nos centros litorais? Num número insuficiente de médicos de cuidados primários e excessivo número de médicos hospitalares?

Acho que a polarização no litoral é real. Em muitas especialidades não existe falta de médicos, mas faltam médicos de Medicina Geral e Familiar.

Parece-me haver uma gestão inadequada de recursos. Porventura vou ser polémico no que vou dizer: os cidadãos habituaram-se a querer ter um hospital e um centro de saúde em cada esquina, por pressão política das autarquias. Isso significa uma absoluta quebra da racionalização de recursos apenas por uma questão de lobbying. Disto resulta que há, por exemplo, um neurologista no quadro do hospital de Santo Tirso, quando provavelmente teria muito mais interesse estar num hospital central. Ou seja, acho que a forma como tem sido encarada a distribuição de unidades de saúde, segundo critérios que correspondem apenas, não tenhamos dúvidas, a interes



ses puramente autárquicos, não tem nada a ver com uma gestão racional de recursos.

Para minorar a falta de médicos, que terá tendência a agravar-se dentro de uma década quando os médicos que têm agora cerca de 50 anos (que constituem uma percentagem significativa da classe médica) atingirem a idade da reforma, foi decidido criar-se duas novas faculdades de medicina: Covilhã e Braga.

A mim, parece-me que é uma opção que vai sair muito cara ao País. Como toda a gente sabe, as actuais faculdades já ensinaram um número muito maior de alunos do que agora ensinam. Não estou a defender que se façam cinco ou sete cursos para 700 alunos, mas seguramente com uma política sustentada de abertura do numerus clausus ao longo de alguns anos seria possível, com um acréscimo percentual relativamente pequeno, colmatar as eventuais necessidades que se prevêem para a década de 2000.

A abertura das novas faculdades vai criar um problema: as faculdades vão abrir e depois não vão fechar. A prazo isso vai resultar numa criação de excedente médico que nos vai colocar numa situação semelhante à da Itália, da Espanha, da França e da Alemanha, que tem dado tantos problemas. Portanto, é uma opção cuja utilidade eu não entendo, a não ser que se queira fazer um investimento na formação de um médico durante não sei quantos anos para depois o pôr a guiar táxis, como acontece em Itália! Além disso, a decisão de abrir as novas faculdades de medicina foi feita contra o parecer da Comissão da Reforma do Ensino Médico, claramente desfavorável à abertura das mesmas. Quando muito, seria favorável à abertura de uma nova faculdade.

Mas então não é da opinião que há um défice do número de médicos no país?

Admito que haja falta de médicos, especificamente na área de medicina geral e familiar, que poderia ser colmatada com acréscimos percentuais de numerus clausus nas actuais cinco faculdades do País.

Nalguns meios, ouve-se que a criação de novas faculdades foi feita para escoar “segundas linhas” dos corpos docentes das actuais faculdades, que têm a ascensão limitada dentro da carreira académica devido aos lugares de topo estarem ocupados por colegas um pouco mais velhos... O que pensa disto?

As pessoas que seguem a carreira académica devem ter a noção de que esse é um problema real. Mas não quero crer que o Governo tivesse condicionado a sua decisão pelas guerras do alecrim e da manjerona dentro das universidades e que criasse faculdades apenas para satisfazer a progressão de professores na carreira académica. Isso seria inimaginável, de um ponto de vista de política de um País, pois seria o pior índice de défice de governação.

Fala-se da hipótese da abertura de faculdades de medicina privadas. Não teme que esta proliferação de novas escolas venha diminuir a qualidade do ensino e “proletarizar” a profissão médica, como está a acontecer com a medicina dentária?

Se isso culminar num excesso de médicos é evidente que conduzirá à proletarização: alguns exercerão Medicina, outros qualquer coisa parecida com medicina e os outros andarão a guiar os tais táxis. Não me parece que por ser privado vai ser mau. Aliás julgo que, pelas pessoas que estão a frente dos projectos, o problema não será a qualidade da pessoas, pois são pessoas com provas dadas do ponto de vista técnico. Mas vejo problemas na possibilidade de realizar ensino em termos de quantidade, como é o caso. Isto porque já não há docentes que cheguem para as faculdades actuais.

A imposição de numerus clausus leva a uma subversão, no meu ponto de vista, de alguns valores considerados fundamentais para a formação de um médico. O facto de as notas de acesso às escolas de Medicina serem tão elevadas não garante que os alunos tenham um bom perfil para virem a ser médicos, nomeadamente no relacionamento adequado com os doentes. A minha questão é: não deveria haver uma avaliação da componente humana do candidato a médico?

Não vou antecipar-me e descrever a nossa proposta concreta, que vai ser apresentada pela Comissão Regional de Educação Médica da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos. Só posso dizer que essa proposta exprime essa preocupação de que o acesso ao curso de Medicina tem que ser dependente da qualidade das pessoas que se candidatam e não de jogos de classificações que são obtidas antes. Penso que a proposta que vai ser apresentada para racionalizar esta questão é muito objectiva e simples. Quanto à avaliação do perfil humano, isso é muito difícil. A menos que houvesse critérios absolutamente objectivos e mensuráveis de avaliar um perfil humano — e não há — não podemos cair na tentação de introduzir no acesso, que é altamente objectivo, métodos subjectivos. Isso iria conduzir a um sistema em que a selecção se basearia em outros critérios que não a qualidade. Portanto, o melhor é mantermos os critérios objectivos de selecção sob pena de entrarmos no domínio de algumas cedências a aspectos subjectivos que, na prática, poderiam culminar numa total perversão do processo.

O que pensa do facto de se estar a acentuar a procura de universidades espanholas por alunos que não conseguiram o acesso ao curso de medicina, em Portugal? Este ano candidataram-se às faculdades de medicina espanholas cerca de 400 jovens portugueses, um número muito próximo das 446 vagas que abrimos no nosso País. Isto preocupa-o, de alguma maneira?

Não. É uma opção das pessoas que o puderem fazer. Obviamente que a qualidade das licenciaturas em Espanha é igual à das licenciaturas adquiridas em Portugal; de outro modo não haveria possibilidade de equivalência. Por isso é uma opção para as pessoas que não conseguem ter acesso às escolas de Medicina portuguesas e que a livre circulação na União Europeia permite. É o inverso do que acontece com o acesso aos internatos de especialidade, em que vêm médicos de Espanha para Portugal.

A DEFINIÇÃO DO ACTO MÉDICO

Ultimamente surgiu a polémica com o veto do diploma que fixaria o Acto Médico, ambição antiga dos médicos, que desde há anos insistiam no assunto. “Medicina, só há uma”, como diz o Bastonário Germano de Sousa?

Sim, Medicina só há uma, objectivamente. Pode haver outras práticas, outras crenças, que são, no fundo, matéria da fé. Qualquer pessoa pode acreditar no que quer que seja. O que não pode é confundir isso com actos que são praticados com pressupostos científicos, com método racional, lógico e dedutivo. Este é o Acto Médico. As pessoas podem acreditar noutras coisas, não podem é chamar-lhe Medicina.

Objectivamente, não se pode ser “meio médico”. A Medicina é como a gravidez, nunca se está meia grávida, ou se está ou não se está. Se, por hipótese, alguém considera que é um bocadinho médico, então qualquer grupo pro-

OBJECTIVAMENTE, NÃO SE PODE SER “MEIO MÉDICO”. A MEDICINA É COMO A GRAVIDEZ: OU SE ESTÁ OU NÃO SE ESTÁ GRÁVIDA.

fissional tem ou deveria ter direitos semelhantes em relação ao exercício dessa actividade. Por isso, o ordenamento jurídico deveria dizer muito claramente que só podem praticar actos médicos os licenciados em Medicina e definir os actos médicos de acordo com aquilo que o sentido comum das pessoas sabe o que são: actos de diagnóstico, prognóstico e terapêutica. A definição do Acto Médico é muito simples e linear, e não levantou dúvidas nem ao Governo, nem à Ordem, nem aos partidos políticos. Quanto às 15 mil assinaturas que sustentaram a petição entregue na Presidência da República, não sei qual foi o valor da sua aquisição. Apenas o Presidente da República teve dúvidas sobre o que era o Acto Médico. O que, aliás, eu julgo que é surpreendente. Porque esta definição de Acto

Médico não ia trazer nada de novo aos médicos. Pelo contrário, ia exigir da OM uma atitude punitiva em relação a médicos que exercessem práticas não validadas cientificamente. A OM teria essa obrigação moral. Ficava algo no ordenamento jurídico que nos intimava a cumprir, ainda com mais rigor, regras que já existem no Código Deontológico... Portanto os médicos não ficariam a ganhar nada com isso. Quem tinha a ganhar eram os doentes. Custou-me que uma pessoa de pensamento racionalista, como é o caso do Presidente da República, exercesse este veto e tomasse uma atitude mais própria de um monarca do século XVII, altura em que os monarcas se consideravam representantes de Deus e invocavam para decisões políticas matérias de fé. Esta decisão do Presidente da República é uma evocação de princípios absolutamente refractários ao que é o pensamento moderno e científico.

É contra a hipótese de esses profissionais obterem uma credenciação, com um estatuto profissional semelhante ao dos paramédicos?

Essa discussão depende do que se entender por esse enquadramento. Se o enquadramento significar consagrar a possibilidade de alguém utilizar com finalidades terapêuticas métodos não validados cientificamente, é evidente que nesse caso estaria a ser enquadrado o embuste. Agora se for necessário enquadrar um conjunto de actividades, mais ou menos lúdicas e que levam à matéria da crença, não tenho nada a opor. Se alguém quiser dar algumas ervas a alguém, eu não tenho nenhuma objecção a que isso seja enquadrado. Porque não é um acto de diagnóstico, nem de prognóstico, nem de terapêutica, porque as ervas não fazem nada. Aliás, nunca ouvi falar de código deontológico dos leitores de sina, desconheço se têm responsabilidade civil, criminal e disciplinar pelos actos que praticam, enquanto que os médicos têm. Esse enquadramento deveria ter em atenção tudo isso. É só isso que queremos.

Agora que o Presidente vetou o diploma, o que a OM espera que aconteça?

A OM espera que o Governo cumpra o compromisso que assumiu com a Ordem de publicar este diploma. O compromisso foi assumido com o Governo anterior, mas esperamos que o actual o venha a cumprir, até porque o Primeiro-Ministro é o mesmo.

Provavelmente o próprio governo foi surpreendido com esta atitude do Presidente da República...

Esse é seguramente um problema do Governo. Quanto à Ordem, aguardamos a publicação deste texto. Porque este não era o texto da OM, como se fala por aí. Porque a OM não faz as leis do país. Foi um longo processo, em que o Governo teve apenas uma assessoria técnica da OM para legislar sobre essa matéria. Consideramos encerrada essa assessoria, não queremos alterar uma vírgula a este decreto e não estamos disponíveis para discuti-lo de novo. Portanto, a nossa posição é a de aguardar responsabilmente que o Governo cumpra o seu compromisso, pois a OM já não tem mais nada a fazer: o acompanhamento técnico já está feito.



CONDI

TORRES DA COSTA, PRESIDENTE DO CONSELHO DISTRIAL DO PORTO DA OM

QUANDO O CONSELHO DISTRIAL DO PORTO DA ORDEM DOS MÉDICOS ACTUALMENTE EM FUNÇÕES APRESENTOU UMA LISTA CANDIDATA ÀS ELEIÇÕES QUE O ELEGERAM, NO SEU PROGRAMA ELEITORAL CONSTAVAM DOIS PONTOS FORTES. UM DELES ERA A ELEIÇÃO, EM CADA CENTRO DE TRABALHO, DE UM DELEGADO QUE SERVISSE DE PORTA-VOZ DOS MÉDICOS PERANTE A ORDEM DOS MÉDICOS; O OUTRO ERA FAZER UM DIAGNÓSTICO EXAUSTIVO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO COM QUE OS MÉDICOS SE DEFRONTAM. AMBOS SÃO PROCESSOS QUE ESTÃO EM VIAS DE SER CONCLUÍDOS.

O DR. TORRES DA COSTA, PRESIDENTE DO CONSELHO DISTRIAL DO PORTO DA OM, EXPLICA QUE O OBJECTIVO DESTAS INICIATIVAS NÃO É TER UMA “ATITUDE PERSECUTÓRIA” PERANTE AS INSTITUIÇÕES DA TUTELA, MAS SIM ESTREITAR OS LAÇOS DE COLABORAÇÃO, “FAZENDO UM TRABALHO DE LEVANTAMENTO VÁLIDO QUE PERMITA DAR RESPOSTAS ÀS DIFICULDADES DIÁRIAS”. TRABALHO QUE PERSEGUE A VONTADE DE APOIAR OS MÉDICOS DA CARREIRA DE CLÍNICA GERAL NAS MAIS DIVERSAS SITUAÇÕES, QUER DO PONTO DE VISTA TÉCNICO QUER DO PONTO DE VISTA DE DISCUSSÃO DE MEDIDAS ÉTICAS. PARA QUE A RESPONSABILIDADE DE ALGUMAS FALHAS QUE MUITAS VEZES SÃO ATRIBUÍDAS ERRONEAMENTE AOS MÉDICOS SEJAM IMPUTADAS ÀS SUAS VERDADEIRAS CAUSAS — AS FRAGILIDADES DO SISTEMA.

CONDIÇÕES DE TRABALHO NOS CENTROS DE SAÚDE

Como caracteriza as condições de trabalho nos Centros de Saúde?

Das conversas que fui tendo com os Colegas, senti que nos seus locais de trabalho havia inúmeras queixas. Algumas têm a ver com condições estruturais e da forma como as coisas estão organizadas. Pensámos que seria necessário fazer um levantamento em todos os locais de trabalho, e não apenas nos Centros de Saúde, a fim de avaliarmos as condições e as circunstâncias em que os médicos estão a trabalhar. E isto para desenvolver o nosso programa que contempla a eleição de médicos os quais, como serão eleitos nos próprios locais de trabalho, representarão esse agregado local perante a Ordem dos Médicos.

Qual será o papel desses delegados?

Os delegados são um conjunto de médicos que funcionarão como porta-vozes, expondo directamente perante a Ordem os problemas com que se defrontam. Por outro lado, servem como ponto de apoio da Ordem nesses locais de trabalho. Temos o processo em curso, com os estatutos aprovados, e estão a ser elaboradas as listas concorrentes para se proceder ao acto eleitoral. As eleições realizam-se à medida que, em cada local de trabalho, isso pode ser feito. O mandato é de três anos. Em todo este processo, contamos com a colaboração da Administração Regional de Saúde do Norte, sub-região do Porto.

Consta também do programa eleitoral um levantamento das condições de trabalho nos diversos locais. Como se vai realizar esse processo e com que finalidades?

Trata-se da elaboração de uma lista de verificação das condições existentes em cada local de trabalho, nos diversos aspectos. Isto é, queremos verificar se os equipamentos e os meios existentes se mostram adequados aos objectivos, quer em quantidade quer em qualidade.

Obviamente, sabemos que vamos encontrar muitos defeitos. Mas a nossa ideia não é ter uma atitude persecutória sobre a ARS, do género de andar à procura de falhas para sistematicamente a lembrar de que “falta isto” ou “falta aquilo”. Fazêmo-lo mais sob um ponto de vista de colaboração com os próprios serviços oficiais, realizando um trabalho que nos parece válido. É um levantamento feito por pessoas que, na prática, se encontram a trabalhar nesses locais e estão em melhores condições para anotar as dificuldades que encontram todos os dias.

Pode dar um exemplo das situações mais graves?

Ainda não queria falar desse assunto, preferia ter na mão todos os elementos. As situações que conheço ainda só me foram relatadas verbalmente. Brevemente devemos ter todos os diagnósticos concluídos. Esses trabalhos serão entregues ao Conselho Regional, que lhe dará o seguimento que vier a achar adequado. Suponho que virá a ser entregue ao Ministério da Saúde, obviamente, e que terá também alguma divulgação pública, se assim for considerado conveniente.

A situação complicou-se com a entrada em funcionamento, nalguns Centros de Saúde, dos Serviços de Atendimento Permanente (SAP) e dos Serviços de Atendimento a Situações de Urgência (SASU)?

Essa é uma outra questão. Logo que iniciámos funções, fomos confrontados com a situação de haverem Centros de Saúde do distrito do Porto que se queixaram junto da Ordem dos Médicos do excessivo número de utentes que estavam a atender. Fiz a relação entre o número de médicos e o número de utentes atendidos, e o resultado foi preocupante. A média de doentes atendidos por hora revelava que cada doente era observado em 5 a 6 minutos. Sendo valores médios de todo o período de atendi-



mento, significa que em períodos de maior afluência a situação ainda era pior.

Outro assunto que nos pareceu perfeitamente inaceitável era a pressão que se exercia sobre os médicos, traduzida na colocação de todas as fichas dos doentes em lista de espera em cima da secretária do médico. Isto o que indica? Leva o médico a ter a percepção de que tem mais 40 ou 50 doentes em lista de espera, o que é uma pressão inaceitável.

Como é que as listas de espera se relacionam com os SAP e os SASU?

A primeira questão que levantámos foi se, nesses serviços de atendimento, deve o médico que está a atender ser responsável pelo atendimento de todos os doentes que lá aparecem ou se existe um limite, o do seu horário de trabalho. Para respondermos a isto precisamos de colocar uma pergunta prévia. São ou não, os SAP ou os SASU, como lhe queiram chamar, serviços de urgência? Fizemos essa pergunta à ARS que nos indicou não serem serviços de urgência, mas sim de atendimento permanente; contudo, os médicos podem atender as urgências mais ligeiras que lá apareçam...

A nossa postura relativamente aos SAP/SASU é que para terem um atendimento de urgência — grande ou pequeno, porque não sabem as situações que vão aparecer, e os utentes procuram sempre a urgência mais próxima — têm que estar equipados, quer em recursos materiais quer humanos, para dar resposta à maioria das situações. Não é necessário dar resposta a todas, como é óbvio, mas deve configurar-se à maioria de situações de urgência que podem ocorrer e preparar a estrutura para as atender.

Está a falar de que situações, mais concretamente?

Hoje em dia não se compreende uma Medicina em que o clínico não possa ter acesso a exames complementares. Em situações de urgência, um laboratório de análises clínicas e um serviço de raios X são imprescindíveis. Dizer que se tem um serviço de urgência aberto sem ter esses meios é tapar o sol com uma peneira.

Dentro desta linha emitimos um comunicado que, no fundo, sublinha que enquanto esses SAP e SASU não tiverem cumprido todas as condições, quer de recursos materiais quer de recursos humanos, não podem ser considerados serviços de urgência. O que significa que o médico que lá está tem que atender os doentes dentro das horas do seu horário normal. Não pode ser pressionado, dizendo-lhe que tem 70 ou 80 doentes à espera, pois pode incorrer em risco de erro médico e, quando existem erros, o culpado encontrado nunca é o siste-

ma, é sempre o médico. Isto é inaceitável.

Eu tenho formação em Medicina do Trabalho e sempre aprendi que quando existe algum erro, o factor humano é o que terá menos importância no contexto. É no sistema que se encontram normalmente as causas do erro. O que pretendemos é desinserir a responsabilidade médica da responsabilidade do sistema.

A relação médico/doente, um dos principais sustentáculos da profissão, não começa assim a ser afectada, com estas pressões?

Sim, a relação tende a ficar afectada. Mas creio que é uma coisa que se vai salvar, digamos assim, enquanto os médicos conseguirem preservar essa relação. E creio que, grosso modo, têm-no conseguido, com as devidas nuances. Cada médico tem as suas características particulares nessa mesma relação: uns são mais frios, outros mais abertos... Também os próprios doentes são assim, uns deixam-se relacionar melhor que outros.

Mas, no meio de tudo isto, acredito que o sistema de saúde ainda vai funcionando. Os médicos portugueses, quando sentem que o sistema está a falhar, tentam suprir essas mesmas falhas com o esforço individual. Tudo fruto de uma dedicação ao doente.

E a qualidade do acto médico não chega a ser posta em causa?

É óbvio, por tudo o que já disse. Mas a tendência é para os médicos se tornarem cada vez mais profissionais no que estão a fazer.

Quando em Portugal um médico exerce simultaneamente actividade privada com actividade pública, eu creio que está na altura de aceitar que é um modelo ultrapassado. Tem que surgir outro em que as pessoas sejam “profissionais”. Não basta ter médicos em exclusividade, é preciso tê-los em dedicação total! Por exemplo, o Dr. Manuel Antunes, responsável da Cirurgia Torácica nos Hospitais da Universidade de Coimbra, gere um Serviço muito conceituado e não necessitou de aumentar o número de médicos, mas sim de ter em dedicação todo o grupo, enquanto tal, nesse mesmo local de trabalho. Sem estes problemas estarem resolvidos, não se pode dizer que o número de médicos é insuficiente no nosso País. Estamos a incorrer num risco: vamos aumentar o número de médicos e vamos cair no risco de “proletarizar” uma classe sem resolver aquilo que de base, neste momento, se pode considerar errado. O País não pode continuar indefinidamente nesta situação, numa situação mista, ambígua, que a poucos interessa.

INTERNET

A EXPANSÃO DA INTERNET É UM DOS FENÓMENOS MAIS MARCANTES DO NOSSO TEMPO E PROMETE ASSUMIR-SE COMO O MEIO DE COMUNICAÇÃO MAIS UNIVERSAL. SEGUNDO DADOS RECENTES, CERCA DE 750.000 PORTUGUESES TÊM ACESSO E USAM A INTERNET. EMBORA NÃO EXISTAM DADOS PUBLICADOS SOBRE O NÍVEL DE INFORMATIZAÇÃO DA CLASSE MÉDICA, PARECE RAZOÁVEL SUPOR QUE A MAIORIA DOS MÉDICOS TEM COMPUTADOR E UMA GRANDE PARTE TEM ACESSO À INTERNET.

