



13
TRIMESTRAL



RECEITA MÉDICA N.º (código de barras)		Local de Prescrição (código de barras)		LOGOTIPO M. DA SAÚDE
Utente:		Nome:		
Telefone:		Especialidade:		
Entidade Responsável:		Contacto telefónico:		
N.º de beneficiário:				
Médico: (código de barras)				
R/Designação do medicamento, dosagem, forma N.º		Exten		Ident óptica
farm. a dimensão da embalagem		50		
1)				
Posologia:				
2)				
3) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> História e fornecimento de a dispensa de um medicamento genérico				
Assinatura do médico prescriptor:				
4) <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Não autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico				
Assinatura do médico prescriptor:				
Data:		Assinatura do médico prescriptor:		
Valida		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Não autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico		

**Sou médico,
sei o que prescrevo**

Substituição nas farmácias, não!

Director **Miguel Leão**
Editor **Miguel Guimarães**

Conselho Editorial
Alfredo Soares
Ana Antunes
Ángelo Azenha
António Neto
Fátima Carvalho
Fátima Oliveira
Hernâni Vilaça
José Afonso Domingues
José Pedro Moreira da Silva
Machado Lopes
Marlene Lemos
Nelson Pereira
Olimpia Carmo
Pedro Silva
Torres da Costa

Secretário **José Maria Moreira**

Propriedade e administração
Secção Regional do Norte da
Ordem dos Médicos
Rua Delfim Maia, 405 – 4200-256 Porto
Telefone 225070100 • Telefax 225502547

Registo **Instituto da Comunicação Social, nº 123481**
Depósito-Legal nº **145698/02**
Periodicidade **Trimestral**
Tiragem **12.000 exemplares**

Redacção, composição e montagem
MEDISA - Edições e Divulgações Científicas, Lda
Rua Gonçalo Cristóvão, 347 - s/217
4000-270 Porto
Telefone 222001479 • Telefax 222001490
office1@medisa.pt
Fotolito **3N**
Impressão **INOVA - artes gráficas**



2 Editorial
Miguel Leão

Política de Saúde

- 4 «2003 vai ser o ano da estabilização da asneira»
Miguel Leão, em discurso directo, sobre a actuação do ministro da Saúde
- 8 «Internos não podem servir para colmatar falta de pessoal»
Ana Antunes, o elo de ligação entre a SRNOM e os recém licenciados

Opinião

- 12 Reflectindo sobre a investigação em Cirurgia
Prof. Doutor Manuel Cardoso de Oliveira
- 16 Ensino pós-graduado em Urologia
Prof. Doutor Mário Reis
- 20 «A pública confissão de um caloteiro»
Dr. Silvino Bacelar, sobre a cobrança de quotas em atraso
- 22 Hospital Padre Américo – Vale do Sousa
«Apontamentos para uma reflexão séria», por um grupo de médicos daquele hospital

Notícias

- 24 «Assimetria penaliza o norte»
SRNOM critica a distribuição das vagas hospitalares para especialistas
- 26 Protocolo com o Grupo Totta
Condições favoráveis para os médicos da SRNOM
- 27 Festa de Natal para as crianças
Um rotundo êxito, com cerca de 500 pequenos convidados
- 28 Juramento de Hipócrates
Agora começa a vida de médico

Cultura

- 30 História médica portuense – X
A. S. Maia Gonçalves
- 34 A Liturgia do tempo – Parte III
Pintura e poesia de Sejo Vieira

Informação Institucional

- 38 Actividades desenvolvidas pela SRNOM
- 44 Transformação dos hospitais em empresas públicas
Dossier especial 1
- 48 Medicina geral e familiar
Dossier especial 2
- 48 Agressões a médicos
Dossier especial 3
- 63 Agenda do Centro de Cultura e Congressos

DE COMO SE ALTERAM AS TEMPERATURAS POLÍTICAS OU COMO A POLÍTICA É A CONTINUAÇÃO DA GUERRA POR OUTROS MEIOS



Miguel Leão
Presidente da SRNOM

No meu último editorial antevi a possibilidade de uma deterioração evidente e fundamentada das relações da Ordem dos Médicos com o Ministério da Saúde. Infelizmente tinha razão e os flocos de neve de um Inverno ameno transformaram-se em gelo fervente.

Esta Revista demonstra bem que o Estado de Graça do Senhor Ministro da Saúde terminou. Cito como primeiro exemplo ilustrativo a legislação relativa à destruição da especialidade de Medicina Geral que motivou o repúdio generalizado dos médicos congregando, como não há memória, as críticas uníssonas e negativas da Ordem dos Médicos, da APMCG, da FNAM e do SIM. Veja-se ainda a legislação referente à transformação de Hospitais que não passa de uma operação puramente cosmética, onde, para além de se acabar com qualquer tipo de carreira médica, se visa desorçamentar as dívidas das unidades hospitalares e, talvez não acessoriamente, arranjar umas centenas de empregos para gestores da indústria pesada ou ligeira, eventualmente desempregados.

Mas se tudo isto não bastasse foi publicado no passado dia 2 de Dezembro o Decreto-Lei 271/2002 onde se prevê a prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI) para os medicamentos para os quais existam genéricos disponíveis.

A mesma legislação e aquela que define o novo modelo de Receita Médica (publicado na página ao lado) prevê que o médico possa autorizar (ou não) o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico através do preenchimento de uma quadrícula. Nos termos da lei, o não preenchimento de qualquer das quadrículas ou seu preenchimento simultâneo implica aceitar a substituição da prescrição.

Fácil é verificar-se que o modelo de receita acima referido permite uma utilização abusiva da mesma que pode ser adulterada, facilmente e em qualquer momento, mediante a aposição de uma cruz no espaço reservado ao campo "autorizo o fornecimento ou a dispensa de um medicamento genérico". Dito de outro modo, de acordo com o modelo anexo e exemplificando com um exemplo prático, o médico pode assinalar que autoriza a dispensa de um medicamento genérico para a prescrição 1 e 4 e que não autoriza para a prescrição 2 e 3, assinando a receita em conformidade. Ora, como o médico já após a sua assinatura para a prescrição 1 e 4, qualquer pessoa (designadamente o farmacêutico ou um simples ajudante de farmácia) pode, com uma simples esferográfica, acrescentar uma simples cruz nas quadrículas 2 e 3. Visto que a lei

prevê que, quando as quadrículas estejam assinaladas em simultâneo há lugar à substituição da prescrição, fica demonstrada a com que facilidade qualquer receita médica pode ser falseada.

Estas decisões foram tomadas contra o parecer da Ordem dos Médicos e revelam uma excessiva tendência cosmética do Senhor Ministro da Saúde. Em vez de permitir o livre estabelecimento de farmácias e terminar com o monopólio actualmente existente, em vez de eliminar o sistema de capitação para o licenciamento de novas farmácias, em vez de permitir a venda de medicamentos não sujeitos a receita médica em estabelecimentos comerciais, o Senhor Ministro preferiu entregar os doentes às decisões dos ajudantes de farmácia, agora autorizados e estimulados a substituir a prescrição médica.

Neste contexto e considerando que:

- nos termos da lei e do Código Deontológico, o médico, ao prescrever, está obrigado a discutir com o seu doente as opções terapêuticas disponíveis.
- os médicos não podem aceitar, em circunstância alguma, a adulteração da prescrição que estabeleceram com o consentimento informado dos seus doentes.
- os médicos não podem tolerar que ajudantes de farmácia substituam a sua prescrição porque não aceitam entregar a saúde dos doentes a quem não possui qualificação para prescrever.

O CONSELHO REGIONAL DO NORTE RECOMENDA FORMALMENTE A TODOS OS MÉDICOS QUE ASSINALEM NAS NOVAS RECEITAS TODAS AS QUADRÍCULAS (1, 2, 3, 4) NO CAMPO “NÃO AUTORIZO O FORNECIMENTO OU A DISPENSA DE UM MEDICAMENTO GENÉRICO”.

DEVEM AINDA OS MÉDICOS RASURAR DE FORMA CLARA O CAMPO “AUTORIZO O FORNECIMENTO OU A DISPENSA DE UM MEDICAMENTO GENÉRICO” DE FORMA A IMPEDIR A FALSIFICAÇÃO DA SUA PRESCRIÇÃO OU ATÉ DA SUA ASSINATURA.

NÃO O FAZER SIGNIFICA PODEREM VIR A SER RESPONSABILIZADOS POR UMA PRESCRIÇÃO QUE EFECTIVAMENTE NÃO REALIZARAM.

ASSIM, ABAIXO INDICA-SE A FORMA CORRECTA DE PREENCHER A RECEITA MÉDICA.

The image shows a medical prescription form with the following sections:

- RECEITA MÉDICA N.º (código de barras)**: Prescription number and barcode area.
- Local de Prescrição (código de barras)**: Location of prescription and barcode.
- LOGOTIPO M. DA SAÚDE**: Logo of the Ministry of Health.
- Utente**: Patient information including name, telephone, and address.
- Entidade Responsável N.º de beneficiário**: Responsible entity and beneficiary number.
- Médico (código de barras)**: Prescriber name and barcode.
- Nome, Especialidade, Contacto telefónico**: Prescriber's name, specialty, and phone number.
- R/Designação do medicamento, dosagem, forma N.º**: Medication name, dosage, and form.
- Extensão**: Extension field.
- Ident. Opção**: Identification option field.
- Posologia**: Four quadrants (1, 2, 3, 4) for indicating the frequency of medication.
- Assinatura do médico prescriptor**: Signature of the prescriber.
- Data**: Date of prescription.
- Validade: 10 dias úteis**: Validity period of 10 business days.
- XXXX**: A red circle highlights this text in the dispensing authorization section, indicating that the prescriber does not authorize generic dispensing.
- Miguel Leão**: The signature of the prescriber, also highlighted with a red circle.

MIGUEL LEÃO ACUSA O MINISTÉRIO DA SAÚDE DE TENTAR
AFASTAR OS MÉDICOS DOS CENTROS DE DECISÃO

«2003 VAI SER O ANO DA ESTABILIZAÇÃO DA ASNEIRA»



O PRESIDENTE DA SECÇÃO REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS (SRNOM) SENTE-SE DEFRAUDADO NAS EXPECTATIVAS GERADAS EM TORNO DO ACTUAL MINISTRO DA SAÚDE. MIGUEL LEÃO ADMITE QUE SE ENGANOU E CONFESSA QUE EM RELAÇÃO A CORREIA DE CAMPOS A ÚNICA DIFERENÇA DE LUÍS FILIPE PEREIRA “É QUE NÃO INSULTA PUBLICAMENTE OS MÉDICOS”. OUTRAS? “SINCERAMENTE NÃO VEJO”, SUBLINHOU. POR ISSO, E DEPOIS DE UM ANO DE 2002 MARCADO POR MEDIDAS POLÉMICAS QUE ESTÃO A GERAR A INDIGNAÇÃO POR PARTE DOS MÉDICOS, MIGUEL LEÃO PREVÊ UM INVERNO QUENTE. E LÁ PARA O FIM DE 2003, O ANO QUE CARACTERIZA COMO “A ESTABILIZAÇÃO DA ASNEIRA”, “ENTÃO VAI-SE VER O QUE DERAM OS NOVOS GESTORES INDUSTRIAIS DOS HOSPITAIS, VAI-SE VER QUAL É O SALDO NEGATIVO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE” E TIRAR AS DEVIDAS ILAÇÕES. OU NÃO FOSSE, COMO LEMBROU, A SOBREVIDA POLÍTICA DE UM MINISTRO DA SAÚDE DE 30 MESES. “VAMOS VER SE AS ESTATÍSTICAS SE MANTÊM”, EQUACIONA O PRESIDENTE DA SRNOM.

«Nortemédico» – Acabou de entrar em vigor o novo modelo de prescrição médica. Como prevê o funcionamento deste sistema?

(Miguel Leão) – Mau. O modelo aprovado foi contra o parecer da Ordem dos Médicos, uma vez que permite a fraude. A partir do momento em que um médico assinala a autorização da prescrição de um medicamento genérico, podem ser acrescentadas na receita, com enorme facilidade e de uma forma completamente anónima, cruces que assinalam a dispensa de outros genéricos que não foram prescritos. Nestas circunstâncias, vamos recomendar formalmente aos médicos para nunca assinalarem a autorização da dispensa de medicamento genéricos. A recomendação é feita não só no editorial desta revista, como será enviada uma carta para casa dos médicos e será feita uma conferência de imprensa sobre esta matéria. A verdade é que os médicos não têm a garantia de que o seu receituário não será adulterado, e a única forma de defender os interesses dos doentes é impedir que um ajudante de farmácia possa fazer a substituição. O sr. ministro entende que um ajudante de farmácia é capaz de alterar a prescrição, está no seu pleno direito, mas nós temos também o direito de entender que os doentes não podem ficar entregues aos ajudantes de farmácia.

Considera que esta é uma medida irresponsável de Luís Filipe Pereira?

Não. É uma medida perfeitamente responsável do sr. ministro que sabe exactamente aquilo que quer, e ele quer exactamente que os ajudantes de farmácia substituam a prescrição dos médicos. É uma medida perfeitamente responsável.

Teme consequências para os médicos?

Não. Nós solicitamos que fosse revogado o despacho do Dr. Correia de Campos, que prevê que os médicos sejam beneficiados por prescrever genéricos. O ministro da Saúde ainda não o fez, mas a verdade é que os médicos não têm nenhum benefício, nem nenhum prejuízo com esta medida. Devem apenas continuar a receitar aquilo que consideram melhor para os doentes e mais nada. Se prescrevem genéricos, com o despacho em vigor, até podem ter benefícios, mas não os queremos. Não queremos benefícios de ninguém, nem de genéricos, nem de medicamentos de marca, nem de nenhuma empresa de capitais privados... A recomendação que temos de fazer é que os doentes não sejam tratados pelos ajudantes de farmácia.



○ MINISTRO OPTOU POR UMA OPERAÇÃO DE COSMÉTICA

Recentemente a SRNOM apelou aos médicos para não aderirem aos contratos individuais de trabalho que estão previstos no âmbito da empresarialização dos hospitais. Porquê?

Existem três razões fundamentais. A decisão da adesão ao contrato individual de trabalho é, nos termos da lei, irrevogável e, por isso, o médico não pode voltar atrás. Assim sendo, o médico fica absolutamente dependente das decisões que são discricionárias dos conselhos de administração que não são conselhos de administração quaisquer. Têm cinco elementos e na maioria dos casos pessoas completamente alheias à área da saúde. Para as chefias dos conselhos de administração, segundo os números nacionais, 14 por cento dos nomeados são médicos, 30 por cento são administradores hospitalares e os restantes, 56 por cento, são pessoas ligadas a outros sectores industriais, que provavelmente o sr. ministro conhecia a sua anterior experiência profissional. Sendo várias pessoas ligadas aos sectores da indústria, pesada ou ligeira, imagino que os seus conhecimentos na área da saúde são limitados. Até porque parece que vai haver um curso intensivo para essas pessoas, durante 10 dias para aprenderem gestão hospitalar, o que também dá uma ideia do significado das nomeações realizadas. As pessoas são primeiro nomeadas e só depois é que lhes ensinam como é que hão-de gerir as unidades de saúde. Mas isso, provavelmente, faz parte de uma posição altamente responsável do sr. ministro da Saúde. De qualquer das formas, ficar na mão destes conselhos de administração é uma coisa que, rigorosamente, os médicos não devem fazer. Por fim, com a adesão ao contrato individual de trabalho não há nenhum tipo de diferenciação técnico-profissional e, portanto, acaba qualquer tipo de carreira médica. Nestas condições, a única fórmula que os médicos actualmente integrados nas carreiras têm para se opor a esses poderes discricionários e resistirem, ainda que parcialmente, à impossibilidade de progredirem na carreira e de serem uns escravos dos tais gestores da indústria pesada e ligeira, é não aderirem aos contratos individuais de trabalho.

Portanto, a SRNOM é contra a transformação dos hospitais em sociedades anónimas de capitais públicos com este modelo.

Com este modelo é contra. Até porque estas sociedades anónimas revelam uma afinidade por parte do sr. ministro à cosmética. Não digo plástica porque essa cirurgia é mais científica. Objectivamente, com este modelo passam a ser valorizados os patrimónios dos hospitais e como o défice sector empresarial do Estado não é valorizado para as contas do Orçamento... É evidente que esta é uma operação de engenharia financeira que visa dizer que graças a esta grande medida, o défice orçamental diminuiu 0,2 ou 0,4 por cento, que pode ser importante em termos de objectivos políticos. Isto é uma operação de cosmética feita numa clínica não licenciada.

Se os conselhos de administração fossem maioritariamente compostos por médicos, a SRNOM já poderia estar de acordo com o modelo?

É todo o conjunto que tem de ser avaliado. Toda a organização dos diplomas visa afastar os médicos dos centros de deci-

são, visa acabar com as carreiras médicas, visa criar aqui uma relação de grande dependência sem grande saída e, por isso, isto tem de ser entendido no conjunto. Agora, se os contratos individuais pudessem ser revogáveis, se houvesse mecanismos de progressão técnica, se existisse a possibilidade de equiparação de carreiras privadas e carreiras públicas, se os médicos tivessem a responsabilidade da gestão, se os conselhos de administração não fossem um conjunto de comissários... Ou seja, se o diploma não fosse este, se calhar era bom.

Já falou aqui em dois apelos. O primeiro de os médicos recusarem a prescrição de genéricos no actual modelo, o segundo para que os médicos não adiram aos contratos individuais de trabalho. É uma tentativa de boicotar a política do ministro da Saúde?

Não é boicotar, são recomendações. Se os médicos acharem que querem ver adulterada a sua prescrição, não aceitarão a recomendação da Ordem; se acharem que também estão disponíveis para serem escravos desses gestores de indústria pesada ou ligeira, podem optar pela adesão aos contratos individuais. O sr. ministro tomou as decisões que entendeu, a Ordem dos Médicos toma as opções que entende. Vamos ver qual é o resultado final. Se calhar, daqui a um ano teremos uma ideia do que aconteceu no sector da saúde e depois veremos, como diria Sun Tzu, qual foi o resultado da guerra.