APESAR DE UMA CERTA ANARQUIA NA INFORMAÇÃO DISPONIBILIZADA, QUE PODE

DESMOTIVAR O INICIADO, AS VIRTUALIDADES DA INTERNET SÃO INEGÁVEIS. NO CASO DA MEDICINA, PODEM ENCONTRAR-SE INÚMEROS "SITES" DE INTERESSE, DESDE REVISTAS MÉDICAS, RESUMOS DE PUBLICAÇÕES EM BASE DE DADOS ("PUBMED" E OUTRAS), GRUPOS DE DISCUSSÃO, ETC.. CADA VEZ MAIS OS MÉDICOS RECORREM À INTERNET PARA OBTER INFORMAÇÃO, MAS TAMBÉM PARA COMUNICAR COM COLEGAS COM INTERESSES CIENTÍFICOS OU PROFISSIONAIS SIMILARES.

AS INSTITUIÇÕES VÊM NA INTERNET UM MEIO EXTREMAMENTE EFICAZ, RÁPIDO E ECONÓMICO DE DIVULGAÇÃO DAS SUAS ACTIVIDADES E AUMENTO DA SUA "VISIBILIDADE" PÚBLICA. A ORDEM DOS MÉDICOS JÁ TINHA UMA PÁGINA NA INTERNET, DESDE HÁ ALGUNS ANOS. CONTUDO, NÃO VINHA SENDO REGULARMENTE ACTUALIZADA, PELO QUE A ACTUAL DIRECÇÃO RESOLVEU PROCEDER A UMA REFORMULAÇÃO COMPLETA, TANTO DE CONTEÚDOS, TOR-

NANDO-A MAIS INTERESSANTE E DIVERSIFICADA, COMO EM TERMOS TECNOLÓGICOS, PREPARANDO-A PARA UM RÁPIDO DESENVOLVIMENTO E EXPANSÃO. O DR. MIGUEL GUIMARÃES, DA SECÇÃO REGIONAL DO NORTE, É O RESPONSÁVEL PELA DIRECÇÃO DESSE PROJECTO.

<http://www.ordemosmedicos.pt>



- INSTRUMENTO DE FORMAÇÃO CONTÍNUA

NOVA PÁGINA DA ORDEM DOS MÉDICOS NA INTERNET.



Porquê esta aposta forte numa presença da Ordem dos Médicos na internet?

É opinião da Ordem dos Médicos que esse esforço é imprescindível, pois o uso da internet está a generalizar-se de um modo exponencial e a assumir-se como um meio de comunicação fácil, económico e universal.

De um ponto de vista da OM, faz sentido sob vários aspectos. Em primeiro lugar, proporciona um modo de contacto fácil entre os corpos sociais da Ordem e todos os Colegas, apesar das distâncias físicas poderem ser significativas. Por exemplo, permite a divulgação das actividades da Ordem bem como das posições dos seus corpos dirigentes e permite que os Colegas possam enviar críticas, comentários ou sugestões, ou até solicitar serviços (por exemplo, pedir uma certidão à secretaria...). Em segundo lugar, a outro nível, estando acessível a toda a comunidade, permite que a comunicação social ou simples cidadãos possam tomar conhecimento da programação cultural, comunicados ou outra informação da Ordem dos Médicos... Ou seja, em resumo, a página da OM na internet serve um objectivo interno, de comunicação entre a Ordem e os Colegas, e um objectivo externo, de comunicação entre a Ordem e a comunidade.

Quer dizer que a página da Ordem dos Médicos tem ou vai ter informação destinada ao grande público?

Julgo que, por enquanto, a informação que podemos disponibilizar e que possa interessar ao grande público é mínima. Contudo, parte significativa pode interessar à comunicação social.



A construção de uma página na internet exige muito mais trabalho do que à primeira vista pode parecer. Por isso, não se pode ser demasiado ambicioso, sob pena de nunca se poder fazer nada. Assim, resolvemos proceder por fases. Neste momento já estão disponíveis vários assuntos, mas a intenção é ir melhorando permanentemente os respectivos conteúdos e ir acrescentando novos assuntos. A prioridade foi a construção de um "site" que possa servir os Colegas. Só mais tarde se avançará com a inclusão de conteúdos que possam interessar significativamente a população em geral.

Já nos referiu que a página serve para divulgar as actividades e posições da Ordem dos Médicos junto dos seus membros. Mas, de um ponto de vista individual, que outro interesse pode um Médico encontrar na página?

Obviamente, o interesse da página seria reduzido se se limitasse ao papel de boletim noticioso da Ordem dos Médicos. Mas essa é apenas uma das áreas incluídas. Muitas outras já constam, ou irão futuramente constar, da lista de assuntos do "site" da Ordem dos Médicos.

Um dos problemas que se levantam actualmente ao utilizador da internet é a enorme quantidade de informação disponível. Acresce, ainda, que essa mole imensa de informação está desordenada e anárquica, sendo, portanto, difícil de encontrar. Dizia Nicholas Negroponte, um guru das novas tecnologias da informação, que futuramente iremos assistir ao aparecimento de "intermediários", que eventualmente se farão pagar por esse serviço, que se encarregarão de pesquisar, organizar e classifi



car a informação, por forma a satisfazer as necessidades específicas de um determinado grupo de utilizadores. Ou seja, dado ser cada vez mais difícil o cibernauta encontrar aquilo que realmente lhe interessa, os “intermediários” assumirão o papel de, sabendo o tipo de necessidades e expectativas de um dado grupo de utilizadores, identificar e fornecer a informação relevante para esse grupo de utilizadores.

De certo modo, o que se pretende com o site da Ordem dos Médicos é que, futuramente, ele possa constituir-se como uma “janela” para a internet, a partir da qual os Colegas possam aceder à informação que lhes interessa sem terem de perder inúmeras horas e paciência a navegar... Ou seja, pretende-se fazer esse papel de “intermediário” que procura, sistematiza e torna disponível um vasto conjunto de informação que, em princípio, interessa à maioria dos médicos, poupando-lhes uma parte significativa do esforço de navegação na internet. Certamente, esse propósito ainda não está

conseguido, mas é um objectivo para o qual queremos caminhar.

De momento, além de vária informação de carácter institucional (por exemplo, Estatuto do Médico, Código Disciplinar, CNE, Secções Regionais, Casa do Médico, etc.), já está disponível muita legislação portuguesa e podemos encontrar uma lista de ligações a várias revistas médicas, bases de dados, regulamentação internacional, sociedades científicas, etc... Mas o melhor, mesmo, é que os Colegas acedam à página, que se encontra disponível no endereço

<http://www.ordemdosmedicos.pt>,

e verifiquem por eles próprios!

Algumas áreas ainda não estão acabadas, mas ficarão em breve. Deixo o desafio de que nos sejam enviadas críticas e sugestões, por forma a que possamos, efectivamente, construir um site interessante e útil para os médicos.

nortemédico Entrevista Agostinho Almeida • Fotografia António Pinto

• O QUE É A INTERNET ?

À LETRA, **INTERNET** SIGNIFICA **INTERCONNECTED NETWORK**, OU SEJA, REDE INTERLIGADA. DE UMA FORMA SIMPLES, A **INTERNET** É UMA REDE MUNDIAL QUE INTEGRA UM VASTO CONJUNTO DE PEQUENAS E GRANDES REDES DE COMPUTADORES LIGADAS ENTRE SI DE ACORDO COM REGRAS DE COMUNICAÇÃO BEM DEFINIDAS, CRIANDO UMA “COMUNIDADE VIRTUAL” GLOBAL.

CADA DIA QUE PASSA O NÚMERO DE UTILIZADORES DESTA REDE CONTINUA A CRESCER DE FORMA EXPONENCIAL, E QUALQUER NÚMERO QUE POSSA SER DADO LOGO SE TORNA DESACTUALIZADO. SEGUNDO OS DADOS ESTATÍSTICOS, O NÚMERO DE UTILIZADORES DA **INTERNET** AUMENTA AO RITMO DE UM MILHÃO DE NOVOS UTILIZADORES POR MÊS.

ACTUALMENTE, QUALQUER COMPUTADOR PODE LIGAR-SE ATRAVÉS DE UMA SIMPLES LINHA TELEFÓNICA E UM MODEM. O CUSTO E O TIPO DE EQUIPAMENTO NECESSÁRIO PARA UMA LIGAÇÃO SÃO TÃO BÁSICOS QUE SE PODE QUASE DIZER QUE SÓ QUEM NÃO QUER É QUE NÃO NAVEGA NO CIBERESPAÇO. TUDO ISTO CONTRIBUI PARA QUE OS CIBER-ANALFABETOS TENHAM OS DIAS CONTADOS...

• HISTÓRIA DA INTERNET

A **INTERNET** TEVE ORIGEM NO FINAL DOS ANOS 60, EM PLENA “GUERRA-FRIA”, POR INICIATIVA DO DEPARTAMENTO DE DEFESA DOS ESTADOS UNIDOS - O **DEFENSE ADVANCED RESEARCH PROJECTS AGENCY (ARPA)**. A IDEIA ERA A DE ESTABELECEER UMA ESTRUTURA DE COMUNICAÇÕES ENTRE COMPUTADORES, SEM UMA UNIDADE CENTRAL DE COMANDO, CAPAZ DE SOBREVIVER A UMA CATÁSTROFE NUCLEAR MESMO QUE UM OU MAIS ELOS DA REDE FOSSEM DESTRUÍDOS.

O PRIMEIRO RESULTADO DESTA EXPERIÊNCIA FOI A **ARPANET**, QUE EM 1969 INTERLIGOU COMPUTADORES DE VÁRIOS INSTITUTOS UNIVERSITÁRIOS NORTE-AMERICANOS. DURANTE OS ANOS 70 ESTA REDE EXPANDIU-SE ATRAVÉS DA LIGAÇÃO DE OUTRAS UNIVERSIDADES NORTE-AMERICANAS.

EM 1984, A **NATIONAL SCIENCE FOUNDATION (NSF)**, OUTRO DEPARTAMENTO GOVERNAMENTAL NORTE-AMERICANO, FUNDOU A **NSFNET**, ARMAZENANDO INFORMAÇÃO ACESSÍVEL A TODOS AQUELES QUE, LIGADOS À EDUCAÇÃO, DELA NECESSITASSEM. A **NSFNET** FOI UM SUCESSO E, EM 1987, O SISTEMA FOI ABERTO À EDUCAÇÃO E À INVESTIGAÇÃO DE PAÍSES ALIADOS DOS **EUA**.

EM 1990, COMEÇOU A **INTERNET**, TAL COMO A CONHECEMOS HOJE...



SÃO INÚMEROS OS DIPLOMAS LEGAIS QUE TÊM COMO OBJECTO A MEDICINA E OS MÉDICOS. ESTES, PARA ALÉM DE ESTAREM VINCULADOS AO CÓDIGO DEONTOLÓGICO E ÀS NORMAS DISCIPLINARES DA ORDEM A QUE PERTENCEM, SÃO UM SUJEITO JURÍDICO COMUM. POR ISSO, ESTÃO VINCULADOS A TODO O ORDENAMENTO JURÍDICO E DEVEM RESPEITAR TODO O DIREITO NOS SEUS ASPECTOS PENAIS, CIVIS, SOCIETÁRIOS, LABORAIS E FISCAIS. ASSIM, PERANTE O PEDIDO DE UM DOCUMENTO QUE PROVE DOENÇA OU INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – O ATESTADO MÉDICO – TODAS AS PRECAUÇÕES SÃO NECESSÁRIAS. A DRA INÊS FOLHADELA, CONSULTORA JURÍDICA DA SECÇÃO REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS EXPLICA O ENQUADRAMENTO JURÍDICO E DISCIPLINAR DO ATESTADO MÉDICO.

ENQUADRAMENTO DO ATESTADO MÉDICO

Aponte as principais características, pontos comuns e pontos divergentes entre o enquadramento legal da actividade dos médicos e o Estatuto Disciplinar a que estão obrigados pela Ordem a que pertencem.

A questão está mal formulada. O Estatuto Disciplinar dos Médicos foi aprovado por decreto-lei (DL 217/94, de 20 de Agosto) e por isso integra o ordenamento jurídico pelo que é uma das partes que compõem o todo. Provavelmente, o que pretende questionar é acerca do Código Deontológico, que constitui regulamento interno da Ordem dos Médicos, e que consagra as regras éticas e deontológicas a respeitar pelos médicos. Mas mesmo este código é atendível para o Direito já que, até por via indirecta, aquelas regras são recepcionadas por outros dois diplomas: o Estatuto da Ordem dos Médicos (DL 282/77, de 5 de Julho) e o Estatuto Disciplinar dos Médicos.

No caso de haver pontos divergentes, a qual dos diplomas (legislativo ou disciplinar) estão os médicos primeiramente vinculados?

As divergências no ordenamento jurídico podem ser apenas aparentes. Há regras de relação entre normas jurídicas (geral/especial, Lei antiga/nova, norma hierarquicamente superior/inferior) e os médicos, como qualquer sujeito jurídico, estão vinculados a todo o ordenamento jurídico, independentemente da fonte de onde emana a norma. Há falhas no sistema jurídico mas elas decorrem, a nosso ver, de outros problemas: as alterações das carreiras, das estruturas organizatórias administrativas e, até, dos vínculos jurídicos geram problemas de sucessão de leis, por vezes de difícil resolução.

Quais as datas em que entraram em vigor – tanto o diploma legal como o estatuto disciplinar – e que principais alterações sofreram ao longo do tempo?

São inúmeros os diplomas que têm como objecto a actividade médica e os seus médicos. Enunciar datas das suas entradas em vigor e das suas alterações é quase impossível. A regulamentação da actividade médica tem muito a ver com o Direito Administrativo, onde reina uma profusão de textos legislativos, alguns deles anteriores ao 25 de Abril de 74. Isto sem falar, nos aspectos penais, civis, societários, laborais e fiscais.

Pode dar-nos uma breve descrição sobre o modo como está regulamentado o atestado médico na legislação e no estatuto disciplinar da Ordem dos Médicos.

O atestado médico tem um tratamento mecanizado no caso de baixas médicas – há um impresso, prevendo várias situações que o médico preenche com cruces. Por outro lado há o atestado/declaração do médico sob juramento, comprovando uma situação de doença que lhe é presente. É deste que trata o artigo 74º do Código Deontológico. Dele deve constar que a emissão foi a pedido do interessado (ou representante legal), a existência de doença, data do seu início, os impedimentos que a mesma provoca e o tempo provável de incapacidade que determina. Não deve aludir especificamente ao mal de que o doente padece, a não ser por solicitação expressa deste.

Em que circunstâncias um médico pode recusar-se a passar um atestado médico?

O atestado é uma declaração do médico comprovativa da ocorrência de uma doença e, como tal, pode ser sempre recusado quando o mesmo importe uma falsa declaração (neste caso, nem sequer se deve colocar o problema da sua emissão) ou uma declaração meramente tendenciosa. Daí que o artigo 75º do Código Deontológico proíba a emissão de atestados de complacência ou relatórios tendenciosos sobre o estado de saúde de qualquer pessoa.

E em que situações é obrigado a passá-lo?

A obrigatoriedade, no sentido de dever de sujeição do médico, não existe. É óbvio que o médico, no desempenho das suas funções, tem o dever de cumprir diversas tarefas, entre as quais o dever de comprovar a ocorrência de doenças quando tal lhe é solicitado por quem tem competência para o fazer (o doente ou o seu representante legal).

O que pode acontecer, legalmente, a um médico que passe um atestado médico inadequado ou indevido?

Para além do crime de falsas declarações, o médico poderá ser objecto de sanções disciplinares (quer face à Ordem dos Médicos, quer face à Administração, no caso de ser funcionário público), e até civis. E é preciso sublinhar que o exercício do poder disciplinar por parte da Ordem dos Médicos coexiste com as outras formas de responsabilidade penal, civil e administrativa. Na verdade, o mesmo facto jurídico pode ser objecto de diversos juízos de censura: se um médico, funcionário público passar um atestado falso, ele comete um crime. Mas também comete uma infracção disciplinar perante a Administração e perante a Ordem. E se a sua conduta causar prejuízos pode ser obrigado a repará-los mediante uma indemnização.

O ATESTADO MÉDICO, NO QUE SE REFERE À DOENÇA, NÃO FAZ PROVA PLENA.

Como podem as autoridades (e que autoridades) provar que o atestado está incorrecto?

Desde logo, a força probatória do atestado médico, no que se refere à doença, não é a de um documento autêntico, pelo que não faz prova plena. Assim, é admissível contraprova, podendo ser requerida, por exemplo, uma junta médica para verificação do diagnóstico constante do atestado. Mais: se alguém falta com base num atestado é possível provar por testemunhas que se encontrava noutra local. O atestado está assim sujeito a um juízo de livre apreciação. As autoridades que podem pôr em causa o atestado são, desde logo, os Tribunais, mas não só. Uma entidade patronal que vê os seus funcionários faltarem com base em "baixa médica" pode, também, requerer uma junta médica para verificação daquela. É claro que não está na livre apreciação da entidade patronal decidir se a doença se verifica ou não. Tal será averiguado pela Junta Médica ou pelo Tribunal. Mas as situações concretas podem ter diferentes recortes: por exemplo, um atestado rasurado pode não ser aceite, como pode ainda a entidade patronal, perante uma baixa em que consta a indicação de que o doente não pode sair de casa, e se este é visto a passar, levantar-lhe um processo disciplinar. Mas

nestas situações a conduta do médico não é posta em causa: quem rasurou o atestado ou quem não respeitou a prescrição médica foi o doente. Diferentes são aquelas situações em que o atestado foi passado sem que o doente tenha comparecido perante o seu médico. Aqui o médico não o deve passar pois não pode jurar que o indivíduo está doente e qual o tempo provável de duração da incapacidade. E caso o emita incorrerá em responsabilidade.

E segundo o Estatuto Disciplinar da Ordem dos Médicos, o que pode acontecer a este mesmo médico "infractor"?

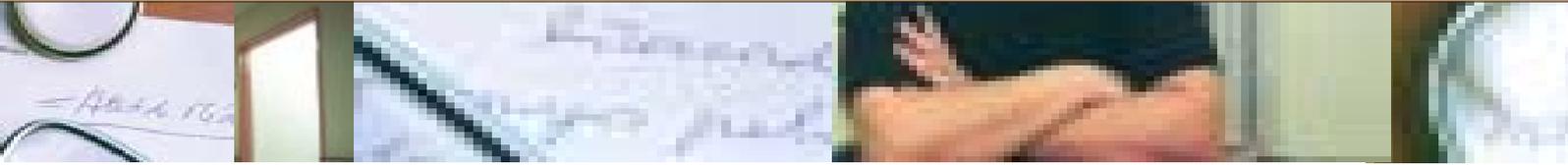
Ao infractor pode ser, como referi, aplicada uma sanção disciplinar pela Ordem dos Médicos. Esta sanção varia consoante a gravidade da infracção e as suas consequências, a culpa do médico, as circunstâncias do caso, os antecedentes profissionais e disciplinares do médico. Abstractamente, as penas previstas no estatuto Disciplinar são, e por ordem crescente de gravidade, a advertência, censura, suspensão até cinco anos e a expulsão. Poderá haver lugar a penas acessórias, como a perda de honorários e a publicidade da pena.

Como é instruído o processo, tanto num caso como no outro? E que tempo médio leva a esclarecer?

A instrução do processo disciplinar, no âmbito da Ordem dos Médicos, inicia-se com uma nota de culpa que é notificada ao médico-arguido. Este poderá responder por escrito requerendo diligências da prova ou de defesa. Uma vez encerrada esta fase escrita, cabe ao instrutor do processo realizar as diligências requeridas, e que sejam pertinentes e não dilatórias, podendo realizar também aquelas diligências que repute convenientes ao apuramento dos factos. Termina o processo com a elaboração da decisão final, sem prejuízo da faculdade de recurso. Em qualquer caso a instauração do processo disciplinar pode ser precedida de um inquérito preliminar. De resto é também este o procedimento seguido no caso do estatuto disciplinar dos Funcionários e Agentes da Administração Central, Regional e Local (DL 24/84, de 16 de Janeiro) que é direito subsidiário em relação ao Estatuto Disciplinar da Ordem dos Médicos. Isto é, se uma determinada questão não tiver resposta no Estatuto Disciplinar dos Médicos aquela será encontrada, com as devidas adaptações, no DL 24/84 ou mesmo nas normas gerais do Direito e do Processo Penal. É que, podendo haver omissões nos textos da Lei, o Direito, no entanto, é um todo ilacunar e por isso a aparente falta de resposta é sempre colmatada dentro do próprio ordenamento jurídico ou de acordo com o espírito do sistema legal.

No âmbito do processo judicial os procedimentos poderão ser muito diferentes até porque a maior parte das vezes a impugnação da validade de um atestado constituiu um incidente no decorrer de um processo.





No caso específico de processo penal por crime de falsas declarações a tramitação alicerça-se nos seguintes passos: inquérito, acusação, instrução, defesa, julgamento e recursos. Depois a configuração concreta da tramitação varia: se há ou não instrução, se há ou não recurso, se há ou não apresentação e contestação escrita, isso cabe ao advogado decidir com o seu cliente.

Quanto ao tempo médio que leva a esclarecer é muito variável. Tudo depende do tipo de processo e das circunstâncias que o rodeiam. Confesso que falar de prazos na prática do aparelho judicial é muito complicado.

Um médico que exerce determinada Especialidade pode passar atestados típicos de outra Especialidade? Por exemplo, um médico não psiquiatra pode passar atestados de incapacidade mental?