PRESSÃO DAS ASSOCIAÇÕES MÉDICAS EVITOU CAOS NO SISTEMA DE SAÚDE

Outra das ideias do ministro da Saúde prende-se com a profissionalização das Urgências. Prevê-se que este modelo arranque em Fevereiro no Hospital de S. João, mas mais uma vez a SRNOM não está entusiasmada com a ideia...

Ainda não sei qual é o modelo que vai ser aplicado. Aliás, ninguém sabe muito bem. Há várias propostas e muita coisa em cima da mesa. Os modelos possíveis estão inquinados pela questão que é perceber se o objectivo é melhorar a assistência, ou se é poupar dinheiro. A minha convicção profunda é que o ministro da Saúde quer poupar dinheiro e tem todo o direito disso. Agora, vamos ver como é que as coisas vão funcionar. O sistema estava para se iniciar em Setembro, passaram quatro meses e julgo que ainda vão passar mais dois, porque a informação que tenho é de que é só vai arrancar em Março. Em alguns hospitais, dependendo do seu grau de diferenciação, existem todas as especialidades durante 24 horas por dia, nomeadamente no Hospital de S. João. Vamos ver se no novo modelo se mantém assim. Se isso não acontecer, repito aquilo que disse. Se por caso deixar de haver médicos das diversas especialidades, faremos um apelo aos doentes para que não recorram ao Hospital de S. João, visto que ele deixou de ter condições, graças a esse projecto que é da responsabilidade política do ministro da Saúde, para prestar os serviços que até agora prestava. É uma responsabilidade da Ordem dos Médicos alertar os doentes para re-



correrem aos serviços que acha que são capazes de atender esses doentes em melhores condições. Mas, sinceramente, acho que ainda vai correr tanta água debaixo das pontes que é muito prematuro estar a fazer especulações sobre um projecto que já está seis meses atrasado.

Apesar de a Lei de Gestão Hospitalar ter recolhido alguns adeptos por parte dos profissionais da saúde, a verdade é que as coisas parecem estar a inverter-se...

Neste aspecto, o sr. ministro parecia ter começado bem. Tenho a impressão de que ele ficou um bocadinho naquela situação do chamado corredor da maratona. Ou seja, quis correr em grande velocidade os 200 metros, esquecendo-se que estava a correr a maratona. Usando uma linguagem técnica, começou a entrar em exaustão energética no início do percurso. Começou bem, com a questão dos poderes dos directores de serviço, mas depois, com a nova legislação relativamente às sociedades anónimas, veio, na prática, retirar aquilo que tinha feito com a Lei de Gestão Hospitalar, como é possível confirmar. Ou seja, os tais poderes dos directores de serviço são apenas para os hospitais não empresarializados. Podem dizer que a intenção não era essa, mas é o que está publicado nos decretos lei.

A ideia de Luís Filipe Pereira para a medicina geral e familiar foi já uma derrota?

O sr. ministro tinha muitas ideias. Mas se não tivesse havido pressão das associações médicas, o sistema de saúde estava um caos. Nesta matéria aconteceu isso, primeiro com a ideia dos orçamentos clínicos ou de não serem médicos a dirigir os centros de saúde... Depois, as versões foram evoluindo. Formalmente ainda não sabemos qual a versão final. No entanto, parece que foi aprovada há pouco tempo uma outra com algumas emendas realizadas em Conselho de Ministros. Esta avança mais uma vez na lógica dos contratos individuais de trabalho, o que na prática significa a extinção da carreira da medicina geral e familiar. Ou seja, o mesmo que acontece no meio hospitalar.

EXPECTATIVAS EM LUÍS FILIPE PEREIRA SAÍRAM DEFAUDADAS

Na sua opinião, todas estas questões que foram abordadas e que marcaram o ano de 2002 no sector da Saúde eram as mais urgentes?

Essa é uma pergunta que tinha mais lógica fazer ao ministro da Saúde. Relativamente aos directores dos serviços, deu com uma mão e tirou com outra. Na promoção dos genéricos utilizou uma estratégia errada. Em vez de querer envolver os médicos, e ao contrário do que lhe tínhamos dito, que o direito de substituição devia ser um acto positivo, optou por uma receita que é tecnicamente errada e burocratizada. No que diz respeito à rede de cuidados primários sabe-se o resultado que deu. É uma união histórica de todas as associações médicas a contestar o projecto. Portanto, o sr. ministro deve ter lido mal o programa de Governo, ou então leu-o bem e está a executá-lo mal.

Faz agora exactamente um ano que enumerou no editorial da «Nortemédico» uma série de expectativas sobre a chegada de uma nova política de Saúde, sabido que era a grande discordância que tinha com as medidas de Correia de Campos. Um ano depois, que balanço faz da gestão do novo ministro?

As expectativas estão absolutamente defraudadas. Ao fim de alguns meses, um ministro que consegue abrir uma guerra

completa em todos os sectores da saúde, tem alguma coisa de errado. Com excepção da Associação Nacional de Farmácias – e entendo porquê, uma vez que existe agora a possibilidade de colocar farmacêuticos e ajudantes de farmácia a substituir medicamentos –, não há ninguém no sector da saúde a apoiá-lo. As minhas expectativas estão completamente defraudadas visto que a única diferença (adjectiva) em relação ao Dr. Correia de Campos é que o Dr. Luís Filipe Pereira não insulta publicamente os médicos. Outras diferenças? Sinceramente não vejo.

O que falhou?

Esperava que o sr. ministro percebesse a saúde, mas admito perfeitamente que tenha sido um defeito meu. Vendo as coisas retrospectivamente e provavelmente influenciado pelas experiências institucionais que tive, quer com o Dr. Arlindo de Carvalho, quer com a professora Manuela Arcanjo, que não eram da área da saúde, até estava convencido de que era possível alguém que não era da saúde perceber o sector. Vendo bem, confesso que a experiência da indústria química e da electricidade não pode dar muito mais. Provavelmente foi um erro interpretativo meu, esperar que ele poderia perceber e sentir a saúde como tinha acontecido com Arlindo de Carvalho, Manuela Arcanjo e Maria de Belém Roseira. Mas é a vida, toda a gente se engana e eu admito aqui que me enganei redondamente.

QUESTÕES TÉCNICAS FICARAM NA GAVETA

Acha, portanto, que vai ser um Inverno quente?

Acho que vai ser um Inverno quente no sector da saúde. Para o sr. ministro não sei se será quente ou frio, porque isso depende dos critérios térmicos que ele utiliza para as suas decisões políticas. Agora, que vai ser um Inverno conflituoso no sector da saúde, não tenho grandes dúvidas.

Está na altura de Durão Barroso mudar de ministro da Saúde?

Essa é uma pergunta que mesmo que eu pudesse responder não lhe responderia.

Porquê?

Com o tempo, tenho a certeza que o primeiro-ministro vai ter a percepção daquilo que está acontecer e é óbvio que o sector da saúde não está desligado das outras actividades governamentais. O primeiro-ministro tem de medir, em cada momento, os intérpretes que coloca à frente dos diversos ministérios. Não vou responder, porque qualquer resposta que viesse a dar, por razões privadas e públicas, poderia ser mal interpretada. Uma coisa é a análise da política do sr. ministro, outra coisa é a forma e o momento de resolver os seus erros.

Na última entrevista que deu à «Nortemédico» assumiu que um dos objectivos era impedir que Correia de Campos sobrevivesse politicamente. Luís Filipe Pereira pode também ser alvo desse objectivo?

Aqui a arte da guerra também se aplica. A sobrevivência política dos ministros também depende do tempo e a arte da guerra, como diria Sun Tzu, que aliás é um inspirador do sr. ministro da Saúde, implica que se tenha paciência. Por isso, se calhar daqui a seis meses respondo-lhe.



O Acto Médico, ou as reformas no internato geral e complementar são assuntos que têm, em contrapartida, ficado na gaveta.

Exactamente. Propusemos discutir isso ao sr. ministro, mas ele não nos deu resposta. Não são assuntos que provavelmente o interessem, dada a sua formação. O Conselho Regional do Norte irá propor formalmente que o Conselho Nacional Executivo marque uma reunião com o sr. ministro para discutirmos a questão da definição da receita médica que é colateral à definição de Acto Médico, no sentido de avaliar se o sr. ministro está disponível para discutir outras questões que não sejam apenas as questões de cosmética do Serviço Nacional de Saúde. Mas, até agora, sobre questões de natureza técnica, o sr. ministro não revelou a mínima preocupação ou interesse para as discutir.

SOBREVIDA POLÍTICA DOS MINISTROS DA SAÚDE TEM SIDO DE 30 MESES

Inicia-se agora um novo ano. Neste momento, quais são as expectativas?

Acho que vai ser o ano da estabilização da asneira. No fim do ano, vamos ver o que deram os novos gestores industriais dos hospitais, vamos ver qual é o saldo negativo do Serviço Nacional de Saúde, vamos ver o que é que se gastou em medicamentos. Nessa altura já deverá ser possível fazer uma leitura das medidas políticas que estão tomadas. Actualmente, há três hipóteses: mantém-se o ministro, mantém-se as políticas; mantém-se o ministro, mudam-se as políticas, muda-se de ministro e muda-se de políticas. A pior delas é, obviamente, manter-se o ministro e as políticas. No fim do ano já vai ser possível fazer um balanço dos resultados e aí é preciso retirar as consequências políticas das medidas adoptadas. Depois, veremos se está tudo na mesma, se está melhor ou pior. Vai ser um ano de balanço porque não creio, em nome da coerência, que o sr. ministro vá mudar de ideias, sob pena de cair no ridículo. Quem fez tanta coisa, com tanta convicção, é porque acredita no que está a fazer e isso é importante. Naturalmente, há uma responsabilidade política que terá de assumir, quando depois das medidas colocadas no terreno se virem os resultados.

A SRNOM continuará a ter uma voz activa contra ou a favor das medidas deste ministro?

Tomaremos sempre as nossas posições, quer estejamos ou não de acordo. Nesse aspecto não houve diferença de tratamento nos vários ministros que passaram, como Maria de Belém Roseira, Manuela Arcanjo, Correia de Campos e, agora, Luís Filipe Pereira. No entanto, temos sempre no horizonte que a sobrevida média dos ministros da Saúde em Portugal, nos últimos 15 anos, é de 30 meses. E vamos lá ver se a estatística se confirma ou não.

Há quem considere que a SRNOM tem assumido posições radicais. Que comentário lhe merece esta crítica?

Se é radical ser contra o sistema de contratos individuais de trabalho, ser contra a destruição da medicina geral e familiar e ser contra a fraude na receita médica, então temos muito gosto em ser radicais.

Mas, por exemplo na questão dos contratos individuais de trabalho houve um afastamento do Bastonário da Ordem dos Médicos, da posição assumida pela SRNOM...

É verdade. Essa foi uma questão que não foi discutida no Conselho Nacional Executivo, mas, se for, a posição da Secção Regional está tomada, embora a Ordem dos Médicos possa depois assumir uma posição oficial diferente da nossa. Aceitamos perfeitamente que o Bastonário da OM se afaste da posição da SRNOM.

APROXIMAR OS MÉDICOS DA INSTITUIÇÃO

Faz agora também um ano que tomou posse, pela segunda vez consecutiva como presidente da SRNOM. Em diversas cerimónias internas falou num clima de paz interno, que balanço faz?

Inicialmente tivemos um período de algumas reestruturações internas, e fomos arrancando com actividades culturais, com a abertura do portal de saúde. No fundo, com coisas que são menos mediáticas, mas que também são importantes para o funcionamento da Ordem. Até Junho, foi um trabalho de organização interna que correu bem. Depois, entramos na fase do recomeçar as discussões com o Ministério da Saúde. Foram dois trabalhos diferentes. O primeiro é aquele que tem efeitos que não são tão visíveis, mas também são úteis. Tivemos aquelas coisas normais, como o Juramento de Hipócrates, ou uma festa de Natal para crianças familiares de médicos que foi um êxito rotundo.

O objectivo é também aproximar os médicos à instituição?

Sim. Embora o principal objectivo da Ordem não seja fundamentalmente aspectos de carácter lúdico, essa é também uma forma de libertar os médicos daqueles afazeres diários mais penosos. É uma função supletiva que é importante, no sentido de permitir uma identificação maior dos médicos com a instituição.

ANA ANTUNES É O ELO DE LIGAÇÃO ENTRE A SRNOM E OS RECÉM LICENCIADOS

«INTERNOS NÃO PODEM SERVIR PARA COLMATAR FALTA DE PESSOAL»



POR SER O ELEMENTO MAIS JOVEM DA SECÇÃO REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS, Ana ANTUNES É O ELO DE LIGAÇÃO ENTRE A ESTRUTURA E OS INTERNOS. E OS PROBLEMAS PARA OS RECÉM LICENCIADOS NÃO SÃO POUCOS. A EMPRESARIALIZAÇÃO DOS HOSPITAIS, POR EXEMPLO, LEVANTA QUESTÕES LIGADAS À FORMAÇÃO DOS NOVOS MÉDICOS, TEMENDO-SE QUE OS INCENTIVOS INERENTES A ESTA POLÍTICA ACABEM POR RELEGAR A FORMAÇÃO DENTRO DAS UNIDADES DE SAÚDE PARA SEGUNDO PLANO. RECUSANDO A FUNÇÃO DE "TAPA BURACOS", A FUTURA ANESTESISTA DEFENDE, POR OUTRO LADO, UMA ALTERAÇÃO À LEI QUE REGULAMENTA O INTERNATO COMPLEMENTAR. É QUE AO CONTRÁRIO DO QUE ACONTECE MUITAS VEZES, DIZ, "OS INTERNOS COMPLEMENTARES DEVEM FAZER AS 12 HORAS DE URGÊNCIA SEMANAIS INTEGRADAS NA ESPECIALIDADE QUE ESTÃO A FREQUENTAR NESTA ALTURA". QUANTO À DURAÇÃO DO INTERNATO GERAL, Ana ANTUNES PENSA QUE OS DOIS ANOS SÃO NECESSÁRIOS PARA UMA BOA FORMAÇÃO.

Tem 25 anos de idade e nem sempre quis ser médica. Foi o gosto pelos assuntos da saúde que a levaram a decidir-se, tendo acabado o curso da Faculdade de Medicina do Porto, no Hospital de S. João, há dois anos. "É uma profissão nobre, onde temos oportunidade de desenvolver uma actividade que nos moraliza e moraliza os outros", justifica Ana Antunes, prestes a iniciar uma nova etapa da sua carreira: o Internato Complementar que a vai «levar» até ao Hospital de Santo António. Em Outubro fez o exame de acesso à especialidade, o momento em que acabou por decidir o resto da sua vida. Confessa-se ainda um bocado "atónita", pois não é fácil escolher. "Apenas uma minoria de pessoas sabe o que quer. A maioria hesita e na hora em que está a dizer eu quero esta especialidade, as dúvidas ainda persistem", explica, revelando que acabou por optar pela especialização em anestesia.

Apesar da azáfama profissional, Ana Antunes aceitou o repto lançado por Miguel Leão para integrar, em 2001, a lista para os órgãos da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos (SRNOM). Inicialmente, conta, sentiu medo, até porque a anterior par-



ticipação na Associação de Estudantes na Faculdade de Medicina do Porto nada tinha a ver com o projecto que iria abraçar. A Secção Regional, argumenta, “significa um outro patamar, uma vez que engloba um conjunto de outras responsabilidades”. Mas o «bichinho» que sempre a levou a interessar-se para além dos livros levou-a a aceitar o desafio e, volvido um ano complicado, garante estar agora a 100 por cento para se envolver com as questões logísticas. E, tendo em conta que faz a ligação com os jovens internos, existem muitos assuntos que é preciso avaliar...

(nortemédico) – Quais são os problemas mais graves que os jovens médicos têm, actualmente, de enfrentar?

(Ana Antunes) – No âmbito da política da saúde actual, tem-se discutido muito a empresarialização dos hospitais. E essa é, de facto, uma questão sobre a qual temos algum receio. Se é verdade que podem existir aspectos positivos relativamente a essa medida, também é verdade que existem muitas coisas que, definitivamente, são menos boas. No documento que está a ser elaborado pelo Ministério da Saúde, há uma falha gravíssima relativamente aos jovens, que se prende com o papel da formação nesses hospitais. Fala-se muito nos incentivos aos médicos que mais produzirem, mas, para isso, os profissionais precisam de tempo. O que acontecerá a um formador de um interno? Ele terá de dispender tempo nessa função, durante o qual não vai estar a produzir, e não vai ter um número concreto que lhe poderá dar acesso aos tais incentivos. É, realmente, um aspecto que nos assusta.

O acesso dos estudantes às faculdades de medicina é também uma questão que é muitas vezes foco de discussão, já que são precisas médias muito altas para conseguir a entrada. Uma vez que passou há pouco tempo por essa experiência, o que pensa sobre esta matéria?

O acesso tem de ser limitado e não podemos cair no erro de outros países e admitir demasiados alunos. O curso de medicina é muito caro e não se pode correr o risco de se estar a formar médicos para, depois, acabarem no desemprego. Temos de seriar os alunos de alguma maneira e, por isso, concordo com o sistema de exames. O facto de as médias terem disparado e o facto de ser extremamente difícil entrar numa faculdade de medicina é um assunto relativo. Se calhar as médias de entrada estão muito altas porque os exames são mais fáceis.

Relativamente ao sexto ano profissionalizante, a verdade é que este programa não é uniforme em todas as Universidades. É um problema que tem de ser resolvido?

O sexto ano profissionalizante arrancou na Universi-

dade de Coimbra, mas ainda não existe, por exemplo, na Faculdade de Medicina do Porto. Em Biomédicas existe, mas ainda não se sabe até que ponto é mesmo profissionalizante. Enquanto esta matéria não estiver completamente homogeneizada não se pode pensar em reduzir, ou alterar, o Internato Geral. Mas mesmo no momento em que existir um sexto ano profissionalizante em todas as faculdades, é necessário avaliá-lo e ver até que ponto é que se pode reduzir, ou não, o Internato Geral. Extinguir é completamente impossível.