Um médico é, antes de tudo, um licenciado em Medicina. As especialidades são um “plus” em relação à formação-base e poderão ser, em certos casos, fundamentais mas não apagam aquela formação. De resto não há sequer a noção de acto médico quanto mais de acto médico especializado. No entanto, a ânsia de que a especialidade prima sobre toda a outra forma de conhecimento é para mim errada. A ideia de que o conhecimento científico deve dividir, fraccionar os problemas e afunilar a preparação é cada vez mais posta em causa pelos próprios cientistas. Para mim – e vejo isso na minha profissão, em que muitos pretendem advogados/especialistas – a aptidão de contextualizar e globalizar é uma qualidade fundamental ao espírito humano. Também o é na Medicina. Não quero com isto afirmar de que não há limites na intervenção médica. Eles existem e são, muitas vezes, ditados pela própria consciência do médico.

UM MÉDICO É, ANTES DE TUDO, UM LICENCIADO EM MEDICINA. AS ESPECIALIDADES SÃO APENAS UM “PLUS” EM RELAÇÃO À FORMAÇÃO-BASE.

No entanto, um atestado não existe apenas para justificar faltas ou pedir adiamentos por motivos de doença. Daí que haja situações em que a intervenção deva ser a de um médico/perito na especialidade em causa. Assim, é óbvio que um médico não psiquiatra poderá atestar que alguém está doente do foro mental. Mas se o objectivo for, por exemplo, averiguar se esse alguém é inimputável, isto é, que tendo assinado um contrato não tenha

capacidade de discernimento, a força de capacidade do médico é tanto maior quanto maior for o reconhecimento dos seus conhecimentos como especialista ou perito. Isto é, para atestar aquela inimputabilidade é conveniente recorrer a um (ou vários) “craques” na matéria. No entanto, não está aqui em causa a validade do diagnóstico mas a sua capacidade de persuasão. Por isso, nestes casos, os atestados deverão ser de especialistas.

Os médicos que exercem medicina tutelada, os Internos Gerais, podem passar atestados?

Todos os actos praticados pelo Interno Geral estão sujeitos a tutela pelo que, em última análise, o mesmo acontece com a passagem de atestados. No entanto, isto não significa que um Interno Geral não possa declarar que uma mãe acompanhou um filho menor à urgência do Hospital e isso, de certa forma, é também um atestado, já que comporta a declaração de doença do seu filho. Bem sei que hoje esse tipo de declaração tende a ser considerada como função administrativa do próprio Hospital, mas no exercício privado da Medicina tal declaração é, normalmente, passada pelo médico.

O que acontece no caso de um Assistente Hospitalar que ainda não tenha requerido o título de especialista à Ordem dos Médicos, pode ou não passar um atestado, restrito ou não, de determinada especialidade?

A obtenção do grau de especialista e o título de especialista são realidades distintas. A obtenção daquele grau, nos termos da legislação dos internatos para efeitos da carreira médica, é reconhecido pela Ordem como conferindo o grau de especialista que, assim, o inscreve como tal. Daí que se o médico pretender mencionar no atestado tal especialidade a mesma tem que estar inscrita na Ordem. Caso contrário, o médico apenas poderá mencionar o seu grau.

Pedia-lhe, por fim, para sugerir uma “minuta” correcta de um atestado médico. Ou mais do que uma se for caso disso.

Não sugiro minutas, sou contra elas e considero extremamente perigoso exercer o Direito com base em minutas. Na minha área de trabalho é comum dizer-se que lidamos com as circunstâncias da vida social, mas a verdade é mesmo essa. Daí que a tentativa de “mecanização” do Direito seja, no meu entender, o modo mais errado de o tratar. É claro que isto, em última análise, levar-nos-ia a uma demorada discussão sobre o que é a ciência e o conhecimento...



PRÉMIO NOBEL DA MEDICINA EM 1999

TRÁFEGO INTRACELULAR DAS PROTEÍNAS

EM 11 DE OUTUBRO DE 1999, O COMITÉ NOBEL ANUNCIOU A ATRIBUIÇÃO DO «PRÉMIO NOBEL EM FISIOLOGIA OU MEDICINA» AO PROFESSOR GÜNTER BLOBEL, DA UNIVERSIDADE ROCKEFELLER, DEVIDO À DESCOBERTA DE QUE «AS PROTEÍNAS APRESENTAM SINAIS INTRÍNSECOS QUE GOVERNAM O SEU TRANSPORTE E LOCALIZAÇÃO NA CÉLULA».



Um grande número de proteínas necessárias para as funções vitais estão constantemente a ser sintetizadas ao nível celular. Estas proteínas têm de ser transportadas para fora da célula ou para diferentes compartimentos da mesma: os organelos. O laureado com o Prémio Nobel de 1999 deu um contributo determinante para a resposta à questão: Como é que as proteínas são transportadas através das membranas dos organelos aos quais se dirigem e como são dirigidas para a sua localização correcta?

Já no início dos anos 70, o Dr. Günter Blobel, de origem alemã, mas a trabalhar nos EUA, tinha descoberto que as proteínas acabadas de sintetizar possuíam um sinal intrínseco (tipo “código postal”) que é essencial para as dirigir até e através da membrana do retículo endoplasmático. Nos vinte anos seguintes, o Dr. Blobel caracterizou em detalhe os mecanismos moleculares subjacentes a estes processos e demonstrou que, do mesmo modo, as proteínas destinadas a outros organelos também possuíam esse tipo de “códigos postais”. Verificou-se que o sistema descrito é universal, estando presente e actuando de modo idêntico nas células de fungos, plantas e animais, e que várias doenças hereditárias huma-

nas são causadas por erros nestes sinais e mecanismos de transporte.

A investigação de Blobel contribuiu, ainda, para o desenvolvimento de um uso mais eficaz das células como “fábricas de proteínas” (por exemplo, para a produção de insulina).

VÁRIAS FUNÇÕES IMPORTANTES

Um humano adulto possui aproximadamente 100 mil biliões de células. Uma célula contém vários organelos, cada um rodeado por uma membrana, especializados na realização de diferentes tarefas. Cada célula contém aproximadamente um bilião de moléculas proteicas. As diferentes proteínas têm um grande número de funções importantes. Algumas constituem a matéria-prima para a construção da célula, enquanto outras, por exemplo, funcionam como enzimas, catalisando milhares de diferentes reacções químicas. As proteínas celulares estão constantemente a ser degradadas e re-sintetizadas.

COMO É QUE AS PROTEÍNAS ATRAVESSAM AS “BARREIRAS”?

Foi durante muito tempo uma incógnita o modo como as grandes proteínas atravessavam as membranas dos organelos, pois estas são de natureza lipídica e apresentam-se altamente “seladas”. Também não se conhecia também como é que as novas proteínas se dirigiam para as suas localizações correctas na célula.

Günter Blobel resolveu ambas as questões. Nos finais dos anos 60 juntou-se à famosa equipa de biologia celular dirigida por George Palade, no Rockefeller Institute, em Nova Iorque. Aqui, durante duas décadas, os cientistas tinham estudado a estrutura da célula e os princípios para o transporte de proteínas para fora da mesma. Este trabalho garantiu a George Palade o Prémio Nobel em Fisiologia ou Medicina de 1974 (que repartiu com os belgas Albert Claude e Christian de Duve).

“A HIPÓTESE DE SINAL”

O trabalho de Blobel seguiu a tradição do laborató

rio de Palade. Em particular, Blobel estudou como é que uma proteína sintetizada de novo, destinada a ser transportada para fora da célula, é endereçada ao retículo endoplasmático. Em 1971 ele formulou uma primeira versão da “hipótese de sinal”, segundo a qual as proteínas secretadas para fora da célula continham um sinal intrínseco que as dirigia até às membranas e as governava na respectiva travessia.

Com base em experiências bioquímicas, Blobel descreveu em 1975 os vários passos destes processos. O “sinal” consiste numa pequena sequência peptídica que faz parte integrante da proteína. Também sugeriu que a proteína atravessa a membrana do retículo endoplasmático através de um canal (figura).

Nos vinte anos seguintes, Blobel e a sua equipa caracterizaram passo-a-passo os detalhes moleculares destes processos. Acabou por se demonstrar que a “hipótese de sinal” era não apenas correcta, mas também universal: isto é, os processos operam do mesmo modo em fungos, plantas e células animais.

“CÓDIGOS POSTAIS”

Em colaboração com outros grupos de investigação, Blobel depressa verificou que as proteínas que se dirigiam a outros organelos intracelulares possuíam idênticos sistemas de endereçamento. Com base nos seus resultados, em 1980 formulou vários princípios gerais para o endereçamento de proteínas a compartimentos celulares particulares. Cada proteína transporta na sua estrutura a informação necessária para especificar a sua localização apropriada na célula. Sequências específicas de aminoácidos (“sinais topogénicos”) determinam se a proteína passará a membrana até um determinado organelo, se ficará integrada nessa membrana ou se será exportada para fora da célula.

Múltiplos sinais que orientam as proteínas até às diferentes partes da célula têm sido identificados, mos-

trando que os princípios formulados por Blobel estavam correctos. Estes sinais podem ser comparados a “etiquetas de endereços” ou “códigos postais” que asseguram que a bagagem atinge o destino ou a carta atinge o seu destinatário. Estas sequências de sinal são, de facto, uma pequena cadeia de aminoácidos presente numa das extremidades da cadeia proteica, ou às vezes localizada dentro da proteína.

SIGNIFICADO DA DESCOBERTA DE GÜNTER BLOBEL

A descoberta de Blobel tem tido um enorme impacto na biologia celular. Quando uma célula se divide, são sintetizadas grandes quantidades de proteínas e formam-se novos organelos. Se a célula está a funcionar correctamente, as proteínas devem dirigir-se às suas localizações adequadas. A investigação de Blobel aumentou consideravelmente a compreensão sobre os mecanismos que governam estes processos.

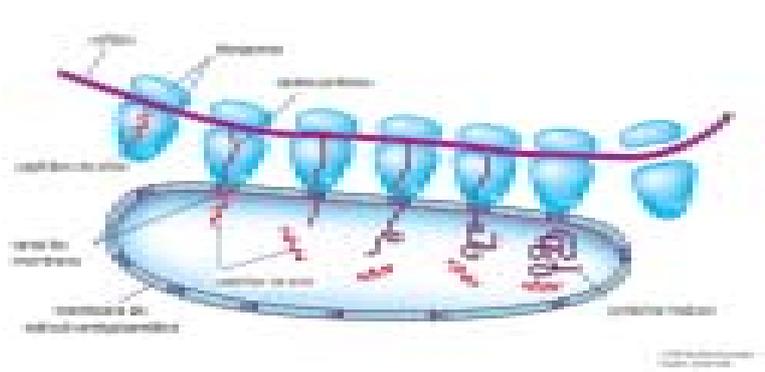
A investigação de Blobel tem ajudado, ainda, a explicar os mecanismos moleculares subjacentes a várias doenças genéticas. Se um sinal topogénico se altera, a proteína pode terminar por se localizar num sítio errado da célula. Por exemplo, nalgumas formas de hipercolesterolemia familiar os níveis elevados de colesterol no sangue devem-se a sinais de transporte deficientes. Outras doenças hereditárias, por exemplo a fibrose cística, são causadas pelo facto de as proteínas não atingirem o seu destino adequado.

APLICAÇÕES FUTURAS

Num futuro próximo, todo o genoma humano será mapeado. Como resultado, poder-se-á deduzir a estrutura e os sinais topogénicos das proteínas. Este conhecimento aumentará a compreensão dos processos que levam a doença e pode ser usado para o desenvolvimento de novas estratégias terapêuticas. Actualmente, várias proteínas de uso terapêutico (por exemplo, insulina, hormona de crescimento, eritropoietina e interferon) são produzidas por bactérias, mas certas proteínas humanas podem obrigar ao recurso a células mais complexas (por exemplo, fungos). Com a ajuda da engenharia genética, os genes dessas proteínas poderão ser fornecidos com sequências que codificam os sinais de transporte e as células com os genes assim modificados podem, então, ser usadas eficientemente como “fábricas de proteínas”.

O conhecimento do processo de endereçamento das proteínas às diferentes partes da célula possibilitará, também, o desenvolvimento de novos fármacos especificamente endereçados a um determinado organelo. Além disso, a capacidade de reprogramar as células de um modo específico também será importante para a futura terapêutica genética.

“HIPÓTESE DE SINAL”. AS PROTEÍNAS SÃO SINTETIZADAS PELOS RIBOSSOMAS, ASSOCIADOS AO RETÍCULO ENDOPLASMÁTICO. A INFORMAÇÃO GENÉTICA CONTIDA NO ARN MENSAGEIRO DETERMINA A SEQUÊNCIA DOS AMINOÁCIDOS NA PROTEÍNA. PRIMEIRO, FORMA-SE UM SINAL PEPTÍDICO COMO PARTE DA PROTEÍNA. COM A AJUDA DE PROTEÍNAS DE LIGAÇÃO, O PEPTÍDEO DE SINAL DIRIGE O RIBOSSOMA PARA UM CANAL DO RETÍCULO ENDOPLASMÁTICO. A CADEIA DA PROTEÍNA EM FORMAÇÃO PENETRA NO CANAL, O SINAL PEPTÍDICO SOFRE CLIVAGEM E A PROTEÍNA COMPLETA É LIBERTADA NO LUMEN DO RETÍCULO ENDOPLASMÁTICO, SENDO SUBSEQUENTEMENTE TRANSPORTADA PARA FORA DA CÉLULA. (FONTE: [HTTP://NOBEL.SDSC.EDU/ANNOUNCEMENT-99/MEDICINE99.HTML](http://NOBEL.SDSC.EDU/ANNOUNCEMENT-99/MEDICINE99.HTML))



PRÉMIO NOBEL DA PAZ EM 1999



Era uma vez quatro médicos franceses: Xavier Emmanuelli, Bernard Kouchner, Claude Malhuret e Rony Brauman. Em 1971 estavam todos em missão no Biafra. Trabalhavam na Cruz Vermelha Internacional mas não viam com bons olhos a maneira silenciosa como esta organização trabalhava. Já há muito estava estabelecido, primeiro tácita depois explicitamente, que à Cruz Vermelha era permitido actuar em cenários de guerra e drama, em troca do silêncio perante o mundo exterior do que lá vissem. Nenhum destes quatro médicos aceitou a regra de que o silêncio era de ouro perante os dramas, os genocídios e o sofrimento. Diziam que o silêncio era cúmplice e não aceitavam ter que ficar calados perante o que viam no Biafra. Por isso criaram a primeira organização não governamental de médicos com fins humanitários - os "Médicos Sem Fronteiras" (MSF).

Tal como não se calaram no Biafra, não se calaram depois perante cenários de guerra e dor em todos os continentes por onde passaram. A vontade de testemunhar os horrores a que assistiam encontrou uma formidável resposta por parte dos jornalistas. Ao longo dos anos nunca faltou um poderoso eco mediático aos alertas e às acções dos "french doctors".

Trouxeram também a discussão sobre o direito e o dever de ingerência, de tal modo que chegaram a ser acusados de confundir humanitarismo com mediatismo, quando o objectivo anunciado era fazer conhecer à opinião pública as dramáticas consequências médicas e sanitárias dos principais conflitos do planeta.

Para além da lenda que reveste a organização, não pode ser esquecida a eficácia das acções conduzidas pelos MSF, bem como a coragem e o desinteresse dos voluntários que deram corpo à organização. Por isso, o Comité do Nobel de 1999 decidiu atri

A ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL "MÉDICOS SEM FRONTEIRAS" FOI GALARDOADA EM 1999 COM O PRÉMIO NOBEL DA PAZ, PELO PIONEIRISMO DA ORGANIZAÇÃO E PELA AJUDA HUMANITÁRIA PRESTADA EM TODOS OS CONTINENTES. SEM PAPAS NA LÍNGUA E DESTEMIDOS, OS SEUS FUNDADORES – QUATRO MÉDICOS FRANCESES QUE ESTAVAM EM MISSÃO HUMANITÁRIA NO BIAFRA, AO SERVIÇO DA CRUZ VERMELHA INTERNACIONAL – ENCONTRARAM ADEPTOS DO ESPÍRITO DA ORGANIZAÇÃO EM TODO O MUNDO. ÉSTAS PÁGINAS DÃO CONTA DO QUE PODE SE FAZER PARA QUE O MUNDO SEJA MENOS DESIGUAL.

buir a esta organização o galardão da paz. Com o seguinte discurso: «O Comité Norueguês do Nobel decidiu atribuir o prémio Nobel da Paz aos Médicos Sem Fronteiras, em reconhecimento do pioneirismo da organização no trabalho humanitário nos diversos continentes. Desde a sua fundação, no início dos anos 70, os MSF aderiram ao princípio de que todas as vítimas de desastres, tanto originados naturalmente como os que tem origem no homem, têm o direito a assistência profissional, dada tão rápida e eficientemente quanto possível. Fronteiras geográficas, circunstâncias políticas e simpatias não devem ter influência em quem vai receber ajuda humanitária. Mantendo um alto grau de independência, a organização teve sucesso em dar vida a estes ideais.

Por terem intervenções tão rápidas, os MSF chamam a atenção do mundo para as catástrofes humanitárias e, e ao apontar as causas dessas catástrofes, a organização ajuda a dar corpo a um opinião pública que se oponha aos abusos de poder. Nas situações críticas, marcadas pela violência e brutalidade, o trabalho humanitário dos MSF facilita a criação por parte da organização de contactos entre as partes que se opõem. Ao mesmo tempo, cada destemido e auto-sacrificado membro da organização mostra a cada vítima uma face humana, afirma-se no respeito pela dignidade dessa pessoa, e é uma fonte de esperança para a paz e reconciliação.»

“Este movimento foi político desde o início. A tradição era médica, o gesto era médico, mas tivemos que convencer as pessoas de que as fronteiras não



TODAS AS VÍTIMAS DE DESASTRES, NATURAIS OU COM ORIGEM NO HOMEM, TÊM O DIREITO A ASSISTÊNCIA PROFISSIONAL.

podem esconder condutas miseráveis e o sofrimento” – reagiu Bernard Kouchner, um dos fundadores.

Algumas secções dos MSF organizam sessões de esclarecimento regulares para as pessoas que estão interessadas em tornar-se voluntárias. Se um médico português estiver interessado tornar-se voluntário, deve contactar a secção mais próxima - neste caso a espanhola.

Geralmente, é uma vantagem ter já alguma experiência em viver ou trabalhar em diferentes contextos culturais. Os MSF operam com equipas internacionais, e é bom ter conhecimentos de inglês e/ou francês; assim como é importante haver uma segunda e terceira língua, tais como espanhol, russo, árabe, chinês ...

Um candidato que seja aceite é, normalmente, con-



vidado a fazer um curso introdutório, e depois fica à espera da primeira missão apropriada. Não há limite de idades para voluntários, mas o trabalho humanitário é muito exigente a nível profissional, e por isso não são aceites os estudantes.

Normalmente, os MSF andam à procura de profissionais de saúde, administradores e pessoal logístico. Entre os profissionais de saúde, os MSF recrutam clínicos gerais, enfermeiros, cirurgiões, anestesistas e outros especialistas em áreas como medicina tropical, saúde pública ou epidemiologia. Noutros projectos, são precisos técnicos de laboratório e outros voluntários paramédicos.

A flexibilidade é um factor importante. O período normal de missão são seis meses. Em determinadas emergências são necessários alguns especialistas que são enviados por menos tempo – pode ir até 3 meses. Um administrador pode ficar numa determinada cidade capital por um ano, e os voluntários de todos os perfis estendem muitas vezes os seus seis meses para mais três, antes de serem rendidos por outro voluntário ou antes da missão acabar.

Os voluntários são cobertos por um seguro durante o período de missão. O seguro inclui cobertura em caso de repatriação médica, doença ou morte. A organização paga também todos os custos associados à missão dos voluntários – o bilhete de volta do país da missão ao país de origem, custos de viagem e despesas de representação enquanto em missão. Os voluntários são responsáveis apenas pelas despesas pessoais, como recordações ou revelação de fotografias.

É também paga uma pequena indemnização aos voluntários. A quantia varia de secção para secção, e de acordo com os anos de experiência de campo que o voluntário tem com trabalho humanitário. Os companheiros e famílias acompanham, algumas vezes, os voluntários em missão. É uma ocorrência rara, que depende sobretudo do nível de segurança do país da missão. Cada pedido de acompanhamento é decidido numa base individual pela secção responsável pelo projecto. Muitas vezes, podem ser encontradas missões em que ambos os companheiros podem ser qualificados para trabalhar para os MSF.

Mais informações podem encontrar-se na internet, na página <http://www.msf.org>.



UMA HOMENAGEM DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA E MEDICINA MATERNO-FETAL DO HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO, NO PORTO, A CUJOS QUADROS PERTENCIA NA ALTURA DO SEU ASSASSINATO.

RICARDO MARQUES, A MORTE DE UM MÉDICO PORTUGUÊS AO SERVIÇO DOS MÉDICOS SEM FRONTEIRAS.

Ricardo Marques, médico, 36 anos, ginecologista. Natural de Guimarães, pertencia aos quadros do Serviço de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal do Hospital de Santo António, no Porto. Em 1997 pediu licença e foi, enquadrado numa missão dos MSF, para a segunda cidade da Somália. O objectivo era criar um departamento de Ginecologia e Obstetrícia no Hospital de Baidoa. Ricardo Marques cumpriu a missão, mas saiu da Somália sem vida. Foi assassinado, com três tiros pelas costas. “As mãos que curavam foram silenciadas pelas mãos que matam”.

Ricardo Marques partira em Maio. Não era a primeira vez que participava em missões de cariz humanitário em África, que conhecia muito bem, no exercício da sua vontade de ajudar os povos mais carenciados e na sua tentativa permanente e pessoal de modificar o mundo, consciente das dificuldades e dos riscos que corria.

Já terminada a missão, mas ainda em plena actividade profissional, foi assassinado na cidade de Baidoa, a duzentos quilómetros da capital Mogadischio. Era sexta-feira, de manhã, dia 20 de Junho. Partiria para Portugal três dias depois, data em que foi a sepultar no Cemitério da Atouguia, em Guimarães, ao fim da tarde.