Mas concorda com a existência deste sexto ano profissionalizante?

Concordo, até porque considero que a faculdade e o ensino devem-se tornar mais práticos.

DESIGUALDADE ENTRE ESPANHÓIS E PORTUGUESES

Ainda sobre o Internato Geral, já há alguns anos que se discute a alteração da duração desta formação. Dois anos é, ou não, o tempo ideal?

Realmente tem havido algumas ideias que apontam no sentido de extinguir, ou apenas diminuir, a duração do Internato Geral. No entanto, penso que esse é um período extremamente importante. Depois da formação da faculdade, não nos sentimos minimamente preparados para a responsabilidade da prática da medicina. Por isso, considero que o Internato Geral é essencial para nos formar na prática, para termos um contacto directo com os doentes e para adquirirmos conhecimentos que não obtivemos na faculdade. A partir dessa altura, já pensamos como médicos, e não como alunos, e também somos encarados como médicos. Esta perspectiva é muito importante. O Internato Geral consegue dar-nos a visão de médico, tendo, porém, em conta que ainda não estamos completamente preparados para exercer, porque a formação que nos dão na faculdade de medicina não é suficiente para isso acontecer.

No entanto, quem optar por tirar um curso de medicina em Espanha e vier exercer para Portugal é beneficiado, uma vez que esses alunos não são obrigados a fazer os dois anos de Internato Geral...

É verdade. Os alunos de medicina espanhóis, após terminarem o curso, podem fazer logo o nosso exame de acesso à especialidade e prosseguirem directamente para o Internato Complementar. Agora, não sei até que ponto eles estarão completamente preparados para isso.

Mas não acha que devia haver mecanismos legais em Portugal que não permitissem essa equi-



valência, ou seja, que obrigassem esses alunos a cumprir, no nosso País, os dois anos de Internato Complementar, para que não houvesse desigualdades?

Acho que sim. Penso que deveriam todos passar pelo Internato Geral. Mas isso já implica Leis Comunitárias que não dá para contornar.

Qual seria a solução para haver igualdade?

Passaria pelos nossos vizinhos serem obrigados a fazer o Internato Geral, porque, como acontece actualmente, podemos dizer que eles acabam por passar à nossa frente. No entanto, prefiro fazer os seis anos e o Internato Geral, sabendo que eles nos passam à frente, do que reduzirem os dois anos de Internato Geral só para haver igualdade de circunstâncias. A formação é muito importante e nós aprendemos muito durante esse período.

E se houver uma proposta de redução do Internato Geral para apenas um ano, concorda?

Acho que essa hipótese deveria ser muito bem pensada, tendo em conta como estivesse a qualidade do ensino pré-graduado... Mas, continuo a afirmar, que a duração de dois anos não é exagerada.

INTERNOS SÃO EXPLORADOS

Na sua opinião, o ensino pré-graduado e pós-graduado em Portugal estão bem estruturados?

Poderia haver lugar a alterações não de duração, mas de estrutura. Por exemplo, nós temos o exame de acesso à especialidade depois dos dois anos de Internato Geral, mas poderia ser feito no fim da faculdade. Aliás, a Ordem dos Médicos tinha um projecto de reforma dos internatos que contemplava exactamente essa questão. Ou seja, fazer o exame no final dos seis anos da faculdade, altura em que se poderia escolher imediatamente a especialidade a seguir. Depois, entrava-se na primeira fase de internato, durante dois anos, que seria muito semelhante ao actual Internato Complementar, mas um pouco mais vocacionado para a área de especialização escolhida. A ideia era a de que o aluno continuasse a ter um tutor e a exercer medici-

na tutelada, mais na sua área, para que depois exercesse a actividade como interno complementar já com mais responsabilidades.

São reformas que têm estado encravadas...

Sim, realmente têm ficado na gaveta.

Na prática, existe um bom funcionamento dos internatos?

Isso é um assunto muito subjectivo, porque depende de hospital para hospital e de pessoa para pessoa. Como vou iniciar o Internato Complementar em Janeiro, tenho mais experiência no Geral. Nessa fase, se há locais em que uma pessoa se sente um bocado abandonada, ou seja, não sabe muito bem qual é o nosso papel, há outros em que trabalhamos bastante e nos sentimos verdadeiramente integrados numa equipa. Aí sentimos que aprendemos e praticamos bastante. Em relação ao Internato Complementar, a ideia que me transmitem, é a de que os internos são carne para canhão. Acabam por ser um bocado escravizados, uma vez que são quem move um hospital. Exactamente em relação ao Internato Complementar, gostaríamos que fossem feitas algumas alterações. Um interno complementar em medicina geral e familiar, por exemplo, tem de passar por várias valências, como obstetrícia, medicina interna, psiquiatria... O que nós defendemos, e gostávamos que ficasse escrito, é que o interno complementar, enquanto está a fazer determinada valência, deve fazer as 12 horas de urgência semanais na especialidade que escolheu. Actualmente, nesta área, há uma certa confusão, porque enquanto o interno está a fazer a especialização em medicina geral e familiar é chamado a fazer 12 horas de urgência no hospital. O que nós achamos é que os médicos do Internato Complementar devem fazer 12 horas de urgência semanais, integradas na especialidade que estão a frequentar nessa altura, com a presença de um assistente graduado ao seu lado. Caso se esteja numa especialidade em que não existe serviço de urgência organizado nessa área de especialização, então o interno não deve ser chamado para fazer urgência noutra especialidade, mas deve ver essas horas integradas no seu horário normal de serviço.

Assim, o interno complementar poderia exercer a sua actividade específica e unicamente na área de especialização que escolheu?

Exactamente. Assim, não haveria hipótese para que fosse chamado para tapar buracos e colmatar a falta de pessoal que possa existir noutras especialidades. A nossa função é ser formado, e isso é o que significa um internato.

Utilizou expressões como “tapa buracos”. Acha que os jovens internos acabam por ser um pouco explorados, durante esse período de formação?

Sim, especialmente os internos complementares. De várias conversas que tenho, as pessoas sentem-se cansadas e exaustas, pela quantidade de trabalho que têm de fazer no seu hospital ou centro de saúde.



Mas, como admitiu, existem internos que não têm sorte no hospital ou no centro de saúde onde são integrados. Acha que devia ser criada uma política de incentivos aos tutores, para que fossem, assim, “obrigados” a dar mais atenção os internos?

Isso é bastante complicado. O que eu penso é que se devia responsabilizar mais as pessoas e os tutores do internato para terem a consciência de que estão a formar futuros especialistas que precisam de apoio. Faz parte do trabalho médico ser tutor.

REORGANIZAÇÃO DAS VAGAS MERECIA UM ESTUDO

Quais são as suas expectativas, em relação ao actual ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira?

Tenho algumas reservas. Existem alguns indícios de projectos deste Governo em que os mais novos são esquecidos e preteridos.

Mas, por exemplo, o modelo de profissionalização das urgências que vai começar a ser implementado no Hospital de S. João é, segundo o Ministério, uma política de aposta nos jovens...

(sorriso) Mas já têm muitos jovens nas urgências. O que acontece actualmente no S. João, por exemplo, é que os internos complementares de primeiro e segundo ano são obrigados a fazer 12 horas de urgência extraordinária de atendimento geral, independentemente da especialidade em que estejam inseridos. Um interno complementar de patologia clínica, que está mais dedicado às análises laboratoriais, tem de, obrigatoriamente, fazer 12 horas de urgência extraordinária... É o chamado tapa buracos. Por isso, eles já têm muitos jovens a trabalhar nas urgências. Agora, tenho dúvidas de que a profissionalização avance e muito menos que resulte na melhoria das urgências do Hospital S. João.

Relativamente aos ordenados dos internos, considera que, actualmente, são justos ou deveriam merecer uma reapreciação?

Para ser sincera, considero que relativamente ao Internato Geral é um ordenado justo. Não posso reclamar, já que se trata de uma altura mais de formação e de pouca responsabilidade, onde, teoricamente, trabalhamos 35 horas semanais. Já no Internato Complementar acho que o ordenado é insuficiente e, por isso, merecia uma revisão. Mas essa é uma área mais de carácter sindical, do que propriamente da Ordem dos Médicos.

Em Portugal, discute-se a falta de médicos e a consequente contratação de profissionais estrangeiros, mas, por outro lado, também é verdade que, após toda a formação, existem médicos que correm o risco de ficar no desemprego. Como explica estas duas realidades?

É preciso sublinhar que, em termos de médicos, não estamos muito atrás da média da União Europeia e é verdade que quando acabamos o Internato Complementar podemos perfeitamente ficar no desemprego. Penso que o problema passa por uma distribuição dos médicos. É preciso verificar que especialidades são precisas, onde é que são precisas e fazer um estudo, que julgo nunca ter sido feito em Portugal, para saber se, efectivamente, há falta de médicos no nosso País. Assim, poderia ser feita uma reorganização das vagas do Internato Complementar.

«SRNOM TEM-SE APROXIMADO DOS JOVENS»

O que a levou a aceitar o convite para integrar as listas da SRNOM, nas últimas eleições?

Durante os seis anos que estive na Faculdade de Medicina, no S. João, fiz parte da Associação de Estudantes. Portanto, acho que isto é um «bichinho» que já está dentro de nós. Sempre gostei de conciliar os estudos com outras actividades. Quando terminei o meu curso pensei que essa outra vertente iria ficar de parte e, a partir de então, passaria apenas a dedicar-me à profissão. No entanto, tive um convite por parte do Dr. Miguel Leão para integrar as listas da SRNOM. No início, ainda pensei duas vezes antes de aceitar. Mas é aquilo de que falava no início, daquele «bichinho» que está dentro de nós e que não nos deixa parar.

Passado um ano, que balanço é que faz?

Faço um balanço bastante positivo. Acabei o curso em 2000 e nesse primeiro ano estive a meio gás, porque ainda não fazia parte da lista, mas já estava por dentro da dinâmica da Ordem dos Médicos. Em 2001 entrei para as listas, embora também tenha sido um ano a meio gás, porque tive o grande exame de acesso à especialidade em Outubro. Mas, agora, estou a 100 por cento e com vontade de fazer mais.

Considera que a SRNOM tem conseguido cativar e aproximar os jovens à estrutura?

De há uns anos para cá, noto que a Ordem dos Médicos se tem aproximado das gerações mais jovens. Notei esta aproximação quando ainda era estudante na faculdade, porque me senti cada vez mais próxima da Secção Regional, enquanto que nos primeiros anos isso não acontecia. Mas, principalmente a partir desta lista que encabeça a SRNOM, nota-se uma aproximação das gerações mais novas ao trabalho e às actividades da instituição.



ENSINO PÓS-GRADUADO EM UROLOGIA



Professor Doutor **Mário Reis**
Director do Serviço de Urologia do H. S. João • Professor da Faculdade de Medicina do Porto

INTRODUÇÃO

A problemática do ensino Pós-Graduado em Urologia é complexa e envolve várias vertentes, nomeadamente de política da saúde, política social e pedagógica, interesses pessoais e hospitalares, com as condicionantes daí resultantes. O número de especialistas a formar por ano, local de formação, regime dos internos (exclusividade, tempo integral), são exemplos claros de opções políticas. Algumas destas inserem-se em tentativas do governo para fixação dos jovens especialistas em áreas de menor procura, outras visam aspectos económicos. Por vezes os objectivos fundamentais do Internato são descurados ou mesmo desvirtuados por motivos que nada têm a ver com a pedagogia do ensino e com a finalidade de formar especialistas capazes de corresponderem às necessidades da comunidade que irão servir.

Actualmente o título de Urologista é conferido aos médicos que realizem com aproveitamento o Internato Complementar e o exame final – exame de titulação única. A regulamentação cabe ao Ministério da Saúde e está contida no Decreto-lei n.º 695/95. Os requisitos previstos no Regimento do Colégio da Especialidade de Urologia, apro-

vado pelo CNE, que regulamentavam o Internato, não foram contemplados na actual legislação do Ministério da Saúde e por isso a Ordem dos Médicos não dispõe de mecanismos directos de controle da qualidade do ensino durante o período de formação. Pode intervir no exame final porque cabe à Ordem dos Médicos nomear três dos cinco membros do Júri do exame final. Outro modo de intervir na defesa e valorização da qualidade do ensino pós-graduado reside na atribuição, ou não, da Idoneidade aos serviços candidatos à formação de Especialistas. O actual modelo de internato na área da Especialidade de Urologia tem, de modo geral, cumprido com a sua missão. Os jovens especialistas são eficientes, tanto na área dos conhecimentos como na área gestual, e obtêm bons resultados nos exames realizados a nível internacional, como acontece no “Board Europeu”. A nova dinâmica existente na maioria dos hospitais centrais associada a uma diminuição do número de médicos em formação e a um aumento do número de horas de tempo operatório tem permitido, de modo geral, uma preparação curricular cirúrgica apropriada. Há porém, a outros níveis, bastantes falhas ou mesmos erros que importa corrigir. O progresso vertiginoso registado ultimamente modificou completamente o panorama. A realidade é outra e dela devem decorrer ajustes, nomeadamente na distribuição do tempo e na escolha das valências mais adequadas à nova realidade. A avaliação e certificação das componentes informativa, formativa e de treino prestadas pelos diversos locais de formação exige também uma reflexão. Acreditamos que a Ordem dos Médicos pode e deve exercer uma acção complementar do Ministério da Saúde, porventura mais rápida e mais dinâmica, no sentido de se conseguir modificar alguns aspectos, nomeadamente uma uniformização do processo de Titulação Única.

OBJECTIVO DO INTERNATO DE UROLOGIA

O objectivo do internato é formar especialistas na área de Urologia de acordo com os assuntos e campos e as técnicas diagnósticas e terapêuticas previstos na definição da Especialidade de Urologia (Artigo 22.º do Regimento do Colégio da Especialidade de Urologia). A Especialidade de Urologia abrange: assuntos de conhecimento geral, de conhecimento detalhado, de conhecimento profundo, e alguns acumulam estes tipos.

A actual preparação inclui o ensino de conhecimentos e gestos para que possam actuar eficazmente junto da comunidade que irão servir. Porém, o tempo é insuficiente, sendo difícil abranger eficazmente todos os procedimentos. Torna-se necessário fazer opções para que os jovens especialistas tenham uma preparação geral que lhes permita uma eventual di-

ferenciação posterior, de acordo com as necessidades. Interessa formar urologistas pluripotenciais, e não super-especialistas altamente diferenciados mas apenas úteis em centros restritos. Parece-nos óbvio que um especialista destinado a desenvolver actividade num hospital distrital, mais ou menos periférico, necessita prioritariamente de conhecimentos básicos sólidos, gestos seguros, bom senso e poder de decisão para patologias frequentes. As decisões deveram basear-se na clínica mais do que em meios complementares de diagnóstico. Os gestos devem ser sobretudo eficazes e porventura menos sofisticados.

ACESSO AO TÍTULO

A admissão ao Internato faz-se por concurso de âmbito nacional, cabendo a sua organização ao Departamento de Recursos Humanos de Saúde do Ministério da Saúde (Artigo 23º). Até ao momento não se verificou uma atempada programação que previsse uma eventual falta de cuidados médicos urológicos. Entretanto houveram alterações demográficas da população com consequente aumento das patologias do foro urológico, que em conjugação com o envelhecimento dos quadros técnicos deu origem a uma falta de médicos urologistas.

A escolha do médico recém formado é condicionada pelo número de vagas, lugares na lista de Serviços Idóneos, classificação pessoal e não pela livre opção do candidato. Nestas circunstâncias, o que motiva o candidato são razões diversas, nomeadamente, económicas, de previsão de futura vaga, de previsão de emprego na cidade onde vive, preferência por um hospital que oferece formação adequada, ou preferência por um hospital que oferece melhores condições de vida. Quando a oferta é superior à procura, acentuam-se as possibilidades de escolha menos adequada e multiplicam-se os factores de escolha inadequada. O Serviço formador em nada interfere na escolha, mas devia poder intervir na escolha do candidato, pois um desejo pode não corresponder a uma vocação. Pelo menos, uma entrevista devia ser inserida no processo de candidatura para avaliar a capacidade e gosto pelos gestos cirúrgicos. Também seria aconselhável que os Serviços formadores apresentassem previamente uma lista do staff médico formador, um programa e meios de ensino e a oferta de valências. Antigamente o candidato ao requerer o estágio recebia os seguintes documentos:

- a) regimento do colégio; b) lista dos serviços idóneos;
- c) normas de elaboração do curriculum vitae; d) cader-
neta do estágio

Hoje o médico Interno não tem qualquer vinculo à Ordem dos Médicos até requerer a inscrição no Colégio da Especialidade. A Ordem não sabe quantos médicos Internos existem e quais são porque não há qualquer tipo de relação. Existe a obrigação legal de avaliação anual dum relatório de actividades. Porém, é um processo interno dos Serviços que pode ser controlado apenas no exame final com os inconvenientes óbvios e eventual prejuízo do próprio Interno.

LOCAIS DE ENSINO PÓS-GRADUADO

O ensino faz-se actualmente nos serviços hospitalares indicados pelo Ministério da Saúde após ouvida a Ordem dos Médicos sobre a Idoneidade dos Serviços, através de parecer consultivo elaborado pelo Colégio da Especialidade. Os pareceres do Colégio da Especialidade sobre a Idoneidade devem basear-se em critérios de rigor e com provas irrefutáveis do cumprimento dos protocolos e das exigências previstas para a idoneidade total ou parcelar.

O estágio de Urologia está regulamentado pelos Artigos 24º e 25º do Colégio da Especialidade e compreende um programa a ser ministrado durante um período de tempo total de 72 meses.