Adil Younis, paquistanês, era o médico que iria render Ricardo Marques na missão em Baidoa. Na sua chegada à Somália, e no primeiro dia, Younis foi com Ricardo Marques visitar o Hospital. Nessa altura Ricardo foi alvejado, primeiro à distância, depois de bem perto. “Foi muito claro que estavam a alvejá-lo intencionalmente, ele era um alvo, ninguém sabe porquê”, relatou Younis. Prostrado junto ao corpo de Ricardo, Younis pensou que era o seguinte a ser assassinado. Mas deixaram-no ir. E todos os MSF foram evacuados da Somália e recolocados em Nairobi, no Quênia. “Como médico, não posso aceitar que eu estava mesmo ao lado dele e era impotente para salvá-lo”, desabafou o paquistanês.

A sua morte consternou o Mundo. Nas palavras da mãe, ressentiu-se a dor: “Não era divino, sei, mas era humano, solidário, fraterno. E prezava os outros homens mais do que a si mesmo. Deu-lhes,

sem distinção, repouso, o seu saber, a sua juventude, a sua alma toda, a sua vida, ainda em promessa. E foi assim, lá longe, longe do regaço que o embalou para ser feliz, na região mais inóspita deste atribulado planeta, injustiçado”.

Mas talvez Ricardo Marques tenha sentido a felicidade, a verdadeira, como ele um dia a definiu, numa entrevista a um jornal em 1998: “Poder ouvir o canto das sereias sem ter que ser amarrado ao mastro”.

nortemédico Texto Luisa Pinto

CONGRESSO DA SPT NA CASA DO MÉDICO

A Casa do Médico recebeu, entre os passados dias 4 e 6 de Novembro, o V Congresso da Sociedade Portuguesa de Transplantação (SPT). Neste V Congresso, a SPT contou com a colaboração de outras sociedades científicas, tais como a Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado e as Sociedades Brasileira e Catalã de Transplantes. Mas também as estruturas do Ministério da Saúde marcaram presença com a participação da Organização Portuguesa de Transplantação e Lusotransplante.

O programa integrou temas de grande actualidade, de interesse não só para os profissionais de saúde que se dedicam à Medicina de Transplantação mas também para a classe médica em geral. O simposium "20 Anos de Transplantação" reuniu personalidades nacionais de relevo nesta actividade, que foram pioneiras em Portugal, e também palestrantes estrangeiros de reconhecido prestígio internacional, por forma a ser possível a comparação com outros modelos e experiências nesta área da Medicina.

Em debate estiveram temas específicos como a distribuição e órgãos (os modelos, critérios e consensos), a evolução dos Enxertos Renais, os casos de Dadores vivos não aparentados, quem pode ser dador e quem deve ser receptor num transplante hepático, as especificidades do transplante da córnea, bem como temas mais genéricos como a evolução e o estado actual do registo nacional do Não Dador ou a situação actual e as perspectivas futuras do transplante no Brasil.

A actividade científica desta reunião será divulgada, pela primeira vez, numa revista de difusão mundial – a "Transplantations Proceedings" – agora também órgão oficial da Sociedade Portuguesa de Transplantação.

O DR. JOSÉ TEIXEIRA FOI O PRESIDENTE DA ORGANIZAÇÃO DO V CONGRESSO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE TRANSPLANTAÇÃO.



ATÉ DEZEMBRO DE 1998 FORAM EFECTUADOS 4062 TRANSPLANTES RENAI, 544 HEPÁTICOS E 161 CARDÍACOS

A CASA DO MÉDICO ACOLEU O V CONGRESSO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE TRANSPLANTAÇÃO (SPT). A CASA DO MÉDICO TEM EXCELENTE CONDICÕES PARA A REALIZAÇÃO DE EVENTOS CIENTÍFICOS. O SEU SALÃO NOBRE TEM 240 LUGARES E PODE DISPOR DE VÁRIAS SALAS DE APOIO, NOMEADAMENTE PARA SECRETARIADO.

COMO MATERIAL DE APOIO, DISPÕE DE: CABINE DE AUDIOVISUAIS COM EQUIPAMENTO DE PROECÇÃO DE DADOS DE COMPUTADOR, DE IMAGEM A PARTIR DE LEITOR DE VÍDEO OU TV, ASSIM COMO DE IMAGEM DE PAPEL, TRANSPARÊNCIAS OU DE OBJECTOS A PARTIR DA MESA; COMPUTADOR COM PROCESSADOR PENTIUM E COM LEITOR DE CD-ROM; PROECÇÃO DE DIAPOSITIVOS SIMPLES OU DUPLOS COM POSSIBILIDADE DE LIGAR COMPUTADOR PORTÁTIL NA CABINE OU NA MESA; RELÓGIO CONTA-MINUTOS ACCIONADO DA MESA PARA CONTROLO DO TEMPO; CENTRAL DE SOM COM POSSIBILIDADE DE DISTRIBUIR O SOM PELO SALÃO NOBRE E/OU GALERIA E/OU ÁTRIO; MICROFONE PRIORITÁRIO PARA MODERADOR; MICROFONES DE LAPELA; MESA DE PRESIDÊNCIA EM 2 OU 5 MÓDULOS; TELA DE RECOLHER COM 4,8 M DE LARGURA.

ALÉM DE UM ESPAÇO MODERNO E BEM EQUIPADO, INSERIDO NUM LOCAL APRAZÍVEL E COM FACILIDADE DE ESTACIONAMENTO, A CASA DO MÉDICO APRESENTA EXCELENTE CONDICÕES DE ALUGUER.





HELENA HOMEM DE MELO É DIRECTORA DO SERVIÇO DE RADIOLOGIA DO HOSPITAL DE SANTO TIRSO E DEDICA-SE À ESCULTURA EM FERRO DESDE HÁ DOIS ANOS. TEVE PATENTE UMA EXPOSIÇÃO INDIVIDUAL “MEMÓRIAS” NA CASA DO MÉDICO NO PASSADO DO MÊS DE MAIO, OUTRA NO FINAL DE OUTUBRO, DURANTE O CONGRESSO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE ALERGOLOGIA E IMUNOLOGIA CLÍNICA (SPAIC), E CONTINUA A ENTREGAR-SE, DE CORPO E ALMA, ÀS TRÊS “PROFISSÕES” QUE ABRAÇOU: A DE MÃE, DE MÉDICA E DE ARTISTA. NESTA ORDEM, SEM PRECONCEITOS.



Porque os médicos podem ser, e são-no muitas vezes, artistas, a Casa do Médico abre as suas portas às mostras dos criadores, mais ou menos experientes, mas sempre, sempre, artistas de grande peso, se a medida usada for a dedicação e o carinho que devotam à sua arte. É o caso de Helena Homem de Melo. Licenciada em 1985, é escultora desde há apenas dois anos. O tempo suficiente para quem sabe dizer ter encontrado um grande escape para o frenesim do dia a dia — esculpir o ferro — e para dar o salto do diagnóstico de doenças para o universo do sonho e da criatividade.

Helena Homem de Melo partilha os minutos da sua vida entre o Hospital de Santo Tirso, onde dirige o Serviço de Radiologia, o seu consultório particular, o tempo dedicado à família... e por entre toneladas de ferro-velho, onde procura matéria-prima para a sua arte, numa extensa sucata.

Helena aprendeu a fazer arte a partir do lixo. Primeiro canaliza o seu tempo para procurar peças; depois imagina-as juntas e “vê” um resultado final. Mas a sua arte não se resume a estes singelos tópicos. Porque a alegria que imprime às suas peças quando está a trabalhar, ou quando simplesmente se refere a elas, num discurso límpido e emocionado, sente-se o entusiasmo e a imaginação a serem absorvidos por todos os poros do seu corpo.

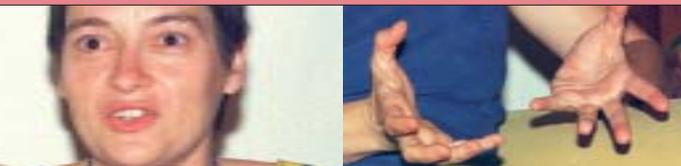
Tudo começou quando, há dois anos atrás, o mari-

ARTE A

do, também médico, lhe ofereceu um ferro de soldar como prenda no Dia da Mãe. “Eu fiquei muito contente e surpreendida por ter uma prenda tão grande. Mas depois vi que era uma máquina de soldar com todos os apetrechos, luvas, fios, eléctrodos e fiquei irritadíssima... achei que aquilo não era um prenda para uma mulher, uma mãe”, conta a médica-escultora. “As minhas filhas ficaram tristíssimas. ‘Coitadinho do pai que andava com a caixa no carro há 3 dias’, disseram-me elas. Mas logo nesse primeiro dia, estávamos em Avanca, onde moram os meus sogros, numa casa de campo com um quintal enorme, e o meu marido foi recolher o ferro-velho que havia lá na garagem do meu sogro. E começou a construir. Eu, como sou muito engenhoca e gosto de imaginar coisas, aproximei-me e comecei a achar aquilo muito interessante. Nasceu a primeira peça — o Pastor —, que foi concebida pelos cinco”. Os cinco são a Helena, o Herländer, e as três filhas, de sete, dez e treze anos. Foi a primeira de muitas emoções sucessivas. Depois de descobrir, numa tarde ensolarada, os objectos que podia criar apenas recolhendo o lixo, Helena fez a maior das descobertas. Que podia canalizar as energias do seu corpo franzino a modelar ferro e a criar, dando azo, de uma nova forma, à sua intensa criatividade e imaginação.

Desde o momento em que participou na construção do “Pastor”, peça que percorreu algumas exposições mas que sempre volta ao seu sítio de origem — a entrada do seu quarto — a sua vida mudou. “A partir daí comecei a ir às feiras de velharias ao fim-de-semana, na Torreira, e a trazer chaves velhas, parafusos, tudo quanto possa imaginar. Mas eram materiais muito pequenos que não me permitiam substrato para construir. Entretanto, o meu pai falou-me de uma sucata em Ovar, uma coisa a perder de vista, e desde que fui à sucata revolucionei a minha vida.”. E a vida revolucionou-se de tal forma que a espiral de criatividade não parava de crescer. “Comecei a comprar muito ferro. O Herländer de início soldava-me as peças, mas comecei a comprar ferro muito grosso tanto que a máquina que me ofereceram já não servia. Tive que arranjar um soldador”.

É a própria médica que relata, emocionada, aquela que define ser uma “história curiosa”. “Foi do nada que tudo surgiu, mas fiquei tão apaixonada! Achei que era tão interessante criar... eu não sei desenhar



FERRO E FOGO

mas sei imaginar, de modo que não parei nunca mais de imaginar peças. E a construir um puzzle de coisas duras e pesadas que me permite fazer o que me vem à cabeça. Precisei de uma mesa, fiz uma mesa, precisava de cadeiras, fiz cadeiras... depois começaram a surgir as peças", relata. As

obras surgiram em catadupa, num ritmo alucinante que provocou as queixas dos familiares. "Apaixonei-me de uma forma doentia, de tal modo que de início não era bem compreendida pela família toda", admite. E explica: "Trabalho muito no hospital e no consultório, mas também preciso de tempo para a escultura. À semana não podia, por causa das miúdas, mas ao sábado ia comprar o material e ao domingo soldava-o. Foram fins-de-semana sucessivos em que eu estava ali no meio do ferro. A minha mãe chegou a dizer-me "estás a ficar louca". Depois eram as miúdas a reclamar a falta da mãe... mudei de estratégia. Trabalhava aos fins-de-semana, na aldeia, onde tenho um atelier e onde as miúdas iam estando por lá e dando os seus palpites. E à noite, depois delas se deitarem, começava a trabalhar às 10 horas e acabava às três da manhã. Andei um mês a dormir três a quatro horas... cansei-me

HELENA HOMEM DE MELO NASCEU EM 1961 EM VILA COVA, À COELHEIRA, E VIVEU EM MOÇAMBIQUE ATÉ AOS TREZE ANOS. LICENCIOU-SE EM MEDICINA EM 1985, SENDO ACTUALMENTE DIRECTORA DO SERVIÇO DE RADIOLOGIA DO HOSPITAL DE SANTO TIRSO. MUITO APRECIADORA DE ARTE, NAS SUAS MAIS DIVERSAS VALÊNCIAS, É AUTODIDACTA.



um bocado a preparar a exposição individual para a Ordem dos Médicos.”

O ritmo abrandou mas o entusiasmo não esmoreceu. Depois da exposição individual na Casa do Médico, onde expôs as suas memórias de viagens, da experiência da maternidade, a vida e a cor, Helena continua com os seus planos. Sem pôr de lado a arte de esculpir — que lhe permitiu, para além do tirar gozo do simples acto de criar, dar prendas aos amigos e decorar a casa — a médica irá dar seguimento a outros projectos e outras formas de arte que já tem vindo a trabalhar, de forma mais ou menos concomitante.

Pelo seu apartamento tem espalhadas não só esculturas mas também pinturas da sua autoria, que dão à habitação uma paleta de cores que se prendem a qualquer retina, assim que se passa a soleira da porta.

Anda às voltas com a vontade de fotografar e com a escrita de um livro. “Quero escrever um livro de crónicas a retratar alguns dos meus doentes. Nós passamos pouco tempo com cada paciente — entre cinco minutos a um quarto de hora — porque os exames são curtos. Mas mesmo nesse pouco tempo eu encontro doentes muito interessantes, que me marcam muito... E quero contar as histórias desses doentes. Histórias muito curtas de pessoas que me marcaram, que me fizeram rir e chorar, me fazem pensar e me dão muitas lições”. Levantando um bocadinho o véu: a história de uma freira que encontrou a liberdade num convento, a história de uma jovem de doze anos auto-emancipada, que se atirou à vida na rua, tendo fugido de um colégio de re-inserção na busca da felicidade...

“As minhas funcionárias às vezes pensam que eu sou maluca, porque no fim das consultas peço um bocadinho de tempo para escrever à pressa a história que acabei de ouvir. Tenho que aproveitar a emoção do momento, senão depois esqueço-me”, explica Helena.

nortemédico Texto **Luisa Pinto** • Fotografia **António Pinto**

SOBRE “ÁFRICA”, A PEÇA QUE DOOU À ORDEM DOS MÉDICOS, EM MAIO DE 1999, E QUE PODE SER APRECIADA NOS JARDINS EXTERIORES DO EDIFÍCIO DA SECÇÃO REGIONAL DO NORTE, HELENA HOMEM DE MELO ESCREVEU:

“SOMOS UM POUCO FILHOS DA TERRA QUE PISAMOS.

EM ÁFRICA BRINQUEI DE PÉS DESCALÇOS, COM CRIANÇAS DE TRANÇAS E SORRISOS NOS LÁBIOS. PARTILHAVA LANCHES, CANÇÕES, DIAS E NOITES, CADERNOS E DEVERES. PRETAS, MULATAS, BRANCAS, QUE ME INTERESSAVA? SE OS ADULTOS SOUBESSEM SER CRIANÇAS, POUCO SE IMPORTARIAM COM PIGMENTOS.

EM ÁFRICA APRENDI A VIVER COM OS OUTROS, TALVEZ PORQUE O CALOR NOS FIZESSE SAIR MAIS À RUA TODOS OS DIAS. APRENDI A GOSTAR DE TER AMIGOS, POIS SABIA QUE PODIA CONTAR COM ELES.

QUE MÁGOA EU TENHO POR NÃO VOS PODER DAR A MINHA INFÂNCIA, FILHAS DO MEU CORAÇÃO! AQUI NA CIDADE, FALTAM PAPIAIS, NÃO HÁ CAPIM E OS PRÉDIOS ENCOBREM O CORAÇÃO DA TERRA. NÃO HÁ SEIOS CAÍDOS NEM TEMPO PARA DORMIR A SESTA. ÁFRICA MINHA, TÃO LONGE VAIS!

É ESTA A MINHA HOMENAGEM POR ME TERES DEIXADO SER CRIANÇA TODOS OS DIAS.”



GOLFE:

A calma, o lazer e o desporto, sempre em contacto com o melhor que a natureza oferece, fazem do golfe uma modalidade aliciante e saudável. Os praticantes falam deste desporto de uma forma apaixonada, mas o melhor é fazer uma visita a um campo de golfe e experimentar uma pancada. A sensação é magnífica e a paisagem invariavelmente deslumbrante.

Há quem diga que o golfe começou na Holanda, mas a maioria aponta a Escócia como o berço desta modalidade. E, na verdade, o primitivo golfe jogado pelos escoceses é em muito semelhante ao que se pratica hoje em dia. Os primeiros links — campos à beira mar que aproveitam o ondulado natural das dunas — apareceram na Escócia, onde os pastores se divertiam a procurar uma bola sobre os prados verdes e as dunas de areia.

Os percursos do golfe podem apresentar aspectos muito diferentes, consoante o relevo natural do espaço em que se implantam, mas também condicionados pela maior ou menor intervenção humana na sua preparação. Para iniciar o contacto com o desporto, a maioria dos clubes oferecem todas as informações e as aulas necessárias à aprendizagem, veiculada por um profissional da modalidade. Alguns clubes dispõem também de campos de treino. À partida não vai precisar de equipamento específico; os campos dispõem quase sempre do material de jogo, fornecido gratuitamente ou alugado.

Algumas destas instalações recomendam que não seja usado certo tipo de vestuário, como calças de ganga, camisolas de alças, calções curtos, etc.. Estas determinações devem ser encaradas como regras de etiqueta relacionadas com as tradições de jogo e como tal cumpridas. Se depois dos primeiros swings — movimentos que antecedem as pancadas numa bola em jogo — ficar rendido aos encantos desta modalidade, tem sempre a possibilidade de se tornar sócio do clube onde a pretende praticar mais assiduamente.

A direcção de alguns campos de golfe oferece a possibilidade de o sócio se tornar accionista do clube. A jóia de inscrição toma forma de acção, que pode ser transaccionada aquando da rescisão da proposta de associado. Os cônjuges e filhos dos

SWINGS, CADDIES, TEES, GREENS, STROKE, HANDICAPS, BUNKERS... OU ENTÃO PARES, BOLAS, TACOS, LINHAS DE ÁGUA... PODE NÃO ESTAR FAMILIARIZADO COM A MAIOR PARTE DESTES VOCÁBULOS, MAS SE ACEITAR A SUGESTÃO DE VIAJAR ATÉ UM DOS CAMPOS DE GOLFE DO NORTE DO PAÍS, PODE APRENDER O SIGNIFICADO DESTAS PALAVRAS CONTACTAR DIRECTAMENTE COM A NATUREZA, ENQUANTO PRÁTICA EXERCÍCIO FÍSICO E USUFRUI DE UM SALUTAR CONVÍVIO SOCIAL.

OS CAMPOS DE GOLFE SÃO INVARIAVELMENTE LUGARES APRAZÍVEIS, ONDE PODE PRATICAR UM DESPORTO MUITO ESPECIAL, EM QUE A IDADE POUCO PESA.

PANCADA CERTEIRA

sócios são também alvo de preços mais reduzidos nas quotas anuais.

O equipamento necessário à prática do golfe pode ser adquirido nas instalações de qualquer clube. Praticamente todos eles possuem uma Proshop, uma loja onde pode ser comprado todo o tipo de material indispensável ao jogo e alusivo à modalidade. Por cerca de 200 mil escudos pode adquirir um jogo de tacos que lhe pode durar a vida inteira. Numa primeira abordagem ao jogo algumas outras determinações podem fazer confundir o iniciado, por exemplo no que respeita à etiqueta do jogo – conjunto de normas de sã convivência dentro de um campo de golfe. Não falar alto, reparar os estragos causados nos relvados, colocar-se sempre atrás de quem se encontra a jogar, constituem algumas dessas determinações a respeitar escrupulosamente.

«Numa primeira fase pode não ser muito relaxante porque há aquele stress de lutar contra a bola, que nunca vai para onde nós queremos... mas depois é do melhor!», disse-nos um praticante. Resta agora experimentar...

Quando o iniciado se tornar um verdadeiro golfista, e praticar a modalidade assiduamente, pode rapidamente saber qual é o handicap em que se insere — a classe do jogador. Em alguns torneios são impostos handicaps mínimos, mas normalmente jogadores de diferentes handicaps podem confrontar-se e terem possibilidades de vitória equilibradas, o que é uma característica de muito poucas modalidades...

PONTE DE LIMA

Na aristocrática Vila de Ponte de Lima surge um espaço com condições únicas para o desporto, o lazer e o descanso. Com um traçado tão agradável para os amadores como exigente para os profissionais, o Clube de Golfe de Ponte de Lima apresenta um circuito de duas voltas, de nove buracos cada, com início e fim na Clubhouse, um antigo solar minhoto maravilhosamente recuperado. Este campo tem ainda a particularidade de apresentar diferentes comprimentos de circuito, conforme os praticantes sejam do sexo feminino ou do sexo masculino. Densamente arborizado e polvilhado de lagos, há uma grande facilidade de concentração que só é perturbada pelo chilrear das variadas espécies de pássaros que lhe tingem o céu.

O Golfe de Ponte de Lima está ainda a desenvolver um Clube Residencial, oferecendo a possibilidade, aos sócios ou não, de adquirir um apartamento, integrado num aldeamento turístico de grande qualidade. Alternativamente é possível adquirir um lote de terreno para construção de uma moradia com projectos próprios, os quais devem apenas respeitar as normas de construção do empreendimento. De salientar que todo este empreendimento turístico tem vista directa para o campo de golfe. Devido à sua proximidade do mar (a apenas 20 quilómetros de distância) e aos centros urbanos (a escasos minutos de Braga e de Ponte de Lima), e às excelentes ligações rodoviárias (ligação directa à auto-estrada Valença - Lisboa), este local torna-se um paraíso.

GPL-Golfe de Ponte de Lima, SA

Quinta de Pias - Fornelos 4490. Ponte de Lima. Tel: 258743414/15 Fax: 258743424. CARACTERÍSTICAS: Greens: Dificuldade Baixa; Buggy nos Caminhos: Sim; Mata à Volta: Sim; Buracos: 18; Comprimento: 6005 metros; Par: 71; Ano de fundação: 1995; Arquitectos: David e Daniel Silva; Profissional: Manuel Carneiro, Paulo Teixeira. LAZER E SERVIÇOS: Ocupação para crianças, Sauna, Court de ténis, Bilhar, Mesas de Jogo, Casa de Turismo, Restaurante, Bar, Proshop, Vendas de bolas usadas. ADMISSÃO: Acção: 600.000\$00. Tarifa Anual: 115.830\$00 (individual) 347.490\$00 (empresa). LIÇÕES: Sócios: 3.000\$00 (1/2 hora), 5.000\$00 (1 hora). Não Sócios: 3.500\$00 (meia hora) 5.000\$00 (1 hora). PREÇOS: Green-fee: 7.500\$00; Caddies: a pedido; Trolleys: 600\$00; Driving Range: 350\$00 (40 bolas); Aluguer de tacos: 6.000\$00.





QUINTA DA BARCA

Entre o Porto e Viana, Barcelos e o mar, na margem direita do Cávado, a natureza deu ao local a forma de um triângulo que revestiu de ondulantes pinhais. É aqui que está o Quinta da Barca Golfe Clube, perto da foz do rio Cávado, mas com os pinhais a proteger da brisa marítima.

É um campo suave, magnificamente enquadrado pela natureza, com greens ondulados e bunkers caprichosamente colocados. Tem ainda três lagos que aumentam a dificuldade e valorizam a paisagem. É ideal para quem aposta no pensamento estratégico e na perícia do jogo. Com apenas nove buracos, a pancada certa torna-se a palavra-chave.

O traçado começa numa zona mais arborizada, por dentro do pinhal, e continua numa zona mais aberta, onde se desfruta plenamente da beleza do rio Cávado, aproveitando a combinação dos elementos naturais e enquadrando o campo de golfe na paisagem. O clube possui uma zona residencial, com um aparthotel e uma zona comercial. Os obras mais imediatas vão fazer surgir uma marina de rio, um campo de ténis e ainda um outro aparthotel.

Mais ligada à modalidade, o clube oferece lições indoor, com ou sem recurso a vídeo, e tem um amplo campo de treino. A Direcção do Clube está também a desenvolver protocolos com diversas instituições que possam estar interessadas em praticar a modalidade. O clube propõe acções de formação acerca do golfe, aulas da modalidade e organização de torneios.

Golfe da Barca do Lago, SA

Gemeses - Barca do Lago, 4140 Esposende. Tel.: 253966723, Fax: 253969068. CARACTERÍSTICAS: Greens: Dificuldade baixa; Buggy nos Caminhos: Sim; Mata à Volta: Não; Buracos: 9; Comprimento: 2012 metros; Par: 31; Ano de Fundação: 1997; Arquitecto: Jorge Santana da Silva; Profissional: Henrique Paulino Jr. LAZER E SERVIÇOS: Ocupação para crianças, Piscina, Ténis Marina, Health Club, Restaurante, Bar, Proshop. ADMISSÃO: Jóia: 350.000\$00; Quota Anual: 92.000\$00. LIÇÕES: Sócios: 2.500\$00 (1/2 hora, sem vídeo); Não Sócios: 3.500\$00 (1/2 hora, sem vídeo). PREÇOS: Green Fee 6.000\$00 (18 buracos - dias da semana) 7.500\$00 (18 buracos - fins de semana) 4.500\$00 (9 Buracos - dias da semana) 5.500\$00 (9 buracos - fins de semana); Trolleys: 1.000\$00; Driving-Range: 750\$00 (50 bolas); Aluguer de tacos: 4.500\$00 (full set) 750\$00 (um taco); Buggies: 6.000\$00 (18 buracos), 3.000\$00 (9 buracos).



MIRAMAR

Um verdadeiro links à portuguesa. Mar, sol, vento e muito, muito verde. O verde dos greens salpicados das areias agrestes que teimam em despontar das dunas. E o verde da vegetação, pouco usual nos links, que raramente apresentam matas à volta. É assim o Clube de Golfe de Miramar fundado na década de 30 para fazer o contraponto ao Oporto Golf Clube, que surgira menos virado para os portugueses. Isto porque os portugueses rapidamente se voltaram para a prática desta modalidade, pouco usual no país, mas que cedo criou raízes e adeptos...

É talvez o campo mais pequeno e mais curto, dentro das propostas que fazemos nestas páginas, mas, segundo várias opiniões recolhidas, apresenta características incomparáveis em termos de necessidade de perícia de jogo.

Clube de Golf de Miramar

Av. Sacadura Cabral, 4405 Valadares. Telefone: 227622067, Fax: 227627859. CARACTERÍSTICAS: Greens: Dificuldade média; Buggy nos caminhos: Não; Mata à volta: Sim; Buracos: 9; Comprimento: 2442 metros; Par: 34; Ano de fundação: 1932; Arquitecto: Frank Gordon; Profissional: Sérgio Ribeiro. LAZER E SERVIÇOS: Piscina, Restaurante, Bar, Proshop. ADMISSÃO: Jóia: 1.000.000\$00; Quota Anual: 151.000\$00. LIÇÕES: Sócios: 2.900\$00 (1/2 hora); Não Sócios: 3.500\$00 (1/2 hora). PREÇOS: Green-fee: 7.500\$00 (dias da semana) 9.000\$00 (fins de semana) 4.500\$00 (9 buracos); Trolleys: 500\$00 Driving Range: 350\$00 (45 bolas); Aluguer de tacos: 2.500\$00.

ESPINHO

O mais antigo Golfe da Península Ibérica e o quarto de toda a Europa Continental existe em Espinho há 109 anos - o Oporto Golf Club. Surgiu pela mão dos ingleses, nomeadamente Charles Neville Skeffington, o fundador que deu o nome a um dos torneios mais famosos da casa.

Em 1901 realizou-se a primeira Assembleia Geral do novo Clube e só na década de 50 é que cerca de 60% dos sócios já não eram ingleses. Estes costumavam jogar de Outubro a Maio; depois desapareciam. O calor, o vento, o mar tão perto fazia com que os greens tivessem, durante o Verão, uma cor menos verde. Mas também não ia lá ninguém para ver. Até que o número de portugueses começou a aumentar e gostavam de ir até ao campo mesmo nos meses mais quentes. E não gostavam de ver um campo coberto de areia com algumas partes de erva seca, aqui e ali. «Só faltava ter camelos...», diziam.

A principal luta foi conseguir um sistema de irrigação que aguentasse uma tonalidade nos greens que lhe garantisse justiça ao nome. Talvez por isso, à entrada da Clubhouse, se encontram ainda os poços criados que conquistaram à terra a água necessária para irrigar o green...

Em 1980 é declarado oficialmente como um espaço de utilidade turística. Actualmente é também um dos campos mais requisitados para a realização de torneios.

Oporto Golf Club

Lugar do Sismo, Paramos, 4500 Espinho. Tel.: 227342008 Fax: 227346895. CARACTERÍSTICAS: Greens: Dificuldade média; Buggie nos Caminhos: Sim; Mata à Volta: Não; Buracos: 18; Comprimento: 5599 metros; Par: 71; Ano de Fundação: 1890; Profissionais: Eduardo Maganinho, José Maganinho. LAZER E SERVIÇOS: Sauna, Restaurante, Bar, Proshop, Venda de bolas usadas. ADMISSÃO: Jóia: 650.000\$00; Quota Anual: 180.000\$00. LIÇÕES: 2.500\$00 (1/2 hora), 5.000\$00 (1 hora). PREÇOS: Green-fee: 8.000\$00 (dias da semana) 10.000\$00 (fins-de-semana e feriados) - os não sócios podem jogar até às 10h30, se não houver competição; Trolleys: 750\$00; Driving-Range: 200\$00 (25 bolas); Aluguer de tacos: 3.500\$00 (um set); Caddies: 1.900\$00.



ESTELA

Espraído pelas dunas revestidas de verde que, em mais ou menos três quilómetros de extensão, desenhavam um percurso sinuoso e singular está o campo do Estela Golfe Club, a norte da Póvoa do Varzim. Foi em tempos, propriedade da Sopete, a entidade concessionária dos Casinos da Póvoa do Varzim que perseguia colmatar a necessidade, que se sentia na zona, de criar actividades complementares ao jogo, que pudessem ser, ao mesmo tempo, fonte de turismo para a região. Este objectivo facilmente foi alcançado, com a inauguração de um campo cujos traçados, bem retalhados na paisagem natural que o mar concede, já recebeu a realização de importantes torneios internacionais. As nortadas daquela zona atlântica do Norte do país são bem famosos, mas tornam-se apenas em mais um desafio na obtenção dos resultados almejados. Uma breve referência merece também a Clubhouse, um espaço amplo de 1200 metros, muito confortável e bem localizada, que acolhe os serviços de restaurante, proshop e vestuários com sauna.

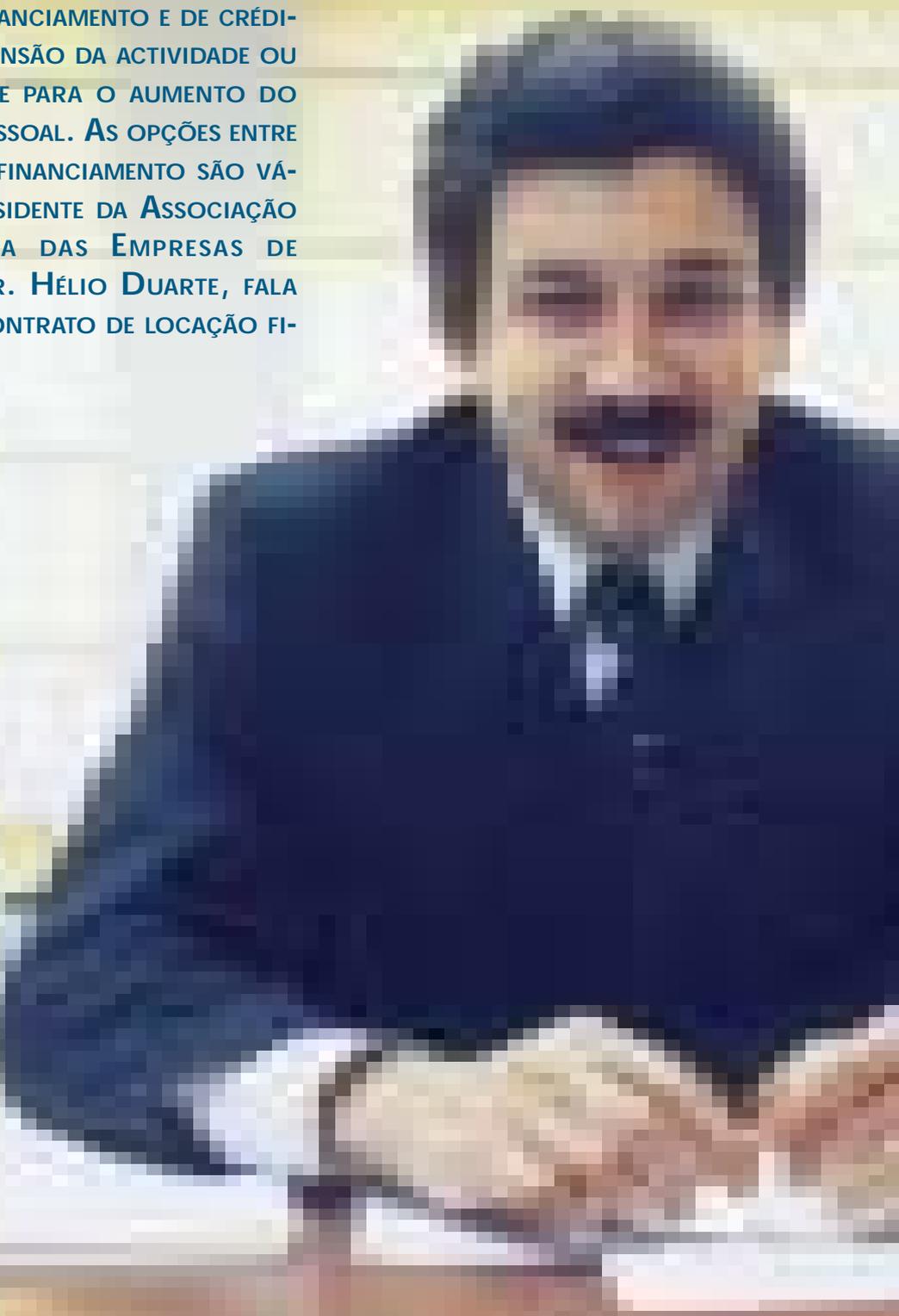
Estela Golfe Clube

Rio Alto - Estela 4490 Póvoa do Varzim Tel.: 252602701 Fax: 252612701 CARACTERÍSTICAS: Greens: dificuldade média; Buggie nos Caminhos: Sim; Mata à Volta: Não; Buracos: 18; Comprimento: 6130 metros; Par: 72; Ano de Fundação: 1988; Arquitecto: Duarte Sottomayor; Profissionais: António Sobrinho e Carlos Alberto Agostinho. LAZER: Praia. ADMISSÃO: Jóia: 750.000\$00; Quota Anual: 180.000\$00 (individual). LIÇÕES: Sócios 2500\$00 (1/2 hora); Não sócios 3000\$00 (1/2 hora). PREÇOS: Green-fee: 8000\$00 (semana) 10000\$00 (fim de semana); Trolleys: 700\$00; Driving Range: Sócios 7500\$00; Não Sócios: 700\$00 júniores: 250\$00 (50 bolas) Aluguer de Tacos: 4500\$00 (set). SERVIÇOS DE APOIO: Restaurante, Putting green (dois), Driving, Range, Pro shop, Venda de bolas usadas.



LEASING, UMA MODALIDADE DE FINANCIAMENTO MÉDICO

OS INVESTIMENTOS SÃO INEVITÁVEIS PARA O DESENVOLVIMENTO DE QUALQUER CARREIRA PROFISSIONAL. CADA VEZ MAIS É NECESSÁRIO RECORRER A SISTEMAS DE FINANCIAMENTO E DE CRÉDITO PARA EXPANSÃO DA ACTIVIDADE OU SIMPLEMENTE PARA O AUMENTO DO BEM-ESTAR PESSOAL. AS OPÇÕES ENTRE SISTEMAS DE FINANCIAMENTO SÃO VÁRIAS. O PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DAS EMPRESAS DE LEASING, DR. HÉLIO DUARTE, FALA SOBRE UM CONTRATO DE LOCAÇÃO FINANCEIRA.





O que é um contrato de locação financeira, vulgarmente designado como “leasing”?

O contrato de locação financeira é um contrato pelo qual uma das partes se obriga, mediante retribuição, a ceder à outra o gozo temporário de um bem, móvel ou imóvel, adquirido ou construído nas condições por este negociadas. O locatário poderá obter a propriedade definitiva desse bem, se for esse o seu interesse, pagando o valor residual.

Como é que o leasing se tornou uma alternativa de financiamento tão disseminada em Portugal?

O leasing atravessou fases distintas. Na altura em que nasceu, em 1986, não foi fácil porque era uma actividade desconhecida e as empresas estavam no sector de uma forma algo tímida. Por volta de 1993, o volume de facturação, num ano, passou de sete para 17 milhões de contos. Sem ninguém fazer nada de especial que o justificasse. A explosão foi devida à divulgação. Perante esse êxito, veio uma segunda fase: as instituições financeiras passaram a criar as suas próprias empresas numa lógica de fidelização e de prestação global de serviços ao cliente.

No que respeita ao ALD, como caracteriza este modo de financiamento?

O ALD nasceu numa altura em que era proibida a locação financeira para viaturas de passageiros, com excepção daquelas que fossem destinadas ao serviço do locatário. Desde logo nasceu, com a imaginação que é tão fértil nos portugueses, o ALD; não se pode financiar os particulares mas pode-se financiar um “rent-a-car” que faça contratos com locatários. Foi dessa triangulação que nasceu o ALD que não está ainda regulamentado, existindo à revelia da Lei.

Qual é o sistema de financiamento que tem tido mais propostas: o ALD, o leasing ou o crédito pessoal?

Em termos globais, a locação financeira representa mais do dobro daquilo que é financiado como crédito ao consumo. Isto porque abarca toda uma franja de equipamentos, desde médico a informático, bens mobiliários e imobiliários, e onde as viaturas automóveis não deixam de ter também um peso importante. Para além do automóvel, a alternativa ALD praticamente não existe. No *leasing*, os equipamentos industriais têm uma enorme expressão.

O sector financeiro atravessa uma profunda mudança com as taxas de juro a descerem a níveis nunca antes pensados. Este facto condicionou de alguma forma a posição no mercado da locação financeira?

Não. Apesar de tudo, as taxas de crédito pessoal ainda são mais elevadas do que as taxas de juro que se praticam. Mas mesmo que o não fossem, acho que as modalidades de financiamento devem ser sempre adequadas ao investimento. No caso de um médico que queira adquirir um equipamento produtivo, como seja a cadeira do estomatologista ou o próprio consultório, ele deve adquiri-lo numa perspectiva de rentabilidade. Deve procurar uma modali-

dade de financiamento cujo prazo associado lhe permita que o pagamento seja feito com a exploração do equipamento que vai adquirir. E decide qual o prazo que precisa.

Que riscos assume o locatário num contrato de leasing?

Não há nenhum risco em particular. Tem apenas que se preocupar com o cumprimento do contrato. O contrato de locação financeira nasce da exclusiva responsabilidade do cliente; ele escolheu o fornecedor do equipamento, negociou com o fornecedor as condições em termos de preço como se fosse o proprietário. Depois chega a uma locadora e diz: eu quero comprar este equipamento, materializa tudo o que acordou com o fornecedor e pede-nos financiamento. E tem opção de ficar ou não com o bem, consagrada no contrato: só não fica com o bem se não cumprir ou se não quiser.

E quando há incumprimento no contrato, como está protegido o locador?

Quando se verifica a resolução do contrato o locatário tem direito ao equipamento ou ao bem que cedeu, às rendas vencidas e não pagas, e aos respectivos juros de mora, e a uma indemnização de 20% das rendas vencidas. Mas o contrato de locação financeira está criado de forma a proteger mais o locatário do que o locador. Quando só ao fim de 60 dias de incumprimento, como está estipulado, é que se pode enveredar pela resolução do contrato, o locador nunca terá uma resposta antes de quatro meses. Portanto, não é logo à partida que o locador decide entrar em resolução, apesar de não ter a vocação de financiar o fundo de maneiço das empresas.

Conselhos ao Consumidor

- Os contratos de locação financeira podem ser celebrados por documento particular, exigindo-se, no caso de bens imóveis, reconhecimento presencial das assinaturas das partes.
- A locação financeira de coisas móveis não pode ser celebrada por prazo inferior a 18 meses, sendo de 7 anos o prazo mínimo de locação financeira de imóveis.
- A antecipação das rendas, a título de garantia, não pode ser superior a um semestre, devendo ser acordada e cumprida no início da vigência do contrato.
- Salvo estipulação em contrário, o risco de perda ou deterioração do bem corre por conta do locatário.
- As despesas de transporte e respectivo seguro, montagem, instalação, reparação do bem locado, bem como as despesas necessárias para a sua devolução ao locador, incluindo as relativas ao seguro, se indispensáveis, ficam a cargo do consumidor.
- A mora no pagamento de uma prestação de renda no prazo superior a 60 dias permite ao locador resolver o contrato, salvo convenção em contrário a favor do consumidor.
- Qualquer das partes pode pôr fim ao contrato, nos termos gerais, com fundamento no incumprimento das obrigações da outra parte.
- Findo o contrato por qualquer motivo e não exercendo o consumidor a faculdade de compra, o locador pode dispor do bem.

(Fontes: Decreto-Lei n.º 149/95 de 24 de Junho; DECO).

SECÇÃO REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS

INFORMAÇÃO INSTITUCIONAL

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

1. QUALIDADE DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

1 – Foi concluído pelo Conselho Distrital do Porto o inquérito destinado a avaliar as **condições de exercício profissional dos médicos da carreira de Medicina Geral e Familiar** que já foi enviado àqueles colegas. Algumas das respostas já começaram a chegar à Sede da Ordem, mas importa fazer um apelo para que todos os colegas respondam àquele inquérito, não só para que as conclusões possam ser representativas, mas também para que se demonstre, sem margem para dúvidas, que os médicos (para além dos doentes) são vítimas de condições de trabalho degradadas e degradantes, que, só por si, colocam em causa a qualidade dos actos médicos.

2 – No mesmo contexto, as condições de exercício profissional em que são forçados a trabalhar os médicos de Medicina Geral e Familiar nos SAP e SASU, e que colocam sistematicamente em causa a qualidade dos actos médicos praticados, motivaram a elaboração da **minuta destinada a ilibar os médicos de responsabilidade civil, disciplinar e penal**, cometendo-as ao máximo responsável hierárquico da Administração Regional de Saúde-Norte (Doc. 1).

CONDIÇÕES DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR Doc. 1 (minuta)

*Ex.mo Senhor
Presidente do Conselho de Administração da
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE*

_____, médico, com a categoria de _____, a exercer funções em _____, vem EXPOR e REQUERER a V. Ex.ª:

O Requerente está escalonado para assegurar, sozinho, o serviço de urgência/SAP de _____, durante ____ horas. Está, assim, obrigado a atender todas as situações de urgência que surjam durante o período referido.

Em média, o recurso diário à urgência da aludida instituição é de _____ pessoas.

O Requerente está vinculado ao cumprimento das normas deontológicas da profissão médica, bem como às normas técnicas e, em especial, a um dever de diligência e zelo, que as circunstâncias supra descritas comprometem.

Do mesmo modo, caso surjam várias situações de urgência em simultâneo, não é possível ao Requerente ocorrer a todas elas com a adequada e necessária qualidade dos actos prestados.