O Artigo 30º define as condições a que deve obedecer um Hospital Idóneo para estágio completo: suficiente espaço físico, pessoal médico, pelo menos um com o título de Chefe de Serviço e dois Assistentes Hospitalares. Define também o número de camas (mínimo entre 15-20), movimento (400-500 doentes/ano, número de intervenções/ano (300-400), consultas (mais de 3000). Obriga a ter serviço de urgência, actividades de investigação e ensino, secretariado, arquivo, biblioteca.

Consideramos importante a publicação, investigação clínica e a promoção do gosto pela investigação básica. Isto só é possível adquirir em instituições com hábitos de apresentação regular de casos clínicos de doentes, comunicações orais ou escritas e revisões de temas, gosto pela actualização com métodos como Journal Club, organização de reuniões e outros métodos para além da prática clínica. O ensino pré-graduado tem influência positiva na formação do interno. Hoje consideramos indispensável a possibilidade de utilizar a Internet. A falta destes requisitos inibe um serviço de idoneidade total.

O tema de quem pode ter a responsabilidade para dar formação é sensível e susceptível de manipulação por interesses extra ensino pós-graduado, nomeadamente interesses de ordem política. Por exemplo, para facilitar ao preenchimento de lugares em Hospitais periféricos. Pode haver também a tentação de utilizar os médicos Internos para colmatar falhas do quadro hospitalar e utilizar os Internos em tarefas para os quais não estão habilitados sem a devida tutela. Actualmente existe uma pulverização dos centros de ensino e da responsabilidade de formação, a meu ver prejudicial para o ensino que se pretende. A responsabilidade de formação de um Especialista deve pertencer exclusivamente a um hospital considerado com Idoneidade Total. Como pode um hospital sem patologia diversificada, sem consultas gerais, sem material adequado e sem urgência geral formar um interno pluripotencial? Como pode dar treino suficiente de RTU, tratamento da litíase com Litotricia Extracorporal com Ondas de Choque



(LEOC), cirurgia da litíase, endourologia, traumatologia, urologia da mulher (incontinência urinária e disfunção sexual? Como pode haver ensino sem Monitores credenciados (Assistentes graduados e Chefes de Serviço) onde, segundo a lei, um médico deveria ser o tutor específico de cada formando. Na formação é importante a existência dum ambiente permanente de ensino e investigação (comunicações e publicações, investigação clínica e básica) só possível num Hospital Central. Hospitais sem Idoneidade Total deveriam receber médicos em formação por períodos mais ou menos alargados e segundo protocolos com hospitais Centrais com Idoneidade Total. Alguns hospitais, embora sem Idoneidade Total, terão condições para ter Internos próprios. Estes Hospitais apresentariam candidatura a ser apreciada pelo Colégio da Especialidade. Este emitiria parecer favorável após comprovação da existência efectiva de condições e protocolos com outros hospitais para as valências em falta. Os Hospitais com Idoneidade Total devem fazer protocolos com Hospitais sem Idoneidade ou com Idoneidade Parcial para que os Internos possam adquirir experiência em patologias menos frequentes nas unidades centrais vocacionadas para a resolução das grandes patologias. Também devem ser realizados protocolos com Hospitais com características específicas, nomeadamente Institutos de Oncologia, ou outros com determinadas áreas mais desenvolvidas, como transplantação renal, LEOC, ou com Institutos de investigação básica.

QUEM ENSINA

O núcleo de médicos formadores é assunto crucial. No ensino pós-graduado é indispensável a existência de aptidões pedagógicas (conhecimentos, capacidade pedagógica e gestual). O actual regulamento do Colégio exige, para que um Serviço seja considerado idóneo, pelo menos, um médico com o título de Chefe de Serviço e dois Assistentes Hospitalares. Um núcleo com estas dimensões nunca poderá ter Idoneidade Total, pois numa altura de grande pressão para aumento da produtividade assistencial, um quadro exíguo impede um ensino pós-graduado de qualidade. Os médicos eventualmente formadores não têm tempo disponível e os médicos Internos ficam totalmente desamparados e na realidade autodidactas. É evidente que Hospitais dotados dum corpo médico com preocupações pedagógicas e experiência de ensino apresentam potenciais mais valias para o ensino de médicos Internos. A possibilidade de os próprios médicos Internos poderem usufruir, ou até colaborar, num ambiente académico só pode trazer vantagens. Finalmente, entendemos que a tutela deveria programar acções de formação de monitores.

DURAÇÃO DO INTERNATO

O internato de Urologia dispõe de 72 meses (6 anos) distribuídos do modo seguinte:

- 12 meses em cirurgia geral (1º anos)
- 51 meses de urologia (2º anos e seguintes)
- 3 meses de nefrologia (2º ano)
- 6 meses em serviços diversos:
- 2 meses em cirurgia vascular (3º anos ou seguintes)
- 2 meses de cirurgia plástica (3º anos ou seguintes)
- 2 meses de cirurgia pediátrica (3º anos ou seguintes)

Em muitos países, nomeadamente nos EUA, a duração

do internato é de 4 anos, mas exigem 2 anos de cirurgia geral prévia. Por outro lado as condições são habitualmente diferentes em número de médicos disponíveis para o ensino e em tempo integral. Com as actuais condições não consideramos viável alterar o tempo de aprendizagem. As técnicas actuais de diagnóstico e tratamento, nomeadamente as endourológicas sofreram dramático progresso mas têm uma curva de aprendizagem longa. Ureterorenoscopia, endourologia percutânea, diferentes tipos de litotricia e conhecimento básico das técnicas laparoscópicas têm de fazer parte integrante dos gestos urológicos dum urologista pluripotencial. Os meios de tratamento menos invasivos que se aplicam ao tratamento da HBP ou da incontinência urinária são novos conhecimentos e gestos a acrescentar aos antigos. Para tudo isto é necessário tempo, sendo necessário diminuir ou eliminar os estágios em Cirurgia Vascular (2 meses) e Cirurgia Plástica (2 meses). A nossa experiência mostra a inutilidade de muitos estágios onde os Internos servem apenas para fazer histórias. Também recebemos imensas queixas de médicos Internos que vão no mesmo sentido. Por outro lado, os Serviços a quem pertencem os Internos não têm qualquer interferência nos estágios. Não deixa de ser elucidativo que os serviços de Urologia não são chamados a intervir na formação de outras especialidades, nomeadamente na Cirurgia onde a componente Urológica seria bem útil. Por exemplo, o tempo passado em Cirurgia Vascular pode ser desprovido de qualquer interesse para os Internos dum serviço que tem um programa de transplantação renal. Os médicos Internos de serviços sem programa de transplantação poderiam fazer um estágio protocolado com um Hospital com transplantação renal. Do mesmo modo, Serviços de Urologia com capacidade para cirurgia reconstrutiva da uretra estão habilitados a ensinar os princípios básicos da cirurgia de reconstrução necessários ao futuro Urologista, dispensando assim o estágio na Cirurgia Plástica. Também me parece pouco útil o tempo passado em Cirurgia Pediátrica, até porque não se trata de Urologia Pediátrica. Talvez fosse mais útil aos doentes que os Pediatras fizessem estágios em Urologia.

Com as alterações sugeridas poderíamos ganhar 4 a 6 meses que seriam utilizados no aperfeiçoamento de técnicas de indiscutível utilidade, atrás referidas e na aprendizagem das novas técnicas. Pensamos que a laparoscopia é hoje uma técnica com indicações indiscutíveis em algumas/muitas patologias do foro urológico. Obviamente que não defendo o uso generalizado da laparoscopia em todos os hospitais até porque me parece ser de custo/benefício desfavorável. Porém, prevejo que o progresso seja rápido e a robotização da laparoscopia talvez venha a ser uma opção obrigatória num futuro mais ou menos breve e para o qual teremos de estar preparados. Também não nos devemos esquecer que a laparoscopia urológica está a ser feita, em muitos hospitais, pela Cirurgia Geral. Assim, devem haver alguns hospitais centrais com unidades de laparoscopia onde os Internos passariam obrigatoriamente algum tempo. Outra área de formação importante a incluir seria a

da investigação básica ligada à clínica onde centros de investigação dariam esta formação por intermédio dum protocolo.

PROGRAMA

Um programa de ensino tem a validade de meses ou na melhor das hipóteses de alguns escassos anos. Actualizar e adaptar às novas realidades é trabalho contínuo. Contudo deve existir uma base sólida de conhecimentos e gestos mínimos a ser respeitada, nomeadamente para patologias fundamentais. Actualmente os objectivos dos estágios estão previstos no Regulamento dos Colégios e dividem-se:

- Estágio de Cirurgia Geral;
- Estágio de Urologia - Objectivos de desempenho para o 2º ano, 3º ano, 4º ano, 5º ano e 6º ano;
- Estágios em Nefrologia, Cirurgia Vasculuar, Cirurgia Pediátrica e Cirurgia Plástica, com os respectivos objectivos;

Discrimina os níveis mínimos de desempenho global:

- Exames e técnicas de diagnóstico ou manobras e técnicas terapêuticas urológicas: entre 450-500
- Endoscopias: 100
- Uroradiológicos: 150
- Uroecográficos: 50

Actividades de valorização curricular – participações em eventos científicos, apresentações de casos clínicos, comunicações, posters e publicações. Embora se tratem de números mínimos e de sugestões verificamos que muitos serviços dificilmente podem atingir estes valores e a diversidade de actos pretendida pelo Regulamento do Colégio.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Os critérios de avaliação encontram-se regulamentados por Decreto-lei. O regulamento do Colégio no Artigo 36º determinava que o médico em formação enviase anualmente para o Conselho Directivo do Colégio, através da secção regional a que pertence, uma fotocópia da caderneta de estágio com registo das actividades. Com a Titulação Única, a caderneta do estágio deixou de ser obrigatória. Contudo, deveria ser feita uma reflexão sobre a sua utilidade, porquanto poderia ter importância fundamental na correcção atempada de desvios na formação. O Relatório de Actividades veio em certa medida substituir os objectivos da caderneta de estágio e deve conter comentários e apreciação dos responsáveis pelo estágio. A falta de cumprimento desta disposição poderá implicar anulação do respectivo ensaio. Segundo a lei (Portaria n.º 695/95), a formação deve ser alvo de um processo de avaliação contínua, feita em dois tempos diferentes, avaliação parcelar e avaliação global. Aqui assume particular relevo o Orientador de Formação, figura que deve possuir os princípios pedagógicos para cumprir com responsabilidade e metodologia os objectivos do ensino. O processo de avaliação parcelar integra a apreciação do Re-

latório de Actividades em conjunto com a avaliação anual dos Conhecimentos e Gestos (Desempenhos). A apreciação do Relatório de Actividades deve servir para avaliar o próprio Interno e corrigir eventuais deficiências dos locais de formação.

A Titulação Única é dada por um Júri constituído por cinco membros, dois pertencentes ao quadro do Ministério da Saúde (Director do Serviço e Orientador de Formação) e três nomeados pelo Colégio da Ordem dos Médicos. A Titulação Única tem o mérito de atribuir ao candidato a qualificação da certificação e a acreditação para o desempenho profissional responsável e autónomo e desenvolve-se numa Prova Única que compreende 3 tipos de avaliação, correspondentes às Provas Curricular, Clínica e Teórica. A maneira como tem funcionado o processo de avaliação tem mostrado virtualidades mas conta com inconvenientes dos quais salientamos a realização no Serviço Formador com inclusão no Júri do Orientador de Formação e o próprio Director do Serviço. O local e a constituição do Júri pode levar a dificuldades de isenção mas fundamentalmente impedem uma uniformização de critérios e classificações. Por isso, a Ordem dos Médicos, a meu ver bem, tem pugnado para que a Prova Final de Avaliação do Internato seja de dimensão nacional, efectuada por um Júri Único, obviamente rotativo por locais Regionais e em cuja constituição estejam representados o Ministério da Saúde e a Ordem dos Médicos.

FORMAÇÃO CONTINUA

A Formação Contínua ultrapassa já o âmbito do Internato Médico, mas o gosto pela contínua aquisição de conhecimentos e investigação deve ser incutida e incentivada durante o internato. O especialista pluripotencial para além de conhecimentos básicos sólidos e técnica essencial apurada deve poder evoluir no conhecimento e em técnicas que melhorem o diagnóstico, tratamento e prevenção das doenças. Assim, qualquer processo que conduza ao progresso e actualização do Interno ou do jovem Especialista é desejável e como tal deve ser acarinhada. Existem alguns sistemas de Formação Contínua, nomeadamente Educação Médica Contínua e Desenvolvimento Profissional Contínuo, recomendados pela Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS). Existe alguma controvérsia sobre o modo como se pode processar a implementação de um destes sistemas, nomeadamente quanto ao âmbito, nacional ou internacional mas que não cabe agora discutir.

REFLECTINDO SOBRE A INVESTIGAÇÃO EM CIRURGIA



Professor Doutor **Manuel Cardoso de Oliveira**
Director do Serviço de Cirurgia B do H. S. João • Professor da Faculdade de Medicina do Porto

A contribuição da investigação realizada pelos cirurgiões para o progresso da Medicina tem sido, a nível mundial, uma história de sucesso. Felizmente, Portugal não se excluiu deste processo, sendo oportuno recordá-lo, pois a memória do passado deve conservar um sentido para o presente e o futuro das nossas vidas, cabendo aos principais responsáveis apontar o caminho certo a todos os que integram os seus grupos de trabalho.

Com o correr do tempo, e muito especialmente nestas últimas dezenas de anos, as pressões da Saúde sobre os índices de rentabilidade assistencial e diminuição dos custos veio alterar um equilíbrio estável e frutuoso entre as diversas componentes dos hospitais com ensino, onde assistência, docência e investigação se combinavam harmoniosamente para que a sua tripla missão fosse cabalmente desempenhada. Actualmente esta problemática atingiu níveis de degradação absolutamente inaceitáveis, pois desde hospitais com ensino dirigidos por médicos sem sensibilidade para as questões da docência e da investigação, até à desvaloriza-

ção da mais valia que é formar médicos, especialistas e ter iniciativas muito válidas na área da Educação Médica Contínua, tudo tem contribuído para uma situação verdadeiramente insustentável. Não que se defenda o ultrapassado conceito de Hospital Universitário, como alguns o fazem sem priorizar a questão da assistência e as suas múltiplas exigências, mas também não aceitamos a secundarização a que as faculdades têm sido votadas, valha a verdade, por vezes por culpa de alguns dos seus responsáveis. Num país como o nosso, pequeno, avesso a mudanças atempadas e geralmente muito superficial no tratamento dos problemas, não surpreende que a crise tenha contornos mais graves. Por isso o tema que nos ocupa - o da investigação em Cirurgia - ganha uma importância fundamental e justifica uma abordagem detalhada, tanto mais que o mau entendimento do que ela é tem provocado decisões perversas em concursos hospitalares (onde infelizmente está despidoradamente desvalorizada) e sobretudo universitários. Não estou a falar da mudança de critérios na sua valorização consoante as circunstâncias, pois este é outro tipo de mal que, infelizmente, não tem remédio fácil e tem causado devastadoras e indevidas promoções cuja carga negativa se vai fazer sentir por muitos anos. Referimo-nos à equivocidade da definição do que é a investigação em Cirurgia. O tipo de investigação que interessa prioritariamente à Cirurgia vem sendo definido nas melhores revistas mundiais da especialidade e até nalguns excelentes livros dedicados a esta problemática. Não obstante, eu julgo, com o devido respeito, que há ainda muita confusão nesta matéria, pelo que se torna necessário desfazer os tais equívocos que podem acarretar funestas consequências. Não quero chegar à situação extrema de uma personagem do nosso meio cirúrgico que, em tempos, com um optimismo invejável e uma autoconvicção desmedida sentenciou solenemente que "para mim investigação é tudo". Como não consta que fizesse alguma coisa que, em boa verdade, pudesse ser considerada investigação, é forçoso concluir tratar-se de uma definição de contornos oximóricos que, como tal, deve ser tratada, mas que demonstra cabalmente o grau de desconhecimento na matéria em discussão.

Vollmer define investigação como uma actividade no espaço da ciência que intenta reunir novos resultados. Ao definir-se investigação em Cirurgia limita-se o seu âmbito a assuntos relacionados com ela. Popper,



por seu turno, enfatizou a necessidade de testar hipóteses e analisar falhanços na avaliação da tecnologia e dos “outcomes”. No mesmo sentido vai a definição de Troidl e McKeally que fala da aplicação do método científico à Cirurgia. Por isso a investigação na área da Cirurgia inclui experiências laboratoriais, investigação clínica (algoritmos, teoria das decisões, ensaios clínicos, metanálise, investigação na sala das operações, nos cuidados intensivos e nos Serviços de Saúde, análise de “outcomes” clínicos) e trabalhos de biologia molecular, genética e epidemiologia. Para além disso, é ainda importante investigar na área das novas tecnologias (cirurgia mini-invasiva, cirurgia endoscópica, sistemas de realidade virtual, robótica, telemedicina, informática, tecnologias de informação) e na da Educação em Cirurgia.

A fraca representação dos cirurgiões nos organismos que habitualmente atribuem as bolsas e a falta de qualidade de algumas propostas para investigação originadas em Departamentos de Cirurgia têm sido responsáveis pelas dificuldades de financiamento que, nesta área, se registam em todo o mundo. Mas haverá deficiências metodológicas na investigação em Cirurgia que fragilizam as suas candidaturas? Julgamos que os nossos Departamentos não devem correr isolados, antes se privilegiando a articulação harmoniosa com as bases científicas da Cirurgia, à semelhança, de resto, com o que se passa na assistência aos doentes, o que só criará sinergias. Uma outra questão que merece ser reflectida é o “timing” para a investigação. No nosso entendimento defendemos claramente que ela deve processar-se harmoniosamente ao longo do período de treino e nunca concentrada em 1 ou 2 anos desse mesmo período pois a descontinuidade que provocaria parece-nos muito negativa, especialmente nas áreas cirúrgicas. O prolongamento do internato complementar por mais 2 anos para todos aqueles que estejam inseridos em projectos de doutoramento será altamente aconselhável, desejando-se que, por esse facto, não percam quaisquer regalias e tenham garantias de continuidade na carreira.

A investigação em Cirurgia deve estar intimamente ligada às necessidades da clínica, o que lhe trará uma motivação acrescida. A este propósito valerá a pena recordar a necessidade de uma auditoria à realidade portuguesa da investigação em Cirurgia, de modo a acreditar com mais rigor aqueles serviços em condições, pelo menos dignas, de formar cirurgiões e participar em acções de Educação Médica Contínua.

A nossa obrigação, como líderes, é proteger e inspirar os jovens a continuar a investigação, mesmo quando circunstâncias adversas a tornam quase impossível. A investigação é efectivamente uma componente integral da nossa missão académica, focando importantes problemas clínicos, sendo responsável por avanços nas especialidades, proporcionando treino e amadurecimento dos jovens cirurgiões e contribuindo claramente para a melhoria da qualidade da assistência. Com os constrangimentos nos recursos de Saúde, há uma crescente pressão para gerar compensações clínicas a expensas do tempo e esforço dedicados à investigação, tomando-se necessária uma abordagem que permita

avaliar o seu valor e assim definir as prioridades. Além disto, o alinhamento dos projectos de investigação com as finalidades clínicas otimizará os ganhos e maximizará os resultados clínicos, parecendo ser o melhor caminho para o sucesso no futuro (Souba e Willmore). Torna-se também indispensável identificar quais são as forças e as fraquezas da investigação em Cirurgia e como poderão ser avuçadas as primeiras e minoradas as segundas. Para isso haverá que estimular a qualidade que, como a beleza, poderá estar no olho do espectador, mas que necessita de ser apreciada por critérios específicos, o primeiro dos quais é o veículo das publicações (tipo de revista, nome, reputação, níveis de impacto). Outros são a produtividade – número total de publicações, número total de apresentações, número de internos ou jovens cirurgiões treinados – e a inovação – criação de um ambiente de trabalho agradável, altamente motivador, que estimule o pensamento por caminhos não convencionais e desafie os dogmas, testando novos conceitos de modo a que os treinandos confiem no futuro.

Uma área infelizmente muito negligenciada entre nós é a da investigação da Educação em Cirurgia. É reconhecida a necessidade de abordagens criativas para melhorar e manter no rumo certo o treino dos cirurgiões, havendo evidência de que os programas que dedicam esforços à investigação atraem candidatos de melhor qualidade. A investigação é, por isso, mais importante do que nunca. Porém, é difícil a definição de variáveis que possam ser medidas objectivamente, de modo a proporcionar resultados válidos, sobre essa investigação. Meier e col. disseram: “Despite ongoing attempts to improve the scientific analysis of surgical education, it is almost certain that some aspects of surgical excellence will remain unmeasured in the near term”. E citando Gardner: “Everybody knows that there are other powerful ingredients in successful performance – attitudes, values, motives, non-academic talents – but we have no reliable way of measuring these other ingredients”. No entanto, os resultados da investigação na área da Educação em Cirurgia são de importância crucial para a modernização do ensino e treino da especialidade. Os cirurgiões adquiriram sempre a maior parte das suas aptidões operatórias e de decisão aprendendo a fazer (“learning by doing”). Devido à natureza da prática cirúrgica, esta orientação é a pedra de toque da preparação dos cirurgiões. A análise das preferências dos internos mostra que a maior parte deles favorece uma abordagem que privilegie a resolução de problemas e o treino cirúrgico, o que pode parcialmente explicar porque é que este tipo de ensino foi tão bem sucedido. Contudo, segundo Meier e col., a sua validade mantém-se controversa e a análise teórica do processo de aprendizagem está ainda em evolução. Este processo de aprender fazendo não permite a aquisição das aptidões de modo organizado. Trata-se de um ensino baseado em oportunidades de acaso e no fluxo de doentes pelos diversos cenários

(consulta, urgência, bloco operatório, enfermaria) o que resulta numa significativa variabilidade do conteúdo educacional proporcionado aos treinandos e impede um curriculum devidamente organizado. Os objectivos e curricula para estudantes e internos em treino têm de estar claramente definidos, pois são fundamentais para que se possa discutir o que quer que seja, nomeadamente a duração dos períodos de treino. Realmente como será possível propor determinada duração para, por exemplo, o tronco comum das especialidades cirúrgicas ou para o programa de uma cadeira (opcional?) destinada aos estudantes que futuramente desejem optar por uma carreira cirúrgica ou ainda para a frequência de um laboratório de treino, se não estiverem prévia e claramente definidos os objectivos de cada uma dessas fases de aprendizagem? Há todo um trabalho de integração fundamental para o “feedback” indispensável, suporte para aumentar o impacte educacional do curriculum.

Os métodos tradicionais de treino estão na realidade estruturados rigidamente, baseados na transmissão passiva de conhecimentos e focados em factos de memorização, com pouco espaço para a aprendizagem autónoma. Por isso, muitas instituições mudaram os seus planos de estudo, adequando-os às novas exigências. Os estudantes parecem mais motivados com a tónica na capacidade de resolver problemas estando, porém, por demonstrar se assim se consegue uma melhor aprendizagem. O recurso aos computadores revelou-se um processo muito promissor para a análise de decisões, devendo salientar-se que a correlação entre relembrar conhecimentos e a sua aplicação nas decisões clínicas permanece controversa. Um outro contributo é o desenvolvimento de simuladores de realidade virtual, sendo de destacar que integrar o crescente conhecimento dos métodos de aprendizagem com as modernas tecnologias de informação permitirá desenvolver ferramentas de ensino para o futuro, reinventando a Educação em Cirurgia num processo similar ao de Bilroth e Halsted há cerca de 100 anos. De qualquer modo podemos afirmar que não há “gold standard” para a Educação em Cirurgia e que a investigação educacional tem sido incapaz de definir parâmetros válidos para uma carreira cirúrgica de sucesso (Meier e col.). Reportando-nos agora ao tema em geral da investigação em Cirurgia, diríamos, como James C. Thompson: “Nothing is more idiosyncratic than the start of a research career. The general goal of research, of course, is to improve scientific productivity, to enlighten the world, and to establish a personal tradition of excellence”. Quando um candidato está a projectar uma carreira com uma componente importante de investigação, a escolha da direcção a seguir deve obedecer a vários critérios: a área de investigação deve ter verdadeira importância e não pode resultar de iniciativas avulsas ou inspirações momentâneas sem consistência; o problema a resolver deve ser potencialmente solúvel pelas técnicas e possibilidades à disposição do investigador; espera-se que o tema escolhido possa trazer uma nova luz para a questão em análise, devendo estar garantida a continuidade de investigação (linha produtiva); ter colaboradores, familiaridade com o plano traçado e com o das tecnologias usadas são também condições indispensáveis para o sucesso.

Com as limitações inerentes à nossa condição de país pequeno, longe dos scores de qualidade da Europa mais desenvolvida, temos procurado que estes princípios possam inspirar os nossos colaboradores para a captação da men-

sagem que lhes procuramos transmitir. Assim, num Serviço com 84 camas de enfermaria, que partilha duas pequenas unidades (1 de cirurgia programada com 5 camas, outra de cuidados intermédios com 9 camas) na área do intensivismo, isto é, com esta escandalosa carência de melhores camas de modo a permitir, pelo menos, uma gestão aceitável, temos, mesmo assim, procurado harmonizar a qualidade da assistência com as necessidades da docência e as da investigação clínica, aquela que deve ser privilegiada neste cenário de profundos constrangimentos. Presentemente, 4 dos nossos colaboradores têm em andamento teses de doutoramento na área da cirurgia oncológica (mama, tireóide, colo-rectal, estômago) 1 no controle de qualidade em cirurgia do seio e outros preparam-se para arrancar com os seus projectos. Quanto a teses de mestrado na área de biologia molecular/ cirurgia oncológica, 8 dos internos complementares têm já trabalho efectuado e 3 dos especialistas (que irão doutorar-se) têm em fase adiantada as suas teses de mestrado. Trata-se de um esforço tremendo, que obviamente tem permitido melhorar substancialmente a qualidade da assistência prestada e a da docência aos alunos de medicina e internos mais jovens. Também as iniciativas de Educação Médica Contínua têm registado substanciais melhorias, sendo oportuno lembrar que o paradigma da acção de formação a vários níveis tem de ser profundamente alterado. Realmente, os espectaculares progressos científicos e tecnológicos registados, bem como o desenvolvimento das tecnologias da informação acarretaram novas realidades que não se compadecem com o tipo de reuniões científicas que vemos proliferar no País sem que muitas delas possam efectivamente contribuir para claros benefícios na formação dos cirurgiões.

Por todas estas razões, os Departamentos de Cirurgia devem manter projectos de investigação que sejam excelentes e competitivos, mesmo num enquadramento em que as restrições são muitas. Como aconselha Peter Morris, não pode investigar-se em todas as áreas e com todo o mundo, antes nos devemos concentrar em profundidade em 1 ou 2 áreas, que tenham relevância para as actividades clínicas dos Departamentos. Aquele autor conclui uma magnífica alocução presidencial à Associação Europeia de Cirurgia afirmando: *“I have no doubt that major contributions to medicine will continue to arise from research in surgery. But for this to happen, it is important for us, as senior members in the European Surgical Association, to ensure that our best young trainees receive a good research training, and then to protect their research time in later years after they have become staff members of our academic departments of surgery”*.

Parafraseando alguém, “nós não precisamos de quem diga o que está errado, precisamos de quem saiba o que está certo”. Acresce, e continuamos a parafrasear, que “investigar é o mais paciente recurso que o homem tem de não se render ao absurdo”.

Agradecimento: o A. agradece a Solange Marina Magalhães a disponibilidade para dactilografar este trabalho.



TQ³ STAR
TRAVEL SOLUTIONS

Desconto Especial para Médicos

Descontos de 5% a 6% (*)

Reservas e Informações:

TQ3 STAR, Travel Solutions

> Ana Pedroso

Av. da Boavista, 1245
Sobreloja 4100-130 Porto
Tel.: + 351 226 082 525
Fax: + 351 226 082 519
apedroso@sonae.pt

> Marta Fonseca

Av. Duque de Loulé, 24-4º
P1050-090 Lisboa
T.: +351.21.3301201
F.: +351.213301211
macfonseca@sonae.pt

(*)

6% - Exclusivamente para programação Star Turismo e Air Luxor.

5% - Em pacotes turísticos de outros operadores.

✓ Todas as reservas deverão ser efectuadas através dos contactos referenciados.

✓ Excepto pagamento com cartões de crédito ou débito e promoções.

TQ³
TRAVEL
SOLUTIONS

>> strategyinnovationperformance




SONAE

SOBRE COBRANÇA DE QUOTAS EM ATRASO «A PÚBLICA CONFISSÃO DE UM CALOTEIRO»

Dr. Silvino Bacelar

Porto, 28 de Outubro de 2002

Ex.mo. Sr. Director da Revista da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos e Presidente do Conselho Regional:

Chama-me a atenção a minha esposa, também médica, para a vossa circular de 21-10-02 sob o tema de “cobrança de quotas em atraso”.

A haver algum espaço para uma voz ao que parece minoritária, apreciaria a publicação desta carta em “norte-médico”. Podem intitulá-la: “A Pública Confissão de um Caloteiro”.

Enquadro-me no grupo dos defraudados. E fui-o ainda no decurso do internato geral, quando os vossos serviços jurídicos – hoje tão activos na caça às quotas em atraso – nada quiseram ou souberam fazer face a uma situação de ilegalidade evidente desencadeada pela famigerada ministra Leonor Beleza. No Verão de 1986, obrigou esta a submeterem-se a exame de acesso aos internatos complementares os então internos gerais do 2º ano, em concorrência com os colegas do curso anterior. A alternativa para aqueles que boicotaram a prova (o meu caso), ou que nela não tiveram êxito, foi a desvinculação da função pública. Curiosamente, o prazo limite para inscrição no referido exame era, para os candidatos do 2º ano, anterior à data de conclusão do Internato Geral, requisito necessário para inscrição no mesmo...

Aparte algumas piedosas declarações, a Ordem revelou-se inoperante. Era o tempo do discurso dos “médicos a mais”, e tomou-se então evidente que a Ordem só agia em prol dos interesses dos médicos instalados. Os quais deram bem a imagem de, acima de tudo, recearem a possível concorrência futura. Foi vê-los de seguida alinhar no coro dos que reclamavam a radicalização do “*numerus clausus*”. Assim se fez. Os efeitos são por demais conhecidos. Sinto-os também no dia a dia do Centro de Saúde onde exerço, no qual, como em tantos outros, a penúria de médicos de família é factor decisivo em tomar penosas as condições de trabalho. (Pena foi que, tanto quanto é do meu conhecimento, a OM não tivesse apadrinhado internatos de Clínica Geral nessa época gloriosa dos “internatos à Ordem”...)

E foi assim que voltei as costas à OM. Cedo verifiquei que a Ordem me correspondia na mesma moeda, só se lembrando de mim pelo meu dinheiro, ou pelos meus votos: além da papelada eleitoral e dos (presumo, habituais) apelos ao pagamento de quotas no início de cada mandato, deram em

só me enviar propostas de aquisição de seguros e de cartões bancários...

Seguiram-se cinco mudanças de residência, e outros tantos locais de trabalho. O meu pai, que tem o mesmo nome e habita esporadicamente a nossa antiga morada, ficou encarregue de promover a reciclagem imediata da celulose que pudesse chegar da OM.

Até que agora se me anunciam nas costas, não as pancadinhas cordatas de anteriores Direcções (que pelo menos tinham o decoro de aguardar que precisássemos de algum papel da Ordem para nos esbulhar dos contos de réis), mas o cacete da cobrança judicial, promovido por quem acha que não pagar quotas à OM equivale a “deixar de pagar impostos por discordar de um qualquer Governo”.

Portentosa comparação essa, não se tratasse de falácia absoluta.

É um facto iniludível estar a superfície habitável do planeta integralmente repartida entre estados, cuja generalidade tem como base de funcionamento a cobrança de impostos aos seus cidadãos. Pelo que há que nos resignar: nos dias de hoje, pagar impostos faz parte da condição humana.

Mas, pelo contrário, a generalidade dos trabalhadores (empregadores incluídos) usufrui do direito de não ser obrigada a pertencer a qualquer associação profissional.

Assim, não faz sentido que a Ordem, que diz “representar os médicos e defender as suas aspirações”, comece por discriminar negativamente os seus potenciais associados, forçando-os a pertencer a, e a contribuir para, o que quer que seja.

Que o Estado delegue na Ordem funções como o registo cadastral dos médicos, a actuação disciplinar, a verificação de competências e de idoneidades formativas, a elaboração de recomendações de procedimentos – nada a opor em princípio. Mas essas são funções técnicas pelas quais a Ordem deveria fazer-se cobrar, ao próprio Estado e/ou aos interessados. A cargo dos membros, que o quisessem ser, ficariam as despesas de cariz social, cultural/recreativo e institucional da OM.

Ao eximir-se de despesas inerentes às funções técnicas da Ordem, o Estado é parte interessada no status quo. Não me surpreende, pois, que entre a selva legislativa

deste país possa haver alguma lei, lianazinha viscosa, a obrigar os médicos a pagar à OM para além do acto de inscrição. A existir, terá a mesma estatura jurídica que teria uma eventual cláusula da defunta concordata em que o Estado obrigasse a ir à missa todos os domingos (e a contribuir, claro) todos quantos foram baptizados...

Duvidando muito embora da sua constitucionalidade, admito portanto que a Ordem possa ter uma base legal para reclamar as quotas. Mas, a ter que pagá-las, gostaria que me demonstrassem haver também bases morais ou éticas para mo exigirem.

Até lá, outra comparação que me ocorre – em alternativa à da circular, que acima descartei – é a do canal médico de televisão. Concerteza que também se reclama de corresponder às nossas aspirações, etc.. Isso legitimaria a obrigatoriedade de subscrição do mesmo pelos médicos? Eu até posso nem querer televisor em casa...

Pessoalmente, não há “afazeres que me levem a compreensíveis esquecimentos” dos meus deveres contributivos para com as associações, médicas ou outras, a que pertenço de livre vontade. Pago religiosamente.

O que não suporto é que me queiram filiar no que quer que seja, ou que, sem eu o solicitar, me queiram cobrar para me

“representar e defender as minhas aspirações”. (Organizações que funcionam nesta base têm nomes pouco recomendáveis, mas são pelo menos mais eficazes do que a Ordem foi em 1986).

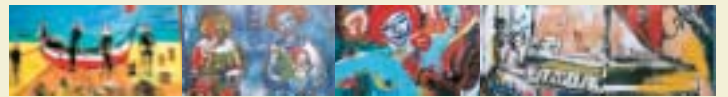
Se de delito se tratasse, o meu não pagamento de quotas já teria em grande parte prescrito, ou sido amnistiado. A um não-delito, responde este Conselho Regional do Norte tão-somente com anúncios de extorsão...

O resultado contabilístico da iniciativa podará ser brilhante, e o dinheiro dará sempre para melhorar a folha de serviço. Mas... invista-se alguma da nota no financiamento de um inquérito junto de toda a classe médica sobre este tema-tabu e talvez se obtenham melhores explicações para, por exemplo, as taxas de participação nos processos eleitorais da Ordem.

Terminando com uma última referência à vossa circular de 21-10-02: os resultados já nela anunciados, mais os objectivos tão implacavelmente traçados, permitem-me vaticinar ao Colega Presidente do Conselho Regional e sua equipa, falhada por ora a nomeação para o Ministério da Saúde, o estrelato futuro no Ministério das Finanças. A bem da Nação!