Acresce ainda que, em caso de necessidade de acompanhamento na transferência de um doente para centros de nível superior, o Requerente ficará impedido de o fazer, porquanto tal determinará o abandono do serviço.

Em tais circunstâncias, a prestação da actividade por parte do Requerente poderá determinar a responsabilidade (civil, disciplinar e, até, penal) deste, porquanto, tendo o Requerente conhecimento antecipado das circunstâncias em que o seu desempenho decorre, nada fez para as prevenir ou evitar.

No desempenho das suas funções, cabe ao Requerente observar, para além dos deveres já aludidos, especiais obrigações de carácter deontológico e até legais.

O desempenho do Requerente poderá pôr em causa a qualidade dos actos ministrados, com prejuízo para a saúde dos doentes.

Assim, REQUER a V. Ex.ª que se digne:

modificar, no mais breve espaço de tempo, as circunstâncias supra descritas, passando a prever-se uma escala no serviço de urgência de modo a que, pelo menos, se encontrem presentes _____ médicos, número este adequado e necessário ao volume de atendimento diário daquele serviço;

confirmar por escrito a ordem de prestação de serviços, por parte do Requerente, nas circunstâncias aludidas, em especial, para efeitos de exclusão da sua responsabilidade civil, disciplinar ou penal que possa decorrer directamente daquelas mesmas circunstâncias (cfr. Constituição da República Portuguesa e Estatuto Disciplinar dos Funcionários e Agentes da Administração Pública).

Local, Data e Assinatura
CC/ Director do Centro de Saúde e CRN da Ordem dos Médicos

ACTIVIDADE DE MÉDICOS ESPECIALISTAS NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA HOSPITALARES
Doc. 2 (09/08/99)

DIVULGAÇÃO DE DELIBERAÇÃO DO CONSELHO REGIONAL DO NORTE

O Conselho Regional do Norte solicita a V. Ex.^a a divulgação, junto dos Médicos da Instituição que dirige, da Deliberação que se transcreve:

“ Nos termos do Código Deontológico da Ordem dos Médicos, aplicável nos serviços públicos por força do D.L. 373/79, de 8 de Setembro (Estatuto do Médico), o médico não deve ultrapassar os limites das suas qualificações e competências - artigo 29.º do dito Código.

Em conformidade com o prescrito no artigo 4.º deste Código, sob a epígrafe “Princípio da Independência”, o médico, no exercício da sua profissão, é técnica e deontologicamente independente e responsável pelos seus actos, não se admitindo, em caso algum, que seja constrangido a praticá-los contra sua vontade.

Assim, o clínico que não se sinta habilitado a praticar determinado acto ou grupo de actos próprios da profissão, deverá recusar-se a prestá-los, salvo se tal facto implicar perigo grave para a saúde ou vida do doente.

No quadro legal da carreira médica hospitalar, a prestação de actos médicos próprios de especialidade diferente daquela a que pertence o seu autor, extravasa da obrigação do cumprimento estrito do dever da função (vide artigos 25.º, 27.º e 28.º do D.L. 73/90, de 6 de Março - Regime das Carreiras Médicas).

Todavia, os médicos não podem nem devem recusar-se a integrar a urgência hospitalar, devendo, no entanto, restringir a sua actuação à área da especialidade que detêm ou, dentro do âmbito em que se sintam habilitados para praticar actos médicos.

Assim, e na eventualidade de em algumas Unidades de Saúde poder vir a ser determinada a prática de actos médicos, até agora cometidos a determinadas especialidades médicas, a médicos de outras especialidades, sem qualificação específica para tal, envia-se a minuta de requerimento que os médicos abrangidos deverão usar como forma de se ilibarem de responsabilidade civil, disciplinar e penal, imputando-as, assim, aos autores materiais das referidas determinações.

Em qualquer caso, o Conselho Regional do Norte recomenda aos médicos que não modifiquem as suas práticas clínicas habituais e que, mesmo quando perante uma confirmação escrita das referidas determinações, tomem as medidas adequadas para referenciar os doentes para as Unidades de Saúde que possuam as especialidades médicas necessárias à manutenção da qualidade assistencial que considerarem exigível.

Para os casos em que os médicos entendam ser de reclamar, junta-se uma minuta de requerimento, que deverá ser adaptada a cada situação concreta. ”

Com os melhores cumprimentos.
O Presidente do Conselho Regional

3 – Chegou ao conhecimento do CRN que em várias unidades hospitalares, e por manifesta incapacidade de gestão dos seus responsáveis existia a **tentativa de colocar médicos especialistas a desempenhar tarefas no serviço de urgência para as quais não possuem competência específica** ou para as quais se não sentem tecnicamente habilitados. Tais medidas prefiguram violação de vários preceitos, quer legais quer deontológicos, e motivaram a deliberação que consta do Doc. 2, bem como a minuta padrão que a acompanha (Doc. 3). Ambas foram enviadas aos órgãos de gestão de todos os Hospitais da Zona Norte, mas tanto quanto sabemos não foram publicadas nos respectivos boletins informativos. Por isso aqui se transcrevem, para que os médicos as possam utilizar sempre que entenderem conveniente.

4 – Conforme anunciado no anterior Boletim Informativo, os colegas Jorge Madeira, Isabel Castro e Teresa Lobato (em representação do CRN da OM) realizaram duas **visitas aos Centros de Saúde de Rio Tinto e São Pedro da Cova**, acompanhados pela Dr.^a Isabel Escudeiro, da Sub-Região de Saúde do Porto. No que respeita ao Centro de Saúde de Rio Tinto concluíram que as instalações daquela unidade apresentavam pisos de difícil acesso, com escada estreita e não adaptada, estrutura labiríntica, com consultórios de dimensões reduzidas, não tendo, os que se localizam na cave, luz própria ou arejamento. Verificaram que o referido Centro não possui elevadores, rampas de acesso ou instalações sanitárias adaptadas a deficientes. No caso do Centro de Saúde de S. Pedro da Cova, verificou-se a existência de um edifício em mau estado de conservação, com manifestas carências de espaço. As condições de insalubridade são de tal ordem que, no Inverno, as águas pluviais e esgotos sobem ao nível das estantes, a cerca de 40 cm de altura, pelo que é evidente a falta de condições de higiene e segurança.

5 – De acordo com o pedido formal do CRN da Ordem

ACTIVIDADE DE MÉDICOS ESPECIALISTAS NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA HOSPITALARES
Doc. 3 (minuta)

Ex.mo Senhor Presidente do Conselho de Administração//Director do S.U./Chefe de Equipa do S.U.
do HOSPITAL _____

_____, médico especialista de _____, com categoria de _____, portador da cédula profissional n.º _____, a exercer funções neste Hospital, vem expor e requerer a V. Ex.^a o seguinte:

O signatário esteve, até esta data, integrado em Equipa de Urgência da Especialidade de _____, para a qual possui qualificação específica.

A formação do exponente foi diferenciada, nos termos do D.L. 128/92, de 4 de Julho, e, consequentemente, o requerente está especialmente vocacionado e habilitado para o tratamento de doenças nesta área (cfr. n.º 4 do art.º 2.º do referido diploma).

Acresce, ainda, que de acordo com o art.º 28.º, n.º 1, alíneas a) e d) do D.L. 73/90, de 6 de Março, ao assistente compete prestar funções assistenciais e praticar actos médicos diferenciados.

Ora, nos moldes actuais da urgência, tal não se verifica, encontrando-se o exponente a exercer funções de especialidades para as quais não tem preparação curricular, o que constitui violação às normas deontológicas da profissão médica, nomeadamente ao n.º 1 do art.º 29.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos.

A obrigatoriedade de prestação de funções até esta data cometidas à especialidade de _____ decorre de circunstâncias a que o signatário é alheio e não fundamentada em razões de natureza técnica ou deontológica.

Esta situação implica uma responsabilidade acrescida do Hospital e, bem assim, do próprio médico, já que se lhe impõe, administrativamente e contra o espírito do Estatuto das Carreiras Médicas, o tratamento de doentes de outros foros.

Em tais circunstâncias, a prestação da actividade por parte do requerente poderá determinar a responsabilidade - civil, disciplinar e, até, penal - deste, porquanto, tendo o requerente conhecimento antecipado das circunstâncias em que o seu desempenho decorre, nada fez para as prevenir ou evitar.

No desempenho das suas funções, cabe ao requerente observar, para além dos deveres já aludidos, especiais obrigações de carácter deontológico e até legais.

O desempenho do requerente poderá pôr em causa a qualidade dos actos ministrados, com prejuízo para a saúde dos doentes.

Assim, REQUER a V. EX.^a que se digne:

Diligenciar no sentido de solucionar urgentemente a presente situação, dando cumprimento ao disposto no art.º 28.º do D.L. 73/90, de 6 de Março, e garantindo ao médico, que presta serviço na urgência, o desempenho de funções diferenciadas, exclusivamente na sua área profissional.

Confirmar por escrito a ordem de prestação de serviços, por parte do requerente, nas circunstâncias aludidas, em especial, para efeitos de exclusão da sua responsabilidade civil, disciplinar ou penal que possa decorrer directamente daquelas mesmas circunstâncias (cfr. Constituição da República Portuguesa e Estatuto Disciplinar dos Funcionários e Agentes da Administração Pública).

Local de Trabalho e Data
PEDE DEFERIMENTO.
(Assinatura)
C/conhecimento: Ordem dos Médicos

ACTO MÉDICO: VETO POLÍTICO – INFORMAÇÃO AOS COLEGAS
Doc. 4 (29/09/99)

Ex.mo (a) Colega:

Como será certamente do conhecimento do (a) Ex.mo (a) Colega, Sua Excelência o Senhor Presidente da República procedeu a um veto político ao Decreto-Lei sobre Acto Médico, conforme foi comunicado ao País em Nota de Imprensa divulgada em 24 de Setembro passado. Considera este Conselho Regional que seria de grande utilidade levar ao conhecimento de todos os médicos o texto do decreto que foi vetado por Sua Excelência o Senhor Presidente da República e que a seguir se transcreve:

Artigo 1.º- Definição de acto médico

Constitui acto médico a actividade de avaliação diagnóstica, prognóstica e de prescrição e execução de medidas terapêuticas relativa à saúde das pessoas, grupos ou comunidades.

Constituem ainda actos médicos os exames de perícia médico-legal e respectivos relatórios, bem como os actos de declaração do estado de saúde, de doença ou de óbito de uma pessoa.

Artigo 2.º- Competência para a prática de acto médico

O exercício do acto médico é da competência dos licenciados em medicina regularmente inscritos na Ordem dos Médicos, sem prejuízo do disposto no artigo seguinte.

O exercício de actos médicos dentários e odontológicos rege-se por legislação própria.

Os actos médicos realizados no âmbito dos serviços médico-legais são objecto de legislação própria.

Artigo 3.º- Consultórios

Os consultórios e outros locais onde se pratiquem actos médicos só podem funcionar sob a responsabilidade de médicos em condições de exercer legalmente a sua profissão.

Os médicos responsáveis pelos locais mencionados no número anterior devem comunicar à Ordem dos Médicos, no prazo de 15 dias após o início das suas funções, a existência dos consultórios em causa e a identificação dos restantes profissionais de saúde que nele exerçam a profissão.

Os consultórios médicos devem ter indicado o nome do médico, o título de especialista concedido pela Ordem dos Médicos e observar as disposições regulamentares próprias.

Os locais que não se encontrem nas condições previstas nos números anteriores são encerrados pelas entidades policiais mediante determinação da Autoridade de Saúde ou a requerimento da Ordem dos Médicos.

Artigo 4.º-Consulta à Ordem dos Médicos

Nos processos de natureza disciplinar, civil e criminal, em que esteja em causa a apreciação de actos médicos ou nos quais seja imputada prática incorrecta, deficiente ou errada daqueles actos, as autoridades disciplinares e judiciais devem solicitar, se entenderem necessário, pareceres aos órgãos próprios da Ordem dos Médicos.

Artigo 5.º-Norma revogatória

São revogados os artigos 19.º e 20.º do Decreto-Lei n.º 32.171.

Considera o Conselho Regional do Norte que o Decreto Lei agora vetado merece pela sua importância alguns comentários. A definição de Acto Médico é uma antiga aspiração da Ordem dos Médicos tendo sido, desde há mais de uma década, uma preocupação mais ou menos constante das diversas direcções da Ordem. Esta preocupação decorria e decorre da necessidade de validar, no plano jurídico, o método científico inerente ao exercício da Medicina, de garantir a qualidade da prestação de cuidados de saúde e ainda de definir esferas de intervenção bem delimitadas dos diversos corpos profissionais. Em Setembro de 1998 foi até publicitada na Revista da Ordem dos Médicos a existência de um Acordo Histórico entre o Ministério da Saúde e a Ordem que, ainda que não tivesse quaisquer consequências práticas e vantajosas para os médicos, anunciava que um Projecto de Decreto-Lei sobre Acto Médico estaria definitivamente acordado entre a Ordem e o Ministério da Saúde.

Os corpos gerentes da Ordem dos Médicos posteriormente eleitos em Dezembro de 1998 constataram rapidamente que assim não era e que se mostrava necessário prosseguir as negociações com o Ministério da Saúde. Importa aqui esclarecer que os actuais Corpos Gerentes da Secção Regional do Norte sempre colocaram reservas ao artigo 3º (Participação de profissionais de saúde no acto médico) do Projecto de Decreto-Lei publicitado em Setembro de 1998 e do qual constava que " Os outros profissionais de saúde legalmente habilitados podem praticar, dentro da competência e autonomia própria da sua profissão, acções técnicas integradas no conceito de acto médico, sob orientação ou mediante prescrição médica". As reservas a que aludimos decorriam da firme convicção que os médicos não precisam de se referir a outros profissionais de saúde para definir as suas competências específicas; acresce ainda que do texto acima citado resultaria inevitavelmente que, em maior ou menor grau e mais ou menos rapidamente, outros profissionais de saúde se viriam a sentir legitimados, de facto, ainda que de forma encapotada, para praticar actos médicos.

No decurso das negociações com o Ministério da Saúde que foram retomadas pelos Corpos Gerentes da Ordem dos Médicos desde Fevereiro de 1999 resultou, felizmente, um Decreto-Lei que contemplava os princípios defendidos pela Secção Regional do Norte, através da eliminação do artigo 3º, atrás citado. É esse texto que se encontra transcrito no início desta informação que foi aprovado em Conselho de Ministros e que foi objecto do veto político do Senhor Presidente da República. Se outras razões não houvesse, a aprovação daquele veto por outros grupos profissionais ligados à Saúde demonstra bem a razão que assistiu ao Conselho Regional do Norte em pretender a eliminação do já referido artigo 3º.

Dada a relevância do assunto é esta a informação que entendemos indispensável transmitir a todos os médicos da Secção Regional do Norte. Através dela julgamos estar a prestar um serviço a todos os Colegas permitindo-lhes um conhecimento mais aprofundado de uma questão que já motivou uma deliberação do Plenário dos Conselhos Regionais da Ordem dos Médicos, realizado no passado dia 28 de Setembro, e que foi profusamente divulgada pelos órgãos de comunicação social.

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos aproveita finalmente esta oportunidade para alertar o (a) Ex.mo (a) Colega para eventuais medidas e intervenções deste Conselho face à decisão política de Sua Excelência o Presidente da República, e que esperamos venham a mobilizar a opinião pública em geral e os médicos em particular em torno de um instrumento estruturante da qualidade da Medicina e da Saúde.

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos

dos Médicos a Inspeção Geral dos Serviços de Saúde decidiu abrir um processo de inquérito com vista ao apuramento dos factos relacionados com a **assistência prestada a um bebé** e com o **funcionamento do Serviço de Urgência - Unidade II do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia**. O CRN indicou como Perito Coordenador, em representação da Ordem dos Médicos, o Dr. Bernardo Teixeira Coelho, ex-presidente do Conselho Regional do Norte. Idêntico pedido foi formulado à Direcção Geral de Saúde que informou a Ordem dos Médicos que o referido inquérito deveria ser requerido à Administração Regional de Saúde do Norte. O pedido formulado ao Presidente do Conselho de Administração da ARS-Norte em 15 de Setembro de 1999 teve resposta no início do mês de Novembro. A resposta consistiu em informar a Ordem dos Médicos que a Administração Regional de Saúde não via razões para proceder à abertura de um inquérito, visto ter fornecido todos os elementos que possuía à Inspeção Geral dos Serviços de Saúde. Simultaneamente, o CRN solicitou ao Ex.mo Delegado dos Serviços do Ministério Público junto do Tribunal Judicial da Comarca

de Vila Nova de Gaia a instauração de procedimento criminal ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, e designadamente ao seu Presidente, com vista ao apuramento dos factos acima referidos e dos seus autores.

2 - DISCIPLINA, ÉTICA E DEONTOLOGIA

1 – O **veto do Presidente da República ao decreto-lei do Governo sobre Acto Médico** foi já objecto de dois comunicados do CRN (Docs. 4 e 5), na sequência da tomada de posição do Plenário dos Conselhos Regionais da Ordem dos Médicos. Adicionalmente o CRN aproveitará todas as intervenções públicas que achar adequadas para esclarecer os médicos e a opinião pública em geral quanto às implicações do veto presidencial.

2 – A **prestação de cuidados médicos por profissionais de enfermagem no Centro de Saúde da Senhora da Hora**, mediante um protocolo assinado pelo Presiden

ACTO MÉDICO: VETO POLÍTICO – COMUNICADO À IMPRENSA Doc. 5 (06/10/99)

1 - Em nota de imprensa divulgada no dia 24 de Setembro, o Senhor Presidente da República anunciou as razões que o levaram a vetar o Decreto-Lei sobre Acto Médico, da autoria do Governo e elaborado por este com a colaboração da Ordem dos Médicos.

2 - Antes de quaisquer outras considerações, o CRN reafirma que subscreve as declarações até agora proferidas, ainda que a título individual, por diversos dirigentes da Ordem dos Médicos, bem como as deliberações que sobre esta matéria foram adoptadas pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos e pelo Plenário dos Conselhos Regionais da Ordem dos Médicos realizados, respectivamente, nos passados dias 27 e 28 de Setembro.

3 - Em aditamento àquelas declarações e deliberações, o CRN entende ainda tornar público que:

Regista que os argumentos que fundamentaram o veto presidencial são exclusivamente de natureza política e que aquele veto é, em si mesmo, um acto de evidente legalidade; aliás, se dúvidas existissem, designadamente de natureza jurídica, estas teriam sido avaliadas e corrigidas pelo Governo e pela Ordem dos Médicos, no âmbito do processo de negociação que foi conduzido por Sua Excelência a Senhora Ministra da Saúde, com notável empenhamento pessoal, e pelo Presidente da Ordem dos Médicos.

Constata que, como seria de esperar, aquele veto político foi aplaudido por quem, não sabendo exercer medicina, pode continuar a praticar, contra os doentes, actos de bruxaria e curandeirismo, protegido pela decisão do Senhor Presidente da República.

Realizou o Senhor Presidente da República uma opção política que lhe mereceu os aplausos dos videntes e dos quiromantes e que demonstra que àquela decisão estão subjacentes princípios da sociedade medieval e pré-científica, refractária ao espírito do Iluminismo e idólatra do mesmo tipo de bruxaria que justificou que Lavoisier fosse guilhotinado durante a Revolução Francesa. O veto presidencial é, portanto, surpreendente visto que o Senhor Presidente da República sempre pretendeu assumir-se como defensor dos explorados e dos oprimidos.

Salienta que o Decreto-Lei sobre Acto Médico, se destinava, não a proteger os médicos, mas a promover a qualidade da prestação de cuidados de Saúde. Assim, a decisão do Senhor Presidente da República permite que quiromantes e charlatães continuem a viver da exploração de doentes incautos e desesperados, que apenas são puras vítimas dos traficantes do sofrimento. Assim, a decisão do Senhor Presidente da República, ao privar as autoridades de um instrumento legal que visava a defesa dos portugueses, prejudicou a saúde e permite que mais cancerosos, que mais amputados, que mais cegos e que mais pessoas com deficiências sejam vítimas dos atrasos de diagnóstico e de terapêutica.

O veto presidencial revela ainda um inusitado interesse do Senhor Presidente da República pelos assuntos da Saúde, já que dos sete diplomas vetados por Sua Excelência, três referiam-se a matérias daquele âmbito. Regista-se que o motivo invocado pelo Senhor Presidente da República para vetar o decreto-lei sobre acto médico, foi o facto da Assembleia da República não se encontrar em funções; no entanto, o Senhor Presidente da República não se coibiu de vetar a Lei sobre procriação medicamente assistida, apesar da mesma ter sido aprovada por maioria qualificada da mesma Assembleia da República. Em contraste, como muito bem afirma a Ordem dos Médicos Dentistas, e curiosamente, ou não, o Senhor Presidente da República promulgou, no início deste ano, a Lei 4/99 que pretende legalizar o exercício da Medicina Dentária pelos práticos dentários ilegais.

Manifesta a sua satisfação pelas posições do Sindicato Independente dos Médicos em que aquele Sindicato expressa disponibilidade para actuar de forma concertada com a Ordem dos Médicos, no processo de contestação ao veto do Senhor Presidente da República.

4 - Em conformidade, e em resposta à decisão política do Senhor Presidente da República, o CRN delibera:

Solicitar a todos os Candidatos a futuro Primeiro Ministro que assumam o compromisso público de tomar as iniciativas necessárias à promulgação do Decreto-Lei agora vetado pelo Senhor Presidente da República.

Divulgar junto dos médicos este comunicado, responsabilizando, moral e politicamente o Senhor Presidente da República por uma decisão que permite a proliferação de práticas que são causa do estropio e da morte de vários doentes.

Manifestar a sua determinação de, apesar do veto do Senhor Presidente da República, continuar a aplicar as disposições legais vigentes no combate firme ao exercício ilegal da Medicina, por bruxos, quiromantes, curiosos e quejandos, bem como continuar a aplicar, de forma intransigente, as normas do Código Deontológico e do Estatuto Disciplinar da Ordem dos Médicos, na defesa dos direitos dos doentes.

Actuar de forma reiterada e pública em todas as circunstâncias em que haja intervenção da Ordem dos Médicos, de forma a esclarecer os Portugueses que a decisão agora tomada pelo Senhor Presidente da República permite que cuidados exclusivamente médicos continuem a poder ser prestados por profissionais não qualificados que colocam em risco a qualidade de vida, e a própria vida dos doentes.

No seguimento da decisão do Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos, de não convidar o Presidente da República para o Congresso Nacional de Medicina a realizar no ano 2000, não se fazer representar em qualquer acto, cerimónia, ou acontecimento em que esteja presente ou representado o Senhor Presidente da República.

Realçar publicamente a posição de solidariedade com a Ordem dos Médicos manifestada pelo Conselho Nacional das Profissões Liberais, realizado no Porto, no passado dia 1 de Outubro, segundo comunicado do seu Presidente, e Bastonário da Ordem dos Farmacêuticos, Dr. João Silveira, bem como o apoio expresso manifestado pela Ordem dos Médicos Dentistas.

EXERCÍCIO ILEGAL DE MEDICINA – INFORMAÇÃO AOS COLEGAS
Doc. 6 (12/07/99)

Ex.mo (a) Colega:

O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos tomou conhecimento do "Projecto de Cuidados Continuados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica Da Concepção ao Nascimento", que se anexa, e que estará em aplicação no Centro de Saúde da Senhora da Hora.

A Ordem dos Médicos não deve pronunciar-se sobre os aspectos daquele projecto que dizem exclusivamente respeito aos profissionais de enfermagem, que, através do mesmo, poderão até usufruir de vários benefícios, nomeadamente, de natureza salarial.

Contudo a Ordem dos Médicos não pode alhear-se do facto de, no citado projecto e respectivos anexos, e conforme sublinhado no texto dos mesmos, serem cometidas as seguintes competências aos profissionais de enfermagem:

A) Projecto de Cuidados Continuados

"...lógica construtiva de continuidade de cuidados à mulher e família, da qual os enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica devem ser os principais responsáveis"

"vigiar 100% das utentes com gravidez fisiológica"

"as consultas de enfermagem desenvolvem-se através das seguintes etapas: anamnese, exame físico geral, exame obstétrico, pesquisa de indicadores de risco gestacional" (ver a discriminação de actos a praticar) (sublinhado nosso)

"requisitar exames laboratoriais e ecográficos (se não foram pedidos na consulta médica)

"informação/orientação de acordo com as necessidades da grávida" que inclui "desenvolvimento fetal, alimentação mais adequada a cada gestante, consequência de uso de drogas, vacinas na gravidez, diagnóstico pré-natal"

"pedir exame ecográfico"

"pedir exames laboratoriais"

"efectuar cardiocografia semanal"

"a assistência à grávida é feita através das Enfermeiras do Projecto" "(e respectivos médicos de família quando necessário)" (sublinhado nosso)

"o grau de risco deve ser igualmente avaliado" "(e no caso de alteração encaminhar para o Médico de Família)" (sublinhado nosso)

"os exames laboratoriais e ecográficos devem ser comunicados ao respectivo médico de família, juntamente com a informação das consultas anteriores"

"a leitura das cardiocografias deve ser feita pelas Enfermeiras do Projecto. Caso exista suspeita de alterações...".

B) Anexo-Protocolo de Exames Auxiliares de Diagnóstico

"o resultado dos exames deverá ser enviado directamente à Sede do Centro de Saúde ao cuidado das enfermeiras que integram o Projecto...".

C) Protocolo de Acordo de Cooperação entre a Administração Regional de Saúde do Norte, o Hospital Pedro Hispano e a Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto

"o presente protocolo de acordo de cooperação dirige-se aos enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica"

"são objectivos do presente protocolo de acordo de cooperação: vigiar a grávida fisiológica..."

"desenvolver uma consulta pré-natal a grávidas fisiológicas a assegurar pelas Enfermeiras Especialistas de Saúde Materna Obstétrica"

"permitir aos profissionais de enfermagem, no âmbito deste protocolo, a vigilância do trabalho de parto e a sua realização desde que o mesmo seja eutócico"

"autorizar o acesso das enfermeiras que integram o Projecto, fora do seu horário normal de serviço, ao Bloco de Partos para vigilância do trabalho de parto e realização do parto"

"assegurar, no âmbito deste protocolo, o parto e respectiva vigilância a todas as grávidas que tenham aderido ao projecto"

"garantir às grávidas aderentes ao projecto, a realização dos exames complementares de diagnóstico laboratoriais e ecográficos... os quais deverão ser prescritos pela Enfermeira..." (sublinhado nosso).

D) Anexo referenciado pela alínea g) da Cláusula IV do Protocolo de Acordo de Cooperação celebrado entre a Administração Regional de Saúde do Norte, o Hospital Pedro Hispano e a Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto

"o resultado dos exames deverá ser enviado directamente ao Centro de Saúde ao cuidado da Enfermeira responsável".

Considerou o Conselho Nacional Executivo que a prática de tais actos por profissionais de enfermagem, porque de actos médicos se trata, pode prefigurar crime de usurpação de funções, por exercício ilegal da Medicina.

Em consequência, os médicos que, tacita ou expressamente, colaborem ou participem no referido projecto, incorrem em infracção, susceptível de procedimento disciplinar.

Por isso, o Presidente da Ordem dos Médicos enviou uma recomendação formal a todos os médicos do Centro de Saúde da Senhora da Hora para que suspendessem a sua participação no citado projecto e que foi extensiva aos putativos subscritores do mesmo (Presidente do Conselho de Administração da ARS-Norte e Presidente do Conselho de Administração do Hospital Pedro Hispano).

Por isso, o Presidente da Ordem dos Médicos solicitou a Sua Excelência a Senhora Ministra da Saúde que ordenasse a suspensão imediata da execução do projecto que se anexa.

Esta informação destina-se a evitar que outros médicos se vejam involuntariamente envolvidos em práticas semelhantes, obviamente condenáveis pela Ordem dos Médicos, permitindo-lhes assim, ao abrigo de uma determinação da sua Ordem, resistir a quaisquer pressões, de que possam ser vítimas, para que apliquem protocolos semelhantes.

O CRN está à disposição de todos os colegas para esclarecer quaisquer dúvidas que resultem desta informação para que se evitem quaisquer deturpações que sobre esta matéria possam vir a ser produzidas.

O Presidente do Conselho Regional

te do Conselho de Administração da ARS, foi objecto de um comunicado do CRN dirigido a todos os especialistas em Medicina Geral e Familiar, Ginecologia/Obstetrícia, Pediatria e Genética Médica e que consta do Doc. 6. O mesmo assunto já havia sido objecto de apreciação pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos, cujo Presidente enviou um conjunto de determinações ao Presidente do Conselho de Administração da ARS, ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital Pedro Hispano e aos médicos do Centro de Saúde da Senhora da Hora, bem como um pedido formal de suspensão do mesmo projecto à Senhora Ministra da Saúde. Sobre este assunto decorre um Inquérito Disciplinar na Secção Regional do Norte destinado a apurar as responsabilidades dos diversos intervenientes naquele projecto e que ainda se encontra em segredo de justiça. Apesar disso não podem restar dúvidas que o não cumprimento daquela determinação do Presidente da Ordem dos Médicos acarretará a abertura de processo disciplinar, nos termos do Estatuto da Ordem dos Médicos e do Código Deontológico e do Estatuto Disciplinar dos Médicos.

3 – Não obstante o veto do Presidente da República ao decreto-lei sobre o acto médico, o CRN continuará a combater o charlatanismo, o exercício ilegal da medicina e a publicidade enganosa. Por isso exigiu, mediante o recurso à intervenção da Polícia de Segurança Pública, a **retractação pública da empresa “Hair Center”** que suportou



os custos de publicidade paga em dois jornais diários (Jornal Público e Jornal de Notícias) para reconhecer o erro e anunciar a suspensão de toda a publicidade enganosa que vinha fazendo. O CRN vai continuar a estar particularmente atento a situações semelhantes que colocam em risco a saúde e a vida dos doentes e que atentam contra a dignidade da profissão médica.

4 – No mesmo contexto, o CRN emitiu o comunicado referenciado no Doc. 7, referente a uma **eventual legalização das chamadas práticas alternativas**, na sequência e em consequência do veto presidencial à legislação sobre o acto médico.

3. FORMAÇÃO MÉDICA

1 – Nos termos dos compromissos eleitorais assumidos, o CRN apresentou ao Conselho Nacional Executivo uma **proposta de revisão do regulamento geral dos colégios**. Esta proposta foi debatida por aquele Conselho e posteriormente aprovada pelo Plenário dos Conselhos Regionais, com contributos importantes das outras Secções Regionais. As principais alterações são as seguintes:

– Passam a ficar definidas com clareza as áreas de diferenciação técnico-profissional reconhecidas pela Ordem dos Médicos: Especialidade (título que reconhece uma diferenciação a que corresponde um conjunto de saberes es

LEGISLAÇÃO SOBRE “MEDICINAS ALTERNATIVAS” Doc. 7 (09/11/99)

1 - O Conselho Regional do Norte (CRN) da Ordem dos Médicos tem assistido, desde que o Senhor Presidente da República exerceu o seu direito de veto sobre a legislação proposta pelo Governo sobre Acto Médico, a um crescendo reivindicativo de várias associações que se auto designam como “Medicinas Alternativas”. Antes de qualquer comentário, sublinha-se, desde já, que a Ordem dos Médicos apenas reconhece a Medicina, como actividade científica, não aceitando a utilização de adjectivos que apenas podem significar a sua absoluta adulteração.

2 - O CRN regista ainda, estupefacto, que as citadas práticas, próprias do Paleolítico, como refere uma das notícias publicadas, poderão vir a ser reconhecidas como métodos de intervenção terapêutica pelo Ministério da Saúde. Segundo as mesmas notícias, existirá um relatório encomendado pelo Ministério da Saúde, a pedido da Federação Nacional de “Medicinas” Alternativas, no qual se atribuem os seguintes méritos àquelas práticas paleolíticas: “menor custo de terapêutica e métodos de diagnóstico e “total ausência de efeitos secundários em algumas delas”. Se tal não bastasse, evoca-se a necessidade de “qualificar os seus profissionais idóneos” e de proceder ao “reconhecimento das instituições nacionais e estrangeiras possuidoras da idoneidade para a formação em medicinas não convencionais e os títulos bastantes para o exercício profissional”. No mesmo contexto, afirma-se que a Câmara de Lisboa terá disponibilizado terrenos para a construção de um Hospital de “Medicina” Alternativa.

3 - Saliencia-se que tudo isto acontece na sequência do veto presidencial à legislação sobre acto médico o que nos leva a equacionar a hipótese de estar em preparação a legalização de “práticas alternativas” sem que esteja definido em lei o conceito de acto médico. A ser assim, o novo Governo estaria a legitimar o veto político do Presidente da República à legislação sobre acto médico ao arrepiar e em contradição com os compromissos assumidos pelo Governo anterior com a Ordem dos Médicos. Tal situação, a confirmar-se, significaria a promoção da bruxaria e da quiromancia, no mais absoluto desprezo pela Ciência, pelos Médicos, pela Ordem dos Médicos, e o que é indiscutivelmente mais grave, pelos doentes. Percebe-se que o Governo, através do Ministério da Saúde queira reduzir os custos do sistema; mas considera-se como anedota de mau gosto, o facto de num centro de saúde ou num hospital, os doentes poderem vir a ter consultas realizadas por uma vidente de turbante, à frente de uma bola de cristal e inspirada por um baralho de cartas, em vez de um médico usando estetoscópio e critérios científicos.

4 - Neste contexto, o CRN delibera:

a) Apelar à Senhora Ministra da Saúde para que cumpra os compromissos assumidos pela anterior titular da pasta da Saúde, em nome da solidariedade política que já manifestou à sua antecessora e em nome da coerência política que é esperável e desejável de Governos presididos pelo mesmo Primeiro Ministro.

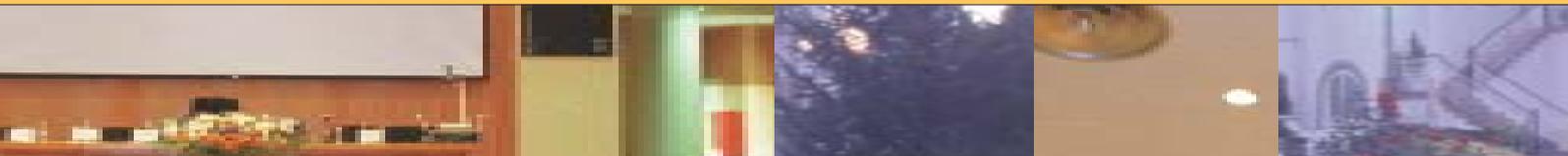
b) Exigir a Sua Excelência a Senhora Ministra da Saúde a suspensão imediata de qualquer projecto legislativo destinado a legalizar práticas não validadas cientificamente.

c) Recusar qualquer participação da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos em qualquer grupo de trabalho existente, ou a ser criado, no âmbito do Ministério da Saúde ou de qualquer outra instituição, destinado a legalizar práticas enganosas e que colocam em causa a saúde pública.

d) Solicitar aos serviços jurídicos da Ordem dos Médicos o estudo dos instrumentos legais disponíveis que permitam à Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos impedir e punir, por via judicial, a legalização e disseminação das referidas práticas enganosas e fraudulentas.

e) Solicitar ao Conselho Disciplinar Regional que accione os mecanismos disciplinares adequados à punição dos médicos eventualmente envolvidos em práticas não reconhecidas cientificamente.

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos



pecíficos, obtida após a frequência com aproveitamento de uma formação pós-graduada e que é concedido de acordo com o artigo 92º do Estatuto da Ordem dos Médicos), Sub-especialidade (título que reconhece uma diferenciação numa área particular de uma especialidade a membros do respectivo Colégio e que é concedida após apreciação curricular efectuada por comissão inter pares nomeada pelo Conselho Nacional Executivo, sob proposta do Conselho Directivo do Colégio, podendo ter a mesma designação em mais do que um Colégio, desde que seja reconhecida a sua equivalência) e Competência (título que reconhece habilitações técnico-profissionais comuns a várias especialidades e que pode ser obtido por qualquer especialista, através de apreciação curricular apropriada, por Comissão para o efeito nomeada pelo Conselho Nacional Executivo).

– Define-se ainda que nos Colégios de Especialidade podem ser constituídas secções que agrupam os membros detentores do título de Sub-Especialista e que os médicos a quem foi reconhecido o título de Competência constituem “Comissões de Competência”, segundo regulamentação a elaborar pelo Conselho Nacional Executivo.

– Passam a ser reconhecidos três tipos de formação, tendo sido eliminadas as referências existentes no regulamento anterior referentes à atribuição de créditos: internato complementar (regulamentado pela alínea d) do Artigo 81º do estatuto da Ordem dos Médicos), formação específica (períodos de formação regulamentados pelo Conselho Nacional Executivo, ouvidos os Colégios de Especialidade, visando, mediante, apreciação curricular, a obtenção de uma Sub-Especialidade ou Competência) e estágios temáticos ou de curta duração e acções de formação (períodos de formação prática e/ou teórica que beneficiem de reconhecimento pela Ordem dos Médicos).

– As direcções passam a ter o Presidente do Conselho Directivo, o representante na União Europeia dos Médicos Especialistas e os Coordenadores Regionais (que asseguram a ligação à respectiva Secção Regional) com mandatos coincidentes com o da duração do Conselho Directivo, evitando uma rotatividade de funções que no mínimo podia ser inoperante e no máximo desresponsabilizante.

– As Comissões de Verificação de Idoneidade de Serviços passam a ser constituídas por dois membros do Colégio, indicados pelo respectivo Conselho Directivo, por um representante do Conselho Regional da respectiva zona e por um representante do Conselho Nacional do Médico Interno, da respectiva zona, permitindo assim aos médicos internos complementares participarem activamente no processo de verificação de idoneidade de serviços, para cuja atribuição passa a ser obrigatória a realização de visitas periódicas.

2 – Decorreu no passado dia 20 de Outubro, na Sala Braga da Casa do Médico, uma **reunião de médicos internos da Secção Regional do Norte** com vista à discussão dos temas relacionados com a formação e avaliação nos internatos e a revisão da Portaria 695/95. Nesta reunião ficou acordado que os membros do Conselho Regional, Alexandra Puga e António Neto, iriam coordenar o processo de eleição das Comissões de Internos nos estabelecimentos de saúde onde decorrem internatos nos termos da Portaria 695/95, de forma a fazer chegar à Ordem dos Médi-

cos, de uma forma mais directa e representativa, os problemas dos médicos internos.

3 – Chegou ao conhecimento da SRN, através de informação da Secção Regional do Centro, que **terão concorrido ao exame de acesso ao Internato Complementar realizado em Outubro passado, médicos de nacionalidade estrangeira que não reuniam condições para tal**. Alertamos os colegas inscritos na Secção Regional do Norte para que se tiverem conhecimento de situações semelhantes informem a Ordem dos Médicos para que esta possa analisar a situação, e, se possível, proceder à sua contestação no plano jurídico. Este assunto será objecto de agendamento para a reunião que a Ordem dos Médicos solicitará à nova Ministra da Saúde.

4. TITULAÇÃO DE ESPECIALISTAS

1 – Será brevemente concluída a discussão nacional da proposta do Conselho Regional do Norte relativa à **revisão da legislação sobre internatos médicos**. Destaca-se a propósito que esta proposta merece a concordância da esmagadora maioria das direcções dos colégios de especialidade. Sublinha-se ainda que existe desde já um largo consenso dentro do CNE da OM no sentido de propor ao Ministério da Saúde que as competências até agora cometidas às Comissões Nacional e Regionais dos Internatos Médicos, no que respeita à verificação e atribuição de idoneidade a serviços para a formação de internos, bem como a verificação das respectivas capacidades formativas, devem ser uma prerrogativa da Ordem dos Médicos, exercida através dos seus Colégios de Especialidade.

2 – Está em curso um novo processo de **admissão à Especialidade de Medicina do Trabalho**, mediante apreciação curricular. A Secção Regional do Norte está representada nesse grupo de trabalho pelos colegas José Machado Lopes e Carlos Sobral.

5. EDUCAÇÃO MÉDICA PRÉ-GRADUADA

A Comissão Regional de Ensino e Educação Médica elaborou uma **proposta relativa à modificação do sistema de acesso aos cursos de Medicina** que será apresentada para discussão pública e para discussão no âmbito do Conselho Nacional Consultivo de Educação Médica e do CNE da Ordem dos Médicos e que está referenciada no Doc. 8.

6. EMPREGO MÉDICO

Está em curso a **elaboração da Carta das Necessidades Médicas da Região Norte** mediante inquérito já enviado a todas as unidades de saúde onde se pretendeu avaliar a dimensão dos quadros médicos existentes, as necessidades reais em quadros médicos, o número de vagas dos serviços carenciados solicitadas ao Ministério da Saúde e o número de vagas atribuídas. Os resultados gerais disponíveis e que estão sumariamente descritos no docu-

Doc. 8 (04/11/99)
REVISÃO DA METODOLOGIA DE ACESSO À LICENCIATURA EM MEDICINA
PROPOSTA DE DISCUSSÃO PÚBLICA

Nos últimos anos, tem-se assistido em Portugal a um aumento crescente da procura à licenciatura em Medicina. A pressão resultante deste aumento, sem correspondente crescimento do numerus clausus, tem-se reflectido ao nível do ensino secundário, gerando tensões e inflacionando as classificações atribuídas aos estudantes, sendo hoje notórias e públicas as evidentes assimetrias entre as classificações obtidas por estudantes oriundos de diferentes escolas e com graus de preparação idênticos.

Estas assimetrias reflectem-se ao nível da Universidade, no facto conhecido por todos aqueles que contactam com alunos dos primeiros anos, de que alunos, supostamente com uma elevadíssima preparação técnico-científica, se manifestam incapazes de trabalhar com os conhecimentos mais elementares, o que permite levantar sérias suspeitas sobre a eficácia dos mecanismos de avaliação que conduziram à sua entrada na Universidade.

O Decreto-Lei que estabelece as regras que presidirão ao desenvolvimento da política de Saúde em Portugal, antevê que as Universidades passem a participar no processo de selecção dos seus alunos. Esta ideia seria aliás reforçada na Resolução do Conselho de Ministros nº 140/98 onde se refere "... a recomendação da adopção, no plano do ingresso, de medidas que conjuguem a componente de formação académica com a componente vocacional, sem prejuízo da necessária objectividade do processo".

Assim, de modo a garantir a indispensável equidade e a maior justiça possível no sistema de acesso, a Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, através da sua Comissão Regional Consultiva para o Ensino e Educação Médica, propõe a adopção, com carácter de urgência, da seguinte metodologia:

A classificação obtida no ensino secundário deve servir exclusivamente de nota de acesso a um Exame Nacional de Acesso à Licenciatura em Medicina. Este exame apenas poderá ser realizado pelos alunos que concluíam o ensino secundário com uma classificação igual ou superior a 16,0.

Este exame será, obrigatoriamente, de tipo "teste americano" (escolha múltipla) por forma a não existirem factores ambíguos e subjectivos na sua avaliação/correção, o que, infelizmente, é demasiado frequente no actual sistema, em que a quantidade de notas alvo de correção na sequência de recursos é inaceitavelmente elevada.

O acesso à licenciatura em Medicina dependerá exclusivamente da classificação obtida neste Exame Nacional de Acesso.

A responsabilidade da elaboração deste teste deve ser atribuída ao CRUP (Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas), que designaria equipas com participantes de todas as Escolas Médicas Portuguesas para a sua elaboração.