Novo

ESPAÇO D'ARTE



ESPAÇO D'ARTE CENTRO DE CULTURA E CONGRESSOS ESPAÇO D'ARTE CENTRO DE CULTURA E CONGRESSOS ESPAÇO D'ARTE

Abriu recentemente no Centro de Cultura e Congressos da SRNOM um “Espaço D'Arte”, que vai possibilitar a todos que o queiram visitar uma agradável surpresa. Trata-se de um espaço destinado a exposições com carácter temporário, permitindo a uma série de artistas exporem os seus trabalhos. Para a inauguração foram convidados os pintores Filinto Viana e Michael Barrett (ver caixas abaixo), e a artista Conceição Ruivo, que expôs

obras de tapeçaria. Em breve, segue-se Mário Silva e outros conceituados artistas plásticos.

A criação deste espaço deve-se aos marchands António Lacerda e Laura Portilho, os quais podem ser contactados directamente através do telemóvel 96 56654 36. Estes galeristas estão ainda à disposição dos interessados para fornecer informações e efectuar contactos com qualquer outro artista plástico.



Michael Barrett

Nasceu em Paris em 1926, e reside em Nice. Com muitas exposições individuais e colectivas em Portugal (e vários prémios), está representado nos Museus de Aveiro e da Figueira da Foz, bem como em diversas colecções por todo o mundo. Em Barret a “arte é também uma resposta à necessidade histórica de envolver as personagens emblemáticas nas exigências hodiernas”, como escreveu Sergio Mourão a propósito da exposição “Do Infante ao Pessoa - 500 anos de Barret” (Aveiro, 1998).



Filinto Viana

Nascido na Figueira da Foz em 1956, conta no seu currículo com quase cem exposições, individuais e colectivas. Com nítida influência de Marc Chagall, “Carreta da minha infância”, “Cidade dos meus sonhos” e “Noites de Marrocos” são alguns dos seus quadros mais destacados pela crítica.

HOSPITAL PADRE AMÉRICO – VALE DO SOUSA

APONTAMENTOS PARA UMA REFLEXÃO SÉRIA

Artigo de Opinião subscrito por 57 Médicos daquela Instituição Hospitalar

CASO CLÍNICO

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE:

Hospital Padre Américo (HPA) – Vale do Sousa (Penafiel)
Inaugurado em 27/10/2001.

ANTECEDENTES FAMILIARES E PESSOAIS:

1979: Criação do Centro Hospitalar Vale do Sousa pela junção dos Hospitais de Paredes e Penafiel.

Década de 90: Encerramento dos Hospitais concelhios de Paços de Ferreira, Lousada, Felgueiras e Marco de Canavezes, e concentração de Serviço de Urgência em Paredes (Obstetrícia e Pediatria) e Penafiel (Medicina e especialidades cirúrgicas).

Meados de 90: Criação e construção do novo edifício, com perspectivas de novos serviços e respectivo equipamento técnico e pessoal.

Finais de 90/00: Perspectiva-se novo enquadramento jurídico para HPA. Não se cria Comissão Instaladora. Não se publica o regime prometido. Não se contrata pessoal.

2001, Setembro: Muda-se o HPA para o novo edifício, com as dúvidas por resolver. Sem o regime de gestão esclarecido. Sem o pessoal necessário para os novos serviços. Sem Comissão Instaladora. Sem financiamento adequado. Sem quadros para preencher. Sem programa de actividades.

2002: A degradação da espera.

DOENÇA ACTUAL

Se “quem espera sempre alcança”, é certo “que quem espera desespera”. Os médicos em contratos eventuais e os tarefeiros vão saindo para lugares mais seguros. O pessoal auxiliar vai sendo reduzido pelas contingências do buraco orçamental. Os novos contratos não se fazem. Aos que ainda têm espírito de aventura e se querem arriscar não são concedidas transferências de outros hospitais ou contratos.

SINAIS, SINTOMAS E QUEIXAS

Se em 2001 “os pediatras foram a banhos” porque a urgência de Pediatria encerrou alguns dias por falta de médicos de clínica geral (tarefeiros) em férias, já em 2002 encerrou definitivamente desde 1 de Agosto, à noite, porque já nem aqueles existem. *Pediatras?* Há um por cada dia da semana! Só um? Mas não faltam.

Em qualquer Hospital com urgência **encerrada** estão dois Pediatras durante as 24 horas do dia (Pedro Hispano, Maria Pia, Santo António).

Anestesiastas: na maioria dos dias o serviço de urgência é assegurado por um especialista em cada 24h. O chefe de equipa decidirá quem merece ser anestesiado e operado. Se decidir “mal” é punido com “processo disciplinar e criminal”. *Cirurgiões:* há dias em que não há um único no Hospital, nem para decidir sobre os doentes internados. Talvez chegue um pediatra... ou um obstetra... Mas o SU não encerra!...

Obstetras: Cada vez menos e mais idosos. Para os partos de sempre. Também fecharam o atendimento em SU... em alguns dias, por agora...

E os *Psiquiatras?* É certo que moram noutra dependência, separados pelo túnel, iluminado, mas sem saída à vista. Os doentes ficam “convenientemente” longe de nós e aos cuidados dos senhores enfermeiros. Sem apoio médico especializado. Também eles...

Consulta Externa? Nasceu mirrada (Atraso de Crescimento Intra-Uterino) com tantas salas como as que havia nos hospitais antigos!...

Triagem: Fantástica invenção espanhola importada para satisfazer a procura dos doentes que não têm resposta dos Centros de Saúde da região. Também eles mirrados pela perda de 30% dos médicos em 10 anos. Com novas casas, também, mas sem recheio humano capaz.

E os *Serviços por abrir?* Quem sabe onde está a Unidade de Cuidados Intensivos polivalentes? Estará congelada em azoto líquido? Qual embrião à espera de um casal que o adopte e leve a gestação até ao parto?

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO (ou definitivo?)

Incapacidade organizativa dos dirigentes da Saúde em Portugal, a começar pelo topo (Ministros) e assessorada pela ARS-Norte, ou será que eles sabem tudo?

TRATAMENTO

Doloroso, por certo.

Para os doentes que não sentem melhor atendimento mas sonham com ele.

Para os profissionais, sobrantes, que desesperam e se angustiam no dia a dia e esperam a salvação numa mudança que desconhecem. Ou vão pensando em se livrar do “doente” com a ansiada reforma.

Paliativo, talvez.

Sempre aliviava as dores e o sofrimento.

I – Encerrar o Serviço de Urgência de agudos enquanto não existirem equipas mínimas das diferentes especialidades que possam assegurar os cuidados aos que dela necessitam (todo o dia ou parte do dia) dando amplo conhecimento à população, para que assim se “indigne” com os verdadeiros responsáveis e não com aqueles que dão a cara e a vida para os tentar tratar.

I.2. Na impossibilidade de assegurar contratações (afinal os médicos são poucos neste país) devem ser reestruturados os Hospitais de menores dimensões e piores instalações, concentrando recursos.

II – Na actual perspectiva empresarial..., quem terá coragem para tomar decisões? (Certas, esperamos!).

PROGNÓSTICO

Reservado. Muito reservado.

O doente até pode morrer...



«ASSIMETRIA PENALIZA O NORTE»

SRNOM CRITICA A DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DAS VAGAS HOSPITALARES PARA MÉDICOS ESPECIALISTAS



O Norte vai ficar amputado de médicos especialistas. O alerta foi feito pela CRNOM, depois de as vagas postas a concurso para os médicos que terminaram o internato complementar em Julho “privilegiarem o Sul” (ver texto integral na página seguinte). Em conferência de Imprensa, o presidente, Miguel Leão, criticou a decisão “arbitrária” do secretário de Estado da Saúde, Adão e Silva, já que levanta “profundas assimetrias” no País.

De acordo com a distribuição realizada, na Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte, foram abertas 46 vagas, contra 32 na da região Centro e 149 na da região Sul. Uma discrepância que levou a SRNOM a questionar os critérios que estiveram na base da abertura dos concursos. “Quando no Sul existem 55 candidatos para 149 vagas, e no Norte há 43 candidatos para 35 vagas, isto não tem sentido”, criticou Miguel Leão, acrescentando que a assimetria poderia ser colmatada com um acréscimo de oito vagas na Zona Norte.

Apesar desta concentração, a verdade é que não deverá haver médicos desempregados, desde que aceitem ir para outra região. Mas em contrapartida, advertiu Nuno Alegrete, membro consultivo do distrito do Porto da Ordem dos Médicos, este cenário “vai

amputar as suas populações de médicos especialistas, esquecendo as suas necessidades reais”, uma vez que são eles que “têm assegurado as listas de utentes nos Centros de Saúde, efectuando e participado em inúmeras cirurgias e realizado ainda mais consultas”. Só no distrito do Porto, segundo dados da ARS-Norte, 300 mil pessoas encontram-se sem médico de família e ainda recentemente o Ministério da Saúde admitiu que, em Portugal, um milhão de utentes continuava a enfrentar este problema, verificando-se a situação mais problemática a Norte. Agora, “esta situação vai-se agravar ainda mais”, como realçou Miguel Leão, revelando que a própria ARS “não está de acordo com o mapa de vagas”.

Outra das críticas que é apontada ao secretário de Estado da Saúde prende-se com o facto de 19 das 37 vagas que são abertas no Norte estarem localizadas em Trás-os-Montes. “Não deixa de ser curioso tratar-se da região da sua origem eleitoral, mas isso certamente é uma coincidência face à dimensão demográfica ali existente”, ironizou o presidente da SRNOM, referindo-se ao facto de Adão e Silva ter sido eleito pelo círculo eleitoral de Bragança.



CONFERÊNCIA DE IMPRENSA DE 07-DEZEMBRO-2002

NORTE AMPUTADO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS

Posição do CRNOM relativa ao mapa de estabelecimentos e especialidades carenciadas publicado em Novembro de 2002

No passado dia 6 de Novembro de 2002 foi publicado o Despacho n.º 23607/2002 (2ª série), que determina os estabelecimentos e especialidades carenciados, aos quais poderão candidatar-se os médicos que tenham terminado o Internato Complementar (recém especialistas) na segunda época de exames do corrente ano.

Da análise do referido mapa verifica-se que o número de vagas postas a concurso em cada região do país está distribuído da seguinte forma:

ARS Norte: Total: 46 vagas

37 vagas hospitalares
9 vagas de Medicina Geral e Familiar

ARS Centro: Total: 32 vagas

29 vagas hospitalares
4 vagas de Medicina Geral e Familiar

ARS Lisboa: Total: 35 vagas

33 vagas hospitalares
2 vagas de Medicina Geral e Familiar

ARS Alentejo: Total: 77 vagas

53 vagas hospitalares
24 vagas de Medicina Geral e Familiar

ARS Algarve: Total: 37 vagas

28 vagas hospitalares
9 vagas de Medicina Geral e Familiar

Esta distribuição de vagas pelas Administrações Regionais de Saúde, traduz-se, de facto, numa divisão regional profundamente assimétrica:

Região Norte: 46 vagas
Região Centro: 32 vagas
Região Sul: 149 vagas

Os médicos especialistas que poderão candidatar-se a estas vagas (53 no Norte, 27 no Centro e 55 no Sul) têm, nos últimos anos, contribuído para a assistência real das populações. Durante os últimos anos do seu Internato Complementar, e nos tempos mais recentes, enquanto contratados por períodos de 6 meses (3 + 3), têm assegurado listas de utentes nos Centros de Saúde, efectuado e participado em inúmeras cirurgias e realizado ainda mais consultas. A isto acresce o seu trabalho nos SASU e nos SU hospitalares. É, portanto, inegável o contributo destes médicos recém especialistas em colaborar na erradicação das listas de espera cirúrgicas e de consulta, e na progressiva melhoria dos cuidados de saúde primários. Em nosso entender, esta profunda assimetria, que não propõe sequer vagas no Norte para todos os recém especialistas desta região, vai amputar, de facto, as suas populações de médicos especialistas, esquecendo as suas necessidades reais.

DISTRIBUIÇÃO DE VAGAS POR HOSPITAIS / CENTROS DE SAÚDE

HOSPITAIS NORTE

Braga 4
Bragança 5
Chaves 3
Fafe 1
Guimarães 2
Lamego 1
Mirandela 4
Porto 6
Valongo 1
V. N. Gaia 2
Vila Real 7

C. S. NORTE

Bragança 4
Porto 2
Viana do Castelo .. 1
Vila Real 2

HOSPITAIS CENTRO

Aveiro 2
Cova da Beira 7
Guarda 9
Leiria 2
Pombal 1
Seia 1
Tondela 1
Viseu 6

C. S. CENTRO

Leiria 1
Viseu 2

HOSPITAIS SUL

Almada 1
Barreiro 3
Beja 8
Cascais 3
Elvas 6
Évora 15
Faro 25
Lagos 3
Lisboa 11
Médio Tejo 8
Portalegre 22
Santarém 3
Serpa 2
Torres Vedras 3
V. Franca de Xira .. 1

C. S. SUL

Beja 8
Évora 7
Faro 9
Portalegre 9
Setúbal 2



COOPERAÇÃO ENTRE A SRNOM E O GRUPO TOTTA

INSTITUIÇÃO BANCÁRIA VAI PROPORCIONAR CONDIÇÕES FAVORÁVEIS AOS MÉDICOS DA SRNOM

A Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos (SRNOM) e o Grupo Totta assinaram, no final do mês de Novembro, um protocolo de cooperação que tem por principal objectivo estabelecer uma série de vantagens para os associados, nos produtos oferecidos por aquela entidade bancária. Poucos meses depois de ter sido estabelecido um protocolo idêntico com o Banco Português de Investimento (BPI), conforme foi noticiado no último número desta revista, a política de benefícios sociais que a Secção Regional quer proporcionar aos seus médicos continua a ser posta em prática.

O protocolo agora estabelecido com o Grupo Totta procura fazer uma descrição clara de quais são as responsabilidades do banco, tem uma validade de um ano e abrange todos os médicos inscritos na SRNOM, no activo ou reformados, cujos vencimentos ou pensões de reforma sejam domiciliados numa das instituições bancárias pertencentes ao Grupo Totta (Banco Totta & Açores, Crédito Predial Português e Banco Santander de Portugal). De acordo com o documento assinado, os associados podem usufruir de várias condições especiais. Por

exemplo, fique a saber que se pretender adquirir um Cartão de Débito ficará isento da primeira anuidade para o primeiro titular, e no caso de optar por um Cartão de Crédito, a isenção da primeira anuidade será feita quer para o primeiro, quer para o segundo titular. No Crédito Habitação pode também encontrar benefícios, por exemplo, ao nível das taxas de juro. E se tiver um empréstimo que não foi realizado numa das instituições bancárias do Grupo Totta não se preocupe, uma vez que poderá fazer uma transferência, onde estarão também contemplados privilégios de que vai poder beneficiar. O mesmo se passa com o Crédito Especializado para o financiamento automóvel, tanto de viaturas novas como de viaturas usadas.

As instituições signatárias do protocolo acordaram ainda que, enquanto vigorar esta cooperação, o Grupo Totta vai poder usufruir gratuitamente de um aluguer das instalações da SRNOM, após cada realização de quatro contratos de aluguer das mesmas. O texto integral deste protocolo encontra-se transcrito nas páginas 41 e 42 desta revista.



FESTA DE NATAL ALEGRA CRIANÇAS

SRNOM ORGANIZOU EVENTO QUE CONTOU COM
CERCA DE 500 PEQUENOS CONVIDADOS



A sala do Centro de Cultura e Congressos foi pequena para acolher as centenas de crianças, pais e avós, que quiseram participar na «Festa de Natal das Crianças Familiares de Médicos». E o convite feito pela Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos (SRNOM) superou as expectativas. Cerca de 500 crianças, desde os seis meses, até aos 11/12 anos, «invadiram» o espaço e viveram uma tarde diferente, encantados com os inúmeros pais e mães natal que também quiseram marcar presença. Diversão foi a nota que não faltou e dado o número de participantes, teve de haver dose dupla durante a tarde.

A festa começou com o espectáculo «Zoo da Saúde», do grupo de teatro do Centro de Saúde dos Carvalhos, composto por médicos, enfermeiras e técnicas auxiliares da saúde. Ao primeiro soar da música e perante o aparecimento dos três «fiscais» que procuravam o leão que fugiu do jardim zoológico, o silêncio invadiu a sala e só mesmo o «rugir» do «fugiti-

vo» que entou na sala fez abrir os olhos curiosos dos miúdos e entreabrir um sorriso nos mais graúdos. A alegria e a diversão continuaram com os velhos cânticos de Natal, da responsabilidade do Grupo Coral do Centro de Saúde dos Carvalhos, que não deixaram ninguém indiferente. Quem estava na plateia, se não sabia a letra, pelo menos abanava a cabeça, em jeito de dança.

Finalmente, uma das partes mais esperadas: as prendas de Natal, acompanhadas pelo lanche. Primeiro, claro, era ver quem mais depressa conseguia «arrancar» o embrulho, depois foi o verdadeiro «assalto» às mesas espalhadas pelo corredor da sala do Centro de Cultura e Congressos, onde não faltavam os doces – as delícias da pequenada. No final, a opinião era unânime: foi uma tarde muito bem passada!

JURAMENTO DE HIPÓCRATES 2002



OS MÉDICOS DO FUTURO

No dia 15 de Dezembro, a Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos (SRNOM) levou novamente a cabo a iniciativa do Juramento de Hipócrates. Centenas de jovens licenciados das duas faculdades de Medicina da Universidade do Porto, «comandados» pela voz do presidente da Ordem dos Médicos, Germano de Sousa, cumpriram um ritual que marca o fim de uma etapa das suas vidas, juntando-se agora a uma comunidade total de 30 mil médicos. “Foi este o momento porque esperaram durante pelo menos seis anos. Vale a pena. Têm o direito ao orgulho. Porque ultrapassaram as tradicionais experiências pedagógicas realizadas à portuguesa”, saudou o presidente da SRNOM, Miguel Leão.

A cerimónia foi encarada com a solenidade e emoção devidas, e para marcar este dia, para além de familiares «babados» que quiseram partilhar a alegria dos jovens licenciados, a Casa do Médico contou com a presença de inúmeras individualidades. A «nortemédico» deixa aqui algumas das imagens registadas pela objectiva da máquina fotográfica... para mais tarde recordar. “Um dia estarão aqui, como eu, olhando a perenidade do Juramento de Hipócrates. Nesse dia, perceberão que este dia valeu a pena. Esse dia começa hoje”, sublinhou Miguel Leão (texto integral do discurso, ao lado).



DISCURSO DO PRESIDENTE DO CRNOM

Pela quarta vez, ou seja desde 1999, os licenciados em Medicina pelas duas Faculdades de Medicina da Universidade do Porto irão realizar o seu Juramento de Hipócrates antes de iniciarem a sua actividade profissional de médicos tutelados.

Iniciam uma etapa de vida, encerrando apenas uma outra. De estudantes obedientes a uma miríade de monitores, assistentes e professores passarão a ser iguais aos outros médicos que os ensinarão a aprender, e porventura, a viver. Possuirão um novo estatuto social e profissional. Serão um e uma inter-pares. Terão a sensação que terminaram as obediências e, até as indulgências. Estarão convictos que agora é que é mesmo a valer. Pensarão que chegou o momento de olhar em frente, convictos que iniciarão um período de vivência de autonomia profissional limitada, mas transitória. Sonharão que agora é que começa a vida de médico.

E têm o direito e o dever de assim pensar. Foi este momento porque esperaram durante pelo menos seis anos. Valeu a pena. Têm o direito ao orgulho. Porque ultrapassaram as tradicionais experiências pedagógicas realizadas à portuguesa. Porque venceram as dificuldades de métodos de selecção altamente competitivos e quantas vezes distorcidos. Porque tiveram de ouvir alguns discursos relativos à natureza profissionalizante e prática do ensino recebido que até poderia dispensar a existência do internato geral. Porque expectaram alterações curriculares dos cursos de medicina e do internato geral. Porque alguns até acreditaram que a Ordem dos Médicos iria ignorar os princípios da lealdade e da equidade dos seus futuros membros admitindo mudanças de regras durante o internato geral susceptíveis de gerar desigualdades durante este e no acesso ao internato complementar.

Por tudo isto tem direito a um imenso orgulho. E vão pagar por ele.

Ao fazerem dentro em pouco um Juramento vital, vão ter de preparar-se para integrar uma pequena comunidade de trinta mil médicos que só conseguirá sobreviver, enquanto classe profissional, se acreditar em dois princípios fundamentais.

O primeiro é que a profissão médica se destina a servir aqueles para quem todos vós se prepararam: os doentes, ou se quiserem a terminologia pós-moderna, os utentes, ou ainda mais recentemente “o lobby dos doentes”.

O segundo é que os médicos tem e detêm história, ética, deontologia e moral que os impele e destina à solidariedade entre si.



Tudo isto, apenas isto, está vertido no Juramento que ireis fazer dentro em pouco.

Pagar por ser médico é seguramente uma inevitabilidade, porventura um destino, talvez mesmo uma fatalidade.

Digo isto sem acrimónia e até mesmo com vaidade. No mundo moderno torna-se uma exigência resistir ao utilitarismo e sobretudo a essa enorme tentação social, traduzida na representação política, de tudo subordinar à opinião pública, de momento vencedora. E ser médico, é, como irão constatar, dispor-se a resistir. E essa resistência pode assumir designações várias como ética médica, solidariedade ou humanismo. É aquela opinião pública, traduzida, como disse, na representação política dominante, que alimenta e se alimenta, em círculo de vícios privados e públicos virtudes, da pseudo-inteligência tecnocrática, matizada pelo jargões da racionalização de meios ou da gestão por objectivos. E, como acontece com todas as superstições que conseguem enraizar-se, mas que nem por isso se tomam lúcidas, o critério instintivamente respeitador da dita opinião pública, degenera, facilmente, na demagogia. Por isso, toda a política, e talvez sobretudo a política na saúde, para que seja mais do que um simples e contínuo oportunismo de egoístas, tem e deve confrontar-se com a opinião pública, ou talvez mais correctamente, com a opinião publicada.

É esta representação política que vos irá fazer crer que o sistema de saúde está em colapso esquecendo a relativização de um problema que é apenas decorrente do facto de cada português despende, per capita, 2/3 do que cada estrangeiro da União Europeia despende com a saúde.

É esta representação política que vos esconderá que, apesar de Portugal ser dos países da União Europeia que menos gasta em saúde, tem o seu sistema classificado em 12º lugar ao nível mundial.

É esta representação política que vos tentará responsabilizar pela existência de listas de espera mas que chegou recentemente à conclusão que milhares de portugueses não querem ser operados de imediato para não interromperem as suas festividades natalícias.

É esta representação política que pretende governar a Saúde, usando como breviário a Arte da Guerra, como pensador Sun-Tzu e como lema a definição de Heraclito segundo a qual a "a guerra é a mãe de todas as coisas", mas que candidamente aparece nos telejornais a apelar à colaboração dos médicos.

É esta representação política que vos quer fazer acreditar que a prescrição de medicamentos genéricos é a panaceia de todos os males e por isso gastará em propaganda 500.000 contos para poupar 5 milhões de contos ao cidadãos e 7 milhões de contos ao Estado quando os cidadãos poderiam poupar quase o mesmo se a comercialização de medicamentos de venda livre não fosse um monopólio das farmácias.

É esta representação política que vos irá querer impedir de estabelecer um contrato de opções terapêuticas com os vossos doentes (o que em linguagem médica se chama liberdade de prescrição) elaborando um modelo de receita médica que admite todas as fraudes e permitindo que todos os doentes sejam manipulados pelas entidades cuja finalidade objectiva e última é vender medicamentos.

É esta representação política que vos tentará moralizar encarregando a Inspeção Geral de Saúde de controlar e punir benefícios pela prescrição de medicamentos de marca mas que

mantêm em vigor legislação que estimula e prevê pagamentos para os médicos que prescrevam medicamentos genéricos, como se estes também não se destinassem ao lucro de alguém.

É esta representação política que vos tentará convencer que o Estado comparticipa em excesso os medicamentos, quando afinal o Estado português é dos que menos comparticipa dentro da União Europeia.

É esta representação política que vos irá considerar incapazes de liderar as equipas e unidades de saúde mas que irá gastar em gestores, subitamente vocacionados para o sector, dezenas de lugares da administração pública e pelo meio seguramente mais de 1 milhão de contos nos respectivos salários.

É esta a representação política que temos, que não discorre da relevância social dos médicos e que fundamenta a sua acção, como diria Fernando Pessoa, na não intelectualidade do instintivismo.

Neste ambiente, é justo perguntarem-se, se valerá a pena. Neste ambiente, com a vantagem de ainda não ser suficientemente velho, mas com a virtude de ser razoavelmente experiente, quero dizer-vos que só pode valer a pena aproveitando os momentos em que a representação política não é apenas um estado de mera tendência, mas sim uma orientação e uma atitude.

Os ciclos ideológicos no sector da Saúde revelam claramente que é o sector da representação política onde os actores individuais são bem mais importantes que os guiões ou as partituras. Como eu, ireis assistir a tudo. Ireis esquecer-vos de alguns que se notabilizaram por partir cadeiras, ou por se rodearem de colaboradores posteriormente aprisionados, ou por serem contra a definição de acto médico, ou por amputarem a Ordem dos Médicos das suas competências, ou ainda, por acharem que qualquer médico pode fazer qualquer coisa, desde que vista uma bata, seja num Centro de Saúde seja numa Urgência profissionalizada. Ireis recordar-vos de outros que defenderam uma formação médica de qualidade, como Arlindo de Carvalho, que pugnaram pela definição de acto médico, como Maria de Belém Roseira, ou que acreditavam nos médicos como parceiros de primeira de primeira categoria, como Manuela Arcaño.

Se atendermos à sobrevida média das representações políticas na Saúde nos últimos quinze anos chegaremos à conclusão que aquela é cerca de 30 meses. E este dado estatístico é o primeiro motivo de optimismo, porque aquilo que hoje é provavelmente verdade, deixará de o ser quando todos vós estiverem a iniciar o Internato Complementar. Na vida, como na guerra, também há que ser paciente.

O Segundo motivo de optimismo é o Juramento que livremente irão fazer. É estarem aqui, prestes a serem mais uma e mais um inter-pares. É a certeza que hoje a emoção de sermos mais é tão vossa como nossa. É enfim a certeza que um dia estarão aqui, como eu olhando a perenidade do Juramento de Hipócrates e de Ser Médico. Nesse dia, perceberão que este dia valeu pena. Esse dia começa hoje.



PARA UMA HISTÓRIA MÉDICA PORTUENSE - X



DR. A. S. MAIA GONÇALVES

Em Portugal, 1968 foi um ano marcante a vários níveis da vida nacional, inclusivamente neste que nos tem ocupado na ilusória tentativa de contribuir para a feitura de uma história médica portuense.

Na Ordem dos Médicos (OM), Janeiro de 1968 foi mês de eleições gerais para o apuramento dos actores que, em toda a Corporação, iriam suceder aos que estiveram de “serviço permanente” no triénio de 1965 a 1967, e, concretamente no Conselho Regional (CR) do Porto – aquele que mais directamente nos interessa – qual a equipa que sucederia à que fora chefiada por Rolando Van Zeller na condução dos assuntos médicos durante o triénio seguinte, isto é, de 1968 a 1970, incluídos.

Começando por estes, direi que ao Ginecologista de nome e apelido tão singularmente únicos, Rolando Van Zeller, sucedeu o Cardiologista com os mais simples e comuns dos nomes e apelidos: **José da Silva... Meireles**. Na opinião de vários colegas – entre os quais a do seu Assistente, Sebastião Ribeiro, que tão amavelmente aceitou a receber-me e a falar-me do que sabia sobre José da Silva Meireles –, era um homem bom, de tracto afável, cordato, que gostava de ajudar os outros, assim como também gostava de viajar e de conviver com os colegas que frequentemente convidava e recebia, ora numa ora na outra das suas residências, fora da cidade do Porto. Primeiro director do primeiro Serviço de Cardiologia do Hospital Geral de Santo António (HGSA), que, com a preciosa colaboração de Sebastião Ribeiro, seu “braço-direito”, conseguiu, desde o zero, desenvolver e actualizar, elevando-o à categoria e dignidade próprias do Hospital Central a que pertencia.

Natural do Porto, onde nasceu, na freguesia do Bonfim, em 7 de Setembro de 1913, quando naquele marcante ano de 1968 assumiu a presidência do CR, Silva Meireles encontrava-se em pleno auge da sua maturidade profissional, a meia distância entre os 50 e os 60 anos de idade. Logo na primeira sessão do CR, acordaram na seguinte distribuição de cargos: Altino Baptista Pereira, a Vice-Presidente; António Marques dos Santos Júnior, como Secretário; Álvaro da Silva Esteves Pereira, a Tesoureiro; José Antero Campos de Freitas, a Vogal-Bibliotecário; e como Vogais de Acção Cultural, Eurico Gomes de Almeida e José Moreira Guerner. Para Delegado do CR no Conselho Geral (CG) foi escolhido o próprio Presidente José da Silva Meireles. Como Vogais do Conselho Geral: António Rogério Luís Gonzaga e Wilhelm Ludwig Oswald. Na Assembleia Regional figuravam, como Presidente, Paulo Sarmiento Cardoso de Carvalho; a Vice-Presidente, Raúl Ferreira Gonçalves; como Secretários, António de Castro Ribeiro e Luís de Carvalho Marvão. Como sempre, foram igualmente eleitos uma vintena de

médicos designados por Delegados à Assembleia Geral, entre os quais realçavam os oriundos da “periferia” da grande urbe do Porto, como por exemplo Artur Napoleão Mesquita da Silva, de Viana do Castelo; Joaquim Maria Pacheco Neves, de Vila do Conde; José de Barros e Vasconcelos, de Fafe; José Maria Pereira de Castro Ferreira, de Guimarães; Manuel António Pires, de Bragança; Manuel Pereira Cardoso, de Lamego; Sebastião Maria da Nóbrega Pinto Pizarro, de Vila Real, e Teotónio Luís Pereira de Andrade dos Santos, de Braga.

Para seu Delegado à Comissão Inter-Hospitalar (Conselho Plenário), o Conselho nomeou o médico António Marques dos Santos Júnior. Para fazerem parte do Conselho Disciplinar Regional foram eleitos: Armando Cotta, Jacinto Amaral, José de Almeida Campos, José Alvarenga de Andrade e Manuel Bernardo Leal. O Conselho aceitou a escusa de José de Almeida Campos e, para o seu lugar, elegeu Joaquim dos Santos Carvalho. Para membros do Conselho Superior Disciplinar foram indicados os médicos Rogério Luís Gonzaga e Carlos Francisco Loughton Parry de Castro Henriques.

- Em Lisboa, para Bastonário, foi eleito Miller Guerra, aureolado Neurologista, um dos mais prestigiados membros da igualmente prestigiada Comissão do Relatório das Carreiras Médicas e, após as eleições legislativas de Outubro de 1969, futuro deputado da chamada “ala liberal” da Assembleia Nacional.

A eleição de Miller Guerra, em 1968, como Bastonário da OM, foi um dos mais marcantes acontecimentos médicos daquele ano, constituindo-se numa espécie de simbólica consagração e coroamento de todo o movimento de opinião médica generalizada, cujos inícios remontavam a 1961.

Dentro dessa mesma lógica, no mandato do Bastonário Miller Guerra foi depositada, por quase toda a classe profissional, a ansiosa esperança de verem consagradas, na prática, as teorias expendidas no mencionado – e já mítico – Relatório das Carreiras Médicas, cuja doutrina a OM, numa famosa Assembleia Geral, em 17/7/61, havia decidido adoptar oficialmente como sua.

Essa esperança ficou ainda mais reforçada quando, em 27 de Setembro de 1968 (outro marco) Marcelo Caetano, o novo Chefe do Governo de Portugal, escolheu para ocupar o lugar de Ministro da Saúde e Assistência, pela primeira vez (mais um marco) um médico: Lopo de Carvalho Cancellata de Abreu, prestigiado Tisiologista que até então ocupara a Direcção do Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos (IANT).

Acalentou-se, então a esperança de que a sintonia entre o Ministro e o Bastonário iria finalmente funcionar a favor da Classe Médica, que sempre se sentira desconsi-



JOSÉ DA SILVA MEIRELES

derada pelo Poder Central. Veremos, de seguida, que a realidade acabou por ultrapassar largamente a antevisão.

• Para não quebrar os relapsos costumes da Corporação neste tipo de cerimónias, a tomada de posse do CR do Porto só ocorreu em 9/7/68. Mas pior foi o facto do Bastonário só ter tomado posse ainda mais tarde, em 30 de Outubro, a partir de quando o Conselho Geral pôde, finalmente, iniciar a sua actividade... com nove meses de atraso.

Em 10 de Dezembro de 1968, o Ministro Cancela de Abreu – depois de já ter impressionado, pela positiva, todo o País Médico, quando, imediatamente após a sua tomada de posse, se decidiu a ir visitar a sede da OM, em Lisboa – veio também ao Porto, visitar o respectivo CR, onde foi recebido pelos seus membros. Por entre os discursos então proferidos, o Ministro deixou bem expresso que recebera instruções para “trabalhar depressa”. Fruto talvez desta vontade política de trabalhar depressa, lubrificada que estava pela referida sintonia de filosofias políticas, em pouco mais de um ano a organização hospitalar do País mudou radicalmente.

Sempre com os prévios pareceres da OM, o Estatuto Hospitalar (Dec. nº 48.357) e o Regulamento Geral dos Hospitais (Dec. nº 48.458) já haviam saído em 27/4/1968, no tempo ainda do Ministro Neto de Carvalho. Em 6/2/1969 saiu o Regulamento do Internato Médico (Portaria nº 23.903). Em 22/2/1969 foi promulgado o Dec. nº 48.879 que substituiu o estágio final do Curso de Medicina pelo 1º ano do Internato Geral, e em 23/6/1969 foi publicado o Regulamento dos Concursos para Graduados, Assistentes e Directores de Serviço (Portaria nº 24.132).

Com a entrada em vigor de todas estas múltiplas e variadas novas medidas, rapidamente surgiram problemas novos e até um efeito paradoxal, já que, com o triunfo da doutrina defendida pela Ordem e com o papel que ela própria desempenhou na mudança, verificou-se uma diminuição da sua influência directa nos acontecimentos ulteriores. Os representantes da Ordem, presentes, agora, em todas as Comissões, passaram, nas resoluções, a só valerem um único voto, diluído na pluralidade dominada pelos Serviços Hospitalares e representantes dos Internos.

Como resultado de todas estas “dessincronizações”, aos opositores tradicionais da Ordem passaram a juntar-se os diversos grupos dos seus membros que, na sua acção, queriam que a Ordem se identificasse com eles, e passaram a atacá-la quando o não fazia ou não podia fazer. Assim, e paradoxalmente, a OM, “na sua época histórica mais brilhante de realizações, passou a sofrer as censuras mais directas, as críticas muitas vezes justas e fundamentadas, porquanto o Executivo, também ele a enfrentar uma experiência nova, não escapava às consequências das suas próprias limitações”.

• A designada **Acção Cultural**, constituindo um dos principais objectivos da Ordem, mereceu sempre o maior interesse por parte de todos os CR do Porto, e este, da presidência de José da Silva Meireles, não fugiu à regra.

• Ainda em 1968, o CR patrocinou o **Prémio “Roger Couvelaire”**, instituído pelos médicos Silva Júnior, Araújo Milheiro e Duarte Mendes, para premiar o melhor trabalho sobre Urologia feito por estagiários em Serviços idóneos para a concessão do título de especialista. Cabe, já agora, dizer que este prémio foi pela primeira vez atribuído em 1970 ao trabalho “Tumores e Pseudo-Tumores da Bexiga Bihárzica”, da autoria do médico **Adriano Fernandes Pimenta**.

• Também em 1968, o CR do Porto decidiu patrocinar, o **Curso Internacional de Anestesia e Reanimação** organizado pelo Serviço de Anestesia do Hospital de S. João, sob a orientação do respectivo Director, o médico **Ruella Torres**.