O teste a ser elaborado deve avaliar não só conhecimentos e competências mas também atitudes, pelo que deverá contar na sua elaboração com a participação de especialistas da área, recorrendo-se à colaboração das escolas de psicologia, caso tal seja entendido como útil. Esta avaliação manterá, obrigatoriamente, o carácter objectivo referido na alínea b).

A adopção destas medidas permitirá que alunos de elevado mérito não vejam goradas as suas expectativas de acesso ao curso de Medicina em fases precoces da sua formação ao nível do ensino secundário. Acresce que o facto de permitir que um elevado número de alunos que sejam classificados com notas de elevado mérito (16,0) tenham acesso à realização do Exame Nacional de Acesso, levará inevitavelmente a uma melhoria da qualidade do ensino, que terá por objectivo preparar alunos de qualidade, ao invés de alunos com boas notas, eliminando numerosas injustiças na obtenção das classificações e permitindo uma escolha dos estabelecimentos de ensino baseada em critérios de qualidade pedagógica e não de permissividade na obtenção das referidas classificações.

A Comissão Regional Consultiva para o Ensino e Educação Médica

mento relativo ao "Programa de Recuperação de Listas de Espera" (Doc. 9) demonstra claramente uma gestão caótica e desastrosa dos recursos médicos disponíveis na região norte. Na próxima revista serão divulgados os resultados pormenorizados deste inquérito, bem como das respectivas conclusões.

7. GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O CRN procedeu a **audiências com as Direcções Clínicas demissionárias dos Hospitais de Guimarães e de Vila Nova de Famalicão** tendo verificado que se no que respeita à primeira os motivos fundamentais decorreram da passagem à reforma do Director Clínico, no que respeita à segunda foi possível constatar que os colegas demissionários não tinham condições para exercer com liberdade e dignidade as funções para que haviam sido eleitos em virtude dos condicionalismos e restrições

economicistas impostas pelos órgãos de direcção administrativa.

8. MEDICINA CONVENCIONADA

Está em curso, sob a coordenação nacional do Dr. Hernâni Vilaça e a representação regional do Dr. Manuel Quintas, o processo de **revisão do código de nomenclatura e valor relativo dos actos médicos**, trabalho para o qual já foram convidados a participar todos os Presidentes das Direcções dos Colégio de Especialidade.

9. ORGANIZAÇÃO DA ORDEM DOS MÉDICOS

A - Organização Interna Distrital

Iniciar-se-á dentro em breve, após a devida autorização da Sub-Região de Saúde do Porto, o **processo de eleição dos Delegados da Ordem dos Médicos nos locais de trabalho**, cujo processo será dinamizado e fiscalizado pelo Conselho Distrital do Porto, nos termos do Regulamento já aprovado e que se encontra disponível para os interessados na Sede da Ordem dos Médicos. A data das eleições nos diversos locais de trabalho, bem como outros aspectos referentes ao processo eleitoral serão comunicados por carta para a residência de cada colega.

B - Organização Interna Regional

1 – Continua em funcionamento o **Serviço de Atendimento aos Médicos**, realizado por membros do CR entre as 16 e as 20 horas, às segundas e sextas-feiras.

2 – Continua em crescimento a procura dos **serviços de consultoria jurídica da Ordem dos Médicos**, a cargo da Dr.^a Inês Folhadela, que funcionam, mediante marcação prévia, às quartas-feiras, a partir das 18, ou, em situações de emergência, no próprio consultório daquela causídica.

3 – Em 18 de Junho — data da Promulgação do Estatuto da Ordem dos Médicos — do corrente ano, foi **comemorado pela primeira vez o Dia do Médico**, tendo sido instituído o Prémio Ordem dos Médicos (doravante atribuído anualmente ao Médico Interno Geral, licenciado pela Faculdade de Medicina do Porto ou pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, que tenha obtido a melhor média de licenciatura, arredondada às centésimas), que foi atribuído ao Vitor Pedro Tedim Ramos Cruz.

4 – No passado dia 30 de Junho procedeu-se à **assinatura de um Protocolo de Cooperação** entre as Associações de Estudantes da Faculdade de Medicina do Porto e do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e a Ordem dos Médicos.

5 – A Ordem dos Médicos organizou em conjunto com a Ordem dos Médicos Dentistas e com a Ordem dos Advogados um **Seminário sobre Responsabilidade Médica e Ficheiros Clínicos**, que decorreu no Auditório da Or

PROGRAMA DE RECUPERAÇÃO DE LISTAS DE ESPERA – POSIÇÃO DO CRNOM

UM EXEMPLO DE FRACASSO

1 - Em 1 de Julho de 1999, o CRN da Ordem dos Médicos denominou o programa de recuperação de listas de espera como uma obra de prestidigitação; dois meses depois verifica-se que nem o melhor dos ilusionistas poderia levar aquele programa ao sucesso.

2 - Importa, nesse sentido, e quando os órgãos de comunicação social anunciam que o “sucesso” daquele programa dependerá da exportação de doentes para o estrangeiro, esclarecer a opinião pública, em geral, e os doentes, em particular:

- a) O programa de recuperação das listas de espera inicia-se pelo despacho 5804/99 da Senhora Ministra da Saúde;
- b) Em 3 de Maio, a Assembleia da República aprova a lei 27/99 que condiciona a criação de um programa especial de acesso aos cuidados de saúde à existência de acordos com as instituições do SNS; a mesma lei estabelece ainda que o recurso a meios externos ao Serviço Nacional de Saúde só teria lugar em situações de insuficiência ou esgotamento da capacidade instalada;
- c) Simultaneamente, o Governo recusa liminarmente a contratualização dos mesmos serviços com estabelecimentos privados de saúde, cujos médicos prestassem, em simultâneo, funções públicas e privadas;
- d) Estranhamente, em 7 de Agosto, o Presidente da ARS-Norte descobre que a capacidade instalada dos centros hospitalares da região norte, por falta de meios e de recursos humanos, não é suficiente para responder à limpeza das listas (citação do Jornal Expresso); acrescenta ainda que o preço seria determinante para a adjudicação dos contratos para recuperação das listas de espera;
- e) Estranhamente, em 30 de Julho um despacho conjunto do Senhor Primeiro Ministro e do Senhor Ministro das Finanças procede ao descongelamento excepcional de 8926 admissões de pessoal para o Ministério da Saúde, dos quais 819 lugares para pessoal médico, 892 para pessoal técnico de diagnóstico e terapêutica, 3675 lugares para pessoal de enfermagem e 777 lugares para pessoal auxiliar de acção médica; ainda assim, este descongelamento, é, no plano operacional, potencialmente fictício visto que o mesmo despacho condiciona a utilização das quotas de descongelamento à existência de cobertura orçamental;
- f) Neste contexto, a SRN da OM está a proceder a um inquérito às unidades de saúde da região norte que demonstra, segundo números já fornecidos pelas próprias unidades de saúde e pela ARS-Norte, que os quadros médicos das unidades de saúde não se encontra preenchido. Os resultados já existentes revelam o seguinte panorama:

- Distrito do Porto-vagas por preencher (284 na carreira hospitalar, 63 na carreira de saúde pública, 223 na carreira de clínica geral)

- Distrito de Braga-vagas por preencher (209 na carreira hospitalar, 8 na carreira de saúde pública, 29 na carreira de clínica geral)

- Distrito de Viana-vagas por preencher (51 na carreira hospitalar, 10 na carreira de saúde pública, 67 na carreira de clínica geral)

- Distrito de Vila Real-vagas por preencher (52 na carreira hospitalar, 4 na carreira de saúde pública, 33 na carreira de clínica geral)

- Distrito Bragança-vagas por preencher (4 na carreira de saúde pública, 16 na carreira de clínica geral);

g) Ainda assim, o Governo mantém uma política de colocações de médicos baseada nos chamados serviços carenciados utilizando, como forma de reduzir os encargos orçamentais, a realização de contratos a prazo de três anos impedindo assim o planeamento descentralizado e a continuidade dos cuidados assistenciais a prestar às populações, já que as administrações das unidades de saúde se encontram periodicamente na contingência da cessação dos contratos a prazo dos médicos que asseguram o funcionamento daquelas. Tudo isto acontece quando existem, e seguramente por defeito, 1053 vagas por preencher e de concursos por efectivar nos quadros médicos dos estabelecimentos dependentes do Ministério da Saúde, conforme se verifica pelos números atrás citados.

3 - Deste conjunto de factos conclui-se:

- O Governo é o responsável directo, ou através dos seus representantes, pelo não preenchimento dos quadros médicos dos estabelecimentos dependentes do Ministério da Saúde e pela insuficiente capacidade instalada em meios técnicos nos mesmos estabelecimentos

- A ausência de médicos nos serviços do SNS é factor determinante para a manutenção e para o crescimento das listas de espera

- O não preenchimento dos referidos quadros permite evidentemente a contenção de despesas por parte do Ministério da Saúde

A lógica de poupança é extensiva à contratação de serviços para recuperação das listas de espera.

4 - Para o CRN da OM o programa de recuperação de listas de espera levanta, desde já, as seguintes questões:

- a) onde está a moralidade de um programa de recuperação de listas de espera que impede os médicos, que acumulam funções públicas e privadas, de contribuir para a resolução do problema em estabelecimentos privados de saúde, mas que, ao mesmo tempo, lhes permite concorrer ao referido programa, se se dispuserem a fazer exactamente a mesma coisa em instituições públicas?
- b) onde está a honestidade de um programa de recuperação de listas de espera que limita o acesso ao mesmo aos médicos que exerçam exclusivamente funções em unidades privadas quando é do conhecimento geral que é ínfimo o número de médicos apenas dedicados exclusivamente à actividade privada?
- c) quem fiscaliza a qualidade técnica dos serviços prestados, tendo em conta que a entidade que celebra os contratos (a Administração Regional de Saúde do Norte) é, ela própria, a entidade reguladora do programa de recuperação das listas de espera?
- d) será que este programa não se destina a financiar artificialmente os serviços públicos de saúde?
- e) quais as garantias que são dadas aos doentes no que respeita à qualidade dos serviços que lhe irão ser prestados, tendo em conta que o preço é factor determinante para a adjudicação de contratos com entidades não portuguesas?
- f) onde está a preocupação pela humanização dos cuidados de saúde quando a ARS-Norte adopta políticas que podem forçar os doentes a percorrer centenas de quilómetros só porque quer impedir os médicos portugueses, que exercem funções públicas e privadas, de aceder aos concursos referentes ao programa de recuperação de listas de espera?
- g) onde está a humanidade de um programa de recuperação de listas de espera que, no caso de ausência de resposta por entidades privadas portuguesas, significa para os doentes uma de duas coisas: ou continuar a esperar eternamente pelas inexistentes capacidades humanas e logísticas do SNS ou sujeitar-se, pseudovoluntariamente, a uma viagem de turismo forçado, sem apoio social e familiar?
- h) quais as normas do direito internacional que permitem aos doentes ressarcir-se de danos causados por profissionais de saúde não portugueses?
- i) a quem poderão os doentes assacar responsabilidades (nos planos ético, técnico, civil, disciplinar e penal) pela existência de erro ou negligência resultante da prática de actos médicos realizados por profissionais não portugueses e com actividade sediada fora de Portugal?
- j) estão a ARS-Norte e o Ministério da Saúde dispostos a indemnizar os doentes pelos danos causados por intervenções realizadas no estrangeiro quando foram aquelas entidades que obrigaram os doentes a sujeitar-se àquelas intervenções?
- k) em caso de complicações médicas resultantes dos actos realizados fora do país (previsivelmente cerca de 10 a 20%), quem serão os profissionais de saúde encarregados de as solucionar?
- l) será que, nestes casos, a ARS se propõe realizar um novo contrato com entidades estrangeiras ou cometerá aquele trabalho precisamente aos mesmos médicos que impediu de acederem ao programa de recuperação de listas de espera?

5 - Por tudo isto, os doentes portugueses tem razões de sobra para estar preocupados; não só porque, como se demonstrou, este programa é uma operação de cosmética, como também porque a cura pode ser pior que a doença. É neste contexto, e no cumprimento das suas funções estatutárias que o CRN delibera:

- a) Anunciar publicamente aos doentes portugueses que a Ordem dos Médicos disponibilizará os seus peritos para avaliar a qualidade técnica dos actos médicos a que aqueles forem sujeitos no estrangeiro bem como para eventuais acções de peritagem necessárias à avaliação das implicações médico-legais das complicações resultantes daqueles actos, tal como acontece para todos os doentes intervencionados por médicos portugueses em estabelecimentos de saúde nacionais;
- b) Reinvidicar junto de Sua Excelência a Senhora Ministra da Saúde a abertura imediata de um novo concurso para contratualização do programa de recuperação das listas de espera que permita o acesso a todos os médicos e restantes profissionais de saúde, que queiram participar no referido programa, aplicando-o indistintamente em unidades públicas ou privadas e independentemente do regime de actividade laboral dos profissionais envolvidos (seja ele exclusivamente público, exclusivamente privado ou misto).

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos.

dem dos Advogados no passado dia 16 de Outubro, com a presença do Presidente da Ordem dos Médicos e do Prof. Doutor Rui Nunes, da Comissão Regional Consultiva de Ética e Deontologia Médicas.

6 – Decorreu no passado dia 20 de Novembro, o **Juramento de Hipócrates dos novos médicos** que concluíram a licenciatura em Medicina em 1999, integrado nas XVII Jornadas de Introdução ao Internato Geral. Nesse dia, foi oferecido um Jantar Comemorativo aos novos médicos e, no âmbito daquelas Jornadas, decorreu, na Casa do Médico, no dia 16 de Novembro um Sarau Musical.

C - Organização Interna Nacional

1 – A Ordem dos Médicos tem uma nova página na Internet: <http://www.ordemdosmedicos.pt>. Esta página, criada sob a coordenação do colega Miguel Guimarães, substitui a antiga.

2 – Ocorreu no dia 10 de Novembro uma **Reunião Inter-**

Colégios em que o CRN advogou a proposta da necessidade absoluta de apenas ser a Ordem dos Médicos, a única entidade portuguesa a quem compete exercer, em exclusivo, o direito de voto na União Europeia dos Médicos Especialistas, bem como nas respectivas Secções Monoespecializadas.

3 – O CNE da Ordem dos Médicos deliberou com a concordância da Secção Regional do Norte **solicitar uma reunião com a nova Ministra da Saúde**, para a qual pretende agendar os seguintes temas, entre outros:

- reforma do sistema de saúde
- revisão das competências dos órgãos dos internatos dependentes do Ministério da Saúde
- revisão do Estatuto Disciplinar dos Médicos e das competências em matéria técnica e disciplinar cometidas à Inspeção Geral de Saúde e à Direcção Geral de Saúde
- criação de uma comissão mista entre o Ministério da Saúde e a Ordem dos Médicos, que acompanhe regularmente a acção legislativa do Ministério da saúde e que aos médi-



EM DEFESA DO BOM NOME DOS MÉDICOS

Doc. 10 (20/07/99)

Ex.mo Senhor

Director do Jornal de Santo Tirso

Chegou ao conhecimento do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos uma notícia referente ao Centro de Saúde de Negrelos publicada no Jornal de Santo Tirso, em 12 de Março de 1999 e da autoria do Sr. Manuel F. Silva.

As afirmações aí produzidas colocam em causa o bom nome dos médicos em geral, mas sobretudo o dos médicos do Centro de Saúde de Negrelos.

Após contacto com o Jornalista Francisco Carneiro, que teve a grande amabilidade de compreender os motivos desta Carta, peço a Vossa Ex.ª a publicação do texto seguinte no Jornal de Santo Tirso. Peço-lhe que entenda este pedido, não como um direito de resposta ao Jornal que Vossa Ex.ª superiormente dirige, mas sim como resposta às afirmações do Sr. Manuel F. Silva.

“EM DEFESA DO BOM NOME DOS MÉDICOS DO CENTRO DE SAÚDE DE NEGRELOS”

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos tomou conhecimento das afirmações produzidas pelo Sr. Manuel F. Silva, no Jornal de Santo Tirso de 12 de Março de 1999, que são evidentemente atentatórias do bom nome dos médicos do Centro de Saúde de Negrelos.

Na referida carta o referido Senhor faz considerações de vários tipos, e que se podem resumir a:

- advogar a extinção dos centros de saúde*
- acusar os médicos de arrogância e agressividade*
- propor a reciclagem das funcionárias do Centro de Saúde de Negrelos*

No que se refere à extinção dos Centros de Saúde, o CRN da Ordem dos Médicos sugere ao Senhor Manuel F. Silva que se dirija a Sua Excelência a Senhora Ministra da Saúde, propondo-lhe essa medida ou, quiçá, disponibilizando-se para seu conselheiro.

No que se refere à reciclagem das funcionárias do Centro de Saúde de Negrelos que apresente as suas queixas à Administração Regional de Saúde do Norte.

No que se refere aos médicos, a generalidade das acusações que faz insere-se num certo estilo que pretende responsabilizar os médicos por tudo o que de mal acontece no sistema de saúde. Creio, como Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, que tal se deve a ignorância. Ignorância quanto às condições de trabalho em que os médicos exercem a sua profissão. Ignorância quanto aos meios que os médicos possuem para exercer com dignidade a sua actividade profissional. Ignorância quanto às normas processuais e administrativas a que obedece a realização da actividade médica.

Não obstante a ignorância, as acusações do Sr. Manuel F. Silva são de tal forma genéricas e não fundamentadas que mais parecem destinar-se a gastar tempo, papel e caneta, que, conforme afirma, não lhe faltam. Pela parte da Ordem dos Médicos acusações não fundamentadas equivalem a difamação. Mesmo admitindo que o Sr. Manuel F. Silva é um benemérito, que deve exercer a sua actividade profissional gratuitamente, porque condena os médicos por auferirem de pagamento (a que chama sugar os doentes) pela sua actividade. Mesmo admitindo que o Sr. Manuel F. Silva não saiba a diferença entre Medicina e Veterinária, o que o leva, até, a recomendar a extinção dos Centros de Saúde. Mesmo admitindo que o Sr. Manuel F. Silva preferiria recorrer a um consultório veterinário, em França, do que a um Centro de Saúde, em Portugal. Mesmo admitindo tudo isto, o Senhor Manuel F. Silva estará, certamente, consciente que a difamação pode não ficar impune. Mesmo num país do Terceiro Mundo, como considera Portugal. Sobretudo num País em que a Ordem dos Médicos tem orgulho nos médicos que representa.

Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos

cos diga respeito

- análise da formação médica contínua dos médicos integrados nas carreiras médicas
- realização da prova de acesso ao internato complementar em Outubro de 1999 por médicos que não reuniam condições para tal
- ponderação de factores de correcção das médias de licenciatura em medicina
- exercício da clínica privada em estabelecimentos públicos de saúde

D - Relações com os Órgãos de Comunicação Social

1 – Mantiveram-se os contactos com os órgãos de comunicação social nos moldes em que têm sido realizados.

2 – Face a notícias injuriosas realizadas no Jornal de Santo Tirso visando o bom nome dos médicos do Centro de Saúde de Negrelos, foi enviada àquele jornal a resposta que consta do Doc. 10.

E - Relações Internacionais

1 – O CRN tem integrado as delegações da Ordem dos Médicos nas diversas organizações internacionais, mais assiduamente através dos colegas José Pedro Moreira da Silva e Hernâni Vilaça. No âmbito da União Europeia dos Médicos Especialistas foi aceite a proposta portuguesa no sentido de ser a **Ordem dos Médicos, em exclusivo, a qualificar a validade de quaisquer reuniões científicas**, quando e nos termos que esta considerar convenientes.

F - Casa do Médico

1 – **Existem ainda apartamentos** cujos títulos de habitação vitalícia poderão ser adquiridos por 17000 contos (pagos na totalidade ou em prestações) e também apartamentos mobilados, para aluguer mensal, por 135 contos. Poderão ainda ser alugados quartos para médicos em tran-

sito, por períodos variáveis de tempo por 9000\$00 (single) 11500\$00 (duplo).

2 – Está prevista a **realização das seguintes actividades socio-profissionais e culturais:**

- **“Exposição do Museu Egas Moniz: Comemoração do Cinquentenário da Atribuição do Prémio Nobel da Medicina”**, de 9 a 28 de Dezembro de 1999.
- **“O Espírito e a Música: Concertos de Música Clássica”**:
 - em 28 de Novembro de 1999, no Salão Nobre, às 18 h - Programa de Trio / Música de Câmara, com Radu Ungureanu (violino) Vicente Chuaqui (violoncelo) Constantin Sandu (piano) e Abel Pereira (trompa).
 - em 11 de Dezembro de 1999, no salão nobre às 18h - Quarteto Capela, com António Anjos (violino) Jorge Teixeira (violino) Barbara Fredhoff (viola) Maria José Falcão (violoncelo) e Orquestra da Fundação Calouste Gulbenkian.
 - em 20 de Dezembro de 1999, no salão nobre às 21h.30 - Orquestra Metropolitana de Lisboa, Maestro Miguel Graça Moura.
 - em 12 de Janeiro de 2000, no salão nobre às 21h.30 - Jovens Intérpretes, com Luísa Tender (piano) e Rómulo Assis (violino).
- **“Risco Profissional Médico”**, em 17 de Janeiro de 2000, às 21h.30.
- **“Lei da Saúde Mental”** em 14 de Fevereiro de 2000 às 21h.30.
- **“Qualidade em Saúde”** em 13 de Março de 2000 às 21h.30.

Em datas a definir:

- Em Fevereiro de 2000, “Recital de Piano” com António Rosado (piano).
- Em Março de 2000, “Concerto” com Quarteto Lacerda.
- Em Abril de 2000, “Concerto” com Medici Ensemble.
- Em Maio de 2000, “Concerto” com Orquestra Nacional do Porto, Maestro Jorge Vaz Carvalho.



ACONTECEU:
4 A 15 DE NOVEMBRO DE 1999:
EXPOSIÇÃO DE PINTURA A ÓLEO
“DÁDIVAS DO TEMPO”, DE
MARIA CÂNDIDA ENES