• Revelando estar atento à importância do assunto, hoje tão badalado, o CR resolveu convidar o médico **Fernando Prata de Lima**, que aceitou fazer uma palestra sobre “o uso de estimulantes pelos desportistas”, marcada para o dia 7 de Novembro no Salão Nobre do Ateneu Comercial do Porto.

• Em 1969, após a subtileza de ter procedido previamente a um inquérito junto dos Directores Clínicos e Conselhos Médicos das Misericórdias e Instituições Hospitalares, o CR estabeleceu um programa e um calendário de actividades culturais a desenvolver “na província”, que vou procurar resumir o mais possível, mas sempre obedecendo ao sagrado princípio do registo dos verdadeiros fautores da História: as pessoas.

As diferentes sessões estavam formatadas em conjuntos de três temas e respectivos palestrantes. Consegui descortinar 5 módulos assim constituídos:

Módulo A: Traumatismos da mão - por José Oliveira. Traumatismos crâneo-encefálicos - por Rocha e Melo. Reani-



Um aspecto da Mesa da Presidência na abertura do Curso Internacional de Anestesia e Reanimação 1969, com o Dr. Ruella Torres discursando.

mação respiratória – por Nuno Berrance. Este módulo foi levado ao Hospital da Misericórdia de Paredes, em 19 de Abril; ao Hospital da Misericórdia de Guimarães, em 26 de Abril, e, ainda, em 14 de Junho, ao CADEM, em Viana do Castelo. *Módulo B:* Hemorragias da gravidez. Toxemia gravídica – por Gonçalves de Azevedo. Reanimação respiratória – por Sérgio Alexandrino. Enfarte do miocárdio – por Silva Meireles. Este módulo foi levado ao Hospital da Misericórdia de Santo Tirso, no dia 31 de Maio, e estava previsto irem a Macedo de Cavaleiros, mas tal não sucedeu por motivo de doença do respectivo Director Clínico. *Módulo C:* Doenças Infecto-Contagiosas em Pediatria – por Lopes dos Santos. Patologia dos queimados – por Bernardo Bonifácio. Febre de etiologia obscura – por J. Pereira Leite. Este módulo foi ao Hospital da Misericórdia de Peso da Régua, no dia 3 de Maio, e ao Hospital da Misericórdia de Mirandela, em 24 de Maio. *Módulo D:* Tétano – por José Pais Clemente Júnior. Diagnóstico duma icterícia colestática – por Joaquim Bastos. Nefropatias – por Cerqueira Magro. Este módulo apenas consta como tendo ido ao Hospital da Misericórdia de Barcelos. *Módulo E:* Patologia da tireoide – por Pinheiro Hargreaves. Colecistopatias – por Queirós de Faria. Hemorragias da gravidez. Toxemia gravídica – por Gonçalves de Azevedo. Este último módulo apenas se deslocou ao Hospital da Misericórdia de Amarante, no dia 17 de Maio.

- No ano de 1970 repetiram este modelo de actividade cultural, mas deslocaram-se apenas a dois centros: 1 – Em 4 de Junho, voltaram ao CADEM em Viana do Castelo, com o seguinte programa: Hemorragias sub-aracnoideias – por Rocha e Melo e João Resende. Síndromes hemorrágicas por coagulação intra-vascular e fibrinólise – por Benvindo Justiça. A propósito de doença hemorrágica – por Eugénio Côrte Real. Causas de mortalidade infantil de influência pré-natal ou neonatal e formas de as combater – por Carlos Areias. 2 – Em 20 de Junho, deslocaram-se ao Hospital da Misericórdia de Lamego, onde repetiram o mesmo programa, modificando apenas o primeiro assunto, que passou a ser: Hipertensão intracraniana – por Luís de Carvalho e Paulo Mendo.

- Seria impossível, para além de injusto, passar pelo ano de 1969 e não deixar mencionada a criação, em Viana do Castelo, do CADEM - Centro de Actualização de Estudos Médicos, fruto do entusiasmo, dedicação e inteligência do médico **José Maria Rodrigues de Carvalho**, alma de todo este movimento, ao qual o Hospital de Viana do Castelo e toda a região tanto devem e que já quando da sua passagem pelos Corpos Dirigentes da OM foi o animador de iniciativas do maior alcance, como o desenvolvimento da Biblioteca do Conselho Regional, a criação do Boletim Bibliográfico e a I Exposição de Artistas Médicos.

MEDICINA DO TRABALHO

É impossível falar deste tema tão “problemático”, sem fazer um pouco de história progressa. Assim, as empresas de certa dimensão ou em que incidem riscos de doenças profissionais ficaram legalmente obrigadas, desde 1967 (Dec. n.º 47.511 e n.º 47.512) a dispor de “médicos do trabalho”. Tratou-se, então, de uma “notável realização no domínio da Política da Saúde da Nação, mas as suas implicações trouxeram problemas à Ordem dos Médicos”. A qualificação legal para o provimento no lugar de médico do trabalho era o Diploma do Curso de Medicina do Trabalho (art.º 33.º do Dec-Lei n.º 47.511). O Curso começou a ser professado em 1963, no Instituto Ricardo Jorge, passando, em 1968, para a Escola Superior de Saúde Pública. Até 1969 haviam sido diplomados cerca de 170 médicos. A especialidade de Medicina do Trabalho, posto que pedida pela OM em 15 de Maio de 1967, não existia ainda.

Durante um período de transição que acabaria em 25 de Janeiro de 1970, o Diploma de Curso poderia ser dispensado aos médicos que apresentassem na Direcção Geral de Saúde documento de idoneidade técnica para o exercício das funções de médico do trabalho, passado pela OM. A partir de 1970, os médicos só poderiam obter os seus lugares com a autorização da Direcção Geral de Saúde. Os Delegados do Porto no CG pensavam que lhes seria possível assegurar aos médicos a necessária valorização profissional através da frequência de cursos intensivos apropriados. Perante tamanha importância, e nesta base de pensamento, o CR do Porto tomou a notável, honrosa e dignificante iniciativa de organizar o **I Simpósio de Medicina do Trabalho**, o qual decorreu entre 15 de Novembro e 13 de Dezembro de 1969, e atraiu um grande entusiasmo nos participantes.

Numa ideia particularmente original e feliz por parte dos organizadores, o Simposium desenrolou-se em 5 sessões, uma vez por semana (em 15, 22 e 29 de Novembro e 6 e 13 de Dezembro) com uma primeira parte constituída por uma média de 3 temas, às tardes, sempre no Hospital de S. João, e uma segunda parte constituída por um tema (às noites), sempre no Hospital Santo António. A importância então atribuída a tão prestimosa iniciativa poderá ser medida pelas presenças do Bastonário Miller Guerra na Preleção Inaugural, no dia 15 de Novembro, e do Ministro das Corporações e Previdência Social, na Sessão de Encerramento, em 13 de Dezembro de 1969.

Sem descer a detalhes, gostaria, no entanto, de continuar a ser justo, não omitindo os temas e muito menos os nomes dos intervenientes em tão histórico Simpósio. Foram eles: “Métodos da prevenção psicológica”, por Afonso Botelho; “Patologia geral do Trabalho”, por Leonardo Coimbra; “Prevenção dos acidentes oculares de trabalho”, por Souto de Moura; “A Medicina de Trabalho nas empresas de construção civil”, por Camilo de Figueiredo, Filho; “Profilaxia da surdez na indústria”, por Álvaro de Mendonça e Moura; “Prevenção nas minas e pedreiras”, por A. Sant’Anna Gandra; “O regresso ao trabalho do traumatizado”, por Mário de Almeida; “Surdez traumática e profissional”, por A. Ferreira da Costa; “Dermatoses profissionais”, por Aureliano da Fonseca; “Problemas obstétricos nas mulheres que trabalham”, por Silva Carvalho; “Importância das vias respiratórias na génese das doenças profissionais”, por Armando Cotta; “Situação desarmónica no binómio operário-horário de trabalho”,



JOSÉ MARIA RODRIGUES DE CARVALHO

por Oliveira Martins; “Psico-pedagogia do trabalho”, por Breda Simões; “A fadiga: causas, mecanismos e manifestações psicofisiológicas”, por A. Fernandes da Fonseca; “O cancro e as afecções pulmonares de ordem profissional”, por Álvaro Rodrigues e, finalmente, “Intoxicação pelos agro-insecticidas anticolinesterásicos - bases fisiofarmacológicas, diagnóstico, terapêutica e profilaxia”, por José Garrett.

No ano seguinte, em 1970, na sequência do I Simpósio, o CR voltou a organizar, desta vez na sua sede, um **Colóquio** sobre o mesmo tema da Medicina do Trabalho, no qual estiveram presentes numerosos colegas e em que foram versados os seguintes assuntos: “O Médico do Trabalho e suas relações com outros sectores médicos (Entidades Seguradoras e Previdência)” - por José Cruz Costa e Álvaro Durão; “Exames de retoma de trabalho após acidente determinante de paragem de trabalho” - por Álvaro Durão.

Com a data de 13 de Janeiro de 1970 (antes, portanto, do termo daquele já referido prazo temporário) saiu o Decreto-Lei nº 12/70 que revogou a doutrina dos anteriores decretos e criou uma Comissão para, entre outras missões, rever as idoneidades concedidas pela Ordem. Esta Comissão nunca reuniu e foi mais tarde suspensa e substituída por uma outra, com vista a uma possível modificação da lei. A Ordem, representada, nesta Comissão pelo médico **Santos Bessa**, insistiu repetidamente para que a mesma reunisse, mas sem êxito.

CONVENÇÃO COM OS SEGURADORES

Díficeis, desencorajantes e até por vezes humilhantes, foram as relações da Ordem com as Seguradoras, até à constituição da chamada Comissão Mista, com representantes da Ordem e do Grémio dos Seguradores. A Assembleia Geral da OM em 1968, traduzindo as críticas da Secção Regional de Lisboa, manifestou a sua desconfiança perante os contratos decorrentes da Convenção já aprovada em anterior Assembleia Geral, para a qual exigiu reformas fundamentais.

Pouco antes da Assembleia Geral de 1969 conseguira-se um aumento de 30% nos honorários dos médicos avençados (na sequência de um aumento igual já conseguido para os médicos privativos), a rever anualmente, para além de outros ajustes nos materiais gastos nos tratamentos, assim como na tabela de honorários calculada na base de uma redução de 20% na denominada “Tabela do Porto”.

A Assembleia Geral de 1969 acabou por rejeitar tudo e mandou suspender os trabalhos em curso. Como a Convenção não fora ainda ratificada pelo Ministério das Corporações, o CG pôde desligar-se de qualquer compromisso e executar a moção aprovada naquela AG. Em consequência, o CR decidiu solicitar do médico **Oliveira Martins**, como elemento profundamente conhecedor destes assuntos, a sua colaboração particular, agindo pois como consultor, no sentido de esclarecer qualquer colega sobre pormenores de contratos.

REVISÃO DO ESTATUTO DA ORDEM

A inadequação do Estatuto da OM, e as sucessivas tentativas de o reformular era assunto que já se arrastava desde o mandato de José Garrett, conforme deixamos então referido.

O CR de Silva Meireles, executando agora uma resolução do CG, nomeou, em 30 de Novembro de 1968, uma Comissão de Estudo (mais uma...) para a revisão (mais outra) do Estatuto da Ordem.

Uma Assembleia Regional Extraordinária, em 26 de Junho de 1970, aprovou as Bases de um novo Estatuto da Ordem, previamente elaboradas conjuntamente por duas comissões distintas que tinham estudado o assunto.

CONGRESSO MÉDICO NACIONAL

O Conselho Geral, em 25 de Fevereiro de 1969, tomou a resolução, importante, de organizar durante o ano de 1970 um

Congresso Médico Nacional, cujo objectivo final seria “a actualização do estudo dos problemas profissionais com vista a defini-los e a preparar as soluções, partindo das realidades presentes e do Relatório das Carreiras Médicas. Do confronto da realidade com a doutrina do Relatório, deverão sair as conclusões que constituíssem uma nova síntese dos problemas da classe que porlongassem, actualizando-as, as ideias e a acção do movimento médico iniciado em 1958”. Durante algumas sessões do CR foram discutidas as bases em que deveriam assentar as linhas gerais do Congresso, mas não passaram disso.

• Provavelmente em obediência, ainda, ao lema “trabalhar depressa”, numa indistigável ânsia incontida de tentar recuperar eventuais tempos perdidos, continuando a denunciar, na área da Saúde e Assistência, uma vontade estratégica de conjugar comando e controle únicos com eficácia e economia nos meios disponíveis, o Governo acabou por proceder à fusão do Ministério da Saúde e Assistência com o das Corporações e Previdência Social, e à criação das respectivas Secretarias de Estado correspondentes a cada uma das antigas pastas.

Continuando igualmente a ser depositada confiança na Classe Médica, para cada um destes novos postos governamentais foram nomeados outros tantos médicos: o novo super-Ministro era o médico Baltazar Rebelo de Sousa; o Secretário de Estado da Saúde e Assistência era o médico Gonçalves Ferreira e o Secretário de Estado da Previdência Social era o médico Silva Pinto.

Durante o ano de 1970 continuaram sucedendo-se os diplomas legais a introduzir alterações de pormenor no Internato e Carreiras Médicas, na extensão das Carreiras ao IANT e depois aos Hospitais Regionais, até terminar na alteração introduzida na Lei do Serviço Militar que permitiu ao Ministério da Defesa convocar, para a prestação do serviço efectivo, todos os escalões de mobilização do quadro do complemento, o que trocado em miúdos, como soi dizer-se, significou, pura e simplesmente, a mobilização para o Ultramar dos médicos especialistas com idades até ao limite dos 52 ou 56 anos.

Tais reformas, entre múltiplas outras consequências, trouxeram implicações com a doutrina e os Estatutos da Ordem, e em especial no que diz respeito, por exemplo, à concessão dos títulos de especialista, “com o Pêndulo ministerial a desviar-se no sentido de forçar a Ordem a aceitar como seus especialistas os médicos promovidos na Carreira Hospitalar segundo condições diferentes das que a Ordem tem exigido”. Instalado o cisma, a “Ordem defendia-se desta ingerência, assumindo a atitude de se manter intransigentemente fiel às suas normas”.

Por curiosidade e para culminar a relação das mudanças e marcos históricos nos assuntos da Saúde, de que este artigo, desta vez, vai cheio, deixo aqui esta nota: em pleno Verão de 1970, o Dec. nº 398/70, de 21 de Agosto, nomeou **Maria Teresa Lobo** para Sub-Secretária de Estado da Saúde e Assistência. Pela primeira vez, uma mulher fazendo parte do elenco governativo em Portugal, e logo na área da Saúde e Assistência... há 32 anos!...

Nota do Autor: Ocorreu-me que em casa de muitos dos colegas que têm a paciência de ler estes meus artigos deve haver imensas fotografias esquecidas relativas a momentos importantes da história médica portuense e que seria excelente recuperá-las para a nossa memória colectiva. Muito contente ficaria se alguns desses colegas quizessem ter a gentileza de nos facilitar o acesso a tão precioso espólio devidamente legendado. Hoje em dia, com as técnicas de digitalização, essa é uma operação muito fácil. Ficariamos todos a ganhar com tais documentações, por certo únicas. Fico a aguardar as vossas respostas. Obrigado.

A LITURGIA DO TEMPO

POR Sejo Vieira (sejovieira@yahoo.fr) • (sejo-vieira@hotmail.com)

PARTE III

Nascido em Lisboa há 60 anos, Sejo Vieira publicou os primeiros desenhos surrealistas ainda na adolescência, no jornal "Diário de Lisboa". Viveu em França mais de 30 anos, onde aprendeu a fazer sandálias e a imprimir jornais, tirou o Curso de Psicologia e leccionou na Universidade de Vincennes. Foi actor, dançarino e encenador, passou por Londres e Nova Iorque e tornou-se escritor, coreógrafo e director de comédias musicais. Traduziu Fernando Pessoa, publicou livros e editou um jornal satírico. Agora é essencialmente um pintor – já expôs na Casa do Médico – mas também escreve ("toda a minha vida escrevi poemas", como afirmou à nortemédico nº 6). Na continuação dos números anteriores, aqui ficam mais quadros e poemas deste artista surrealista.



ORAÇÃO

Não havia azul
Lá no céu
A Norte
A Sul
Só
O véu da morte
A cobrir a Terra
Em ruína
Cinzas e pó
Por cima das casas
As asas da guerra
Voavam
Os olhos do mundo
Choravam
Aflitos
Um fosso profundo
De escolhos
De medos
De gritos
Nas almas dos homens
Passámos as margens
Para lá da vida
Os dedos
Nas palmas desta dor
Pedimos mais amor
Para antes da ida
Morrer de prazer
Nos braços
De quem tanto amámos
Para trás
Deixámos
Os traços
Da esperança cor de azul
A Norte
A Sul
Nas cinzas e no pó
Só marca confusas
Dos passos da morte



O QUE SOU

Não há violência
Que me poupe na alma
Quando repenso
Na continuidade desta forma de vida
Que não sei situar
Por mais que procure
Em lado nenhum da minha vida
Será que existo apenas
Como uma personagem errante
Que alguém faz viver de vez em quando
Num cantinho do seu sonhar
Seremos nós todos
A encarnação existencial
De uma simples ideia
Nascida um dia ocasionalmente
No cérebro de alguém
Que nunca conheceremos
Ah ir para fora de mim
De uma vez para sempre
Fingir que não sou
Um mecanismo pequeníssimo
Da grande maquinaria universal
Recusar o papel de roda
De êmbolo
De rosca
E pôr-me a travar
Conscientemente
O movimento
Até ao acabar de tudo
Portas e mais portas
Abrem-se na mente
De uma Alice qualquer
Que eu não quero ser
Mas que acabo por ser
Irremediavelmente
Pela força do sentir
E do pensar
Simultaneamente



DESESPERO

O vento
A manhã nova e triste
Silenciosa e
Vasta
Como a dor
Tudo o que vive
Na carne do mundo
Festa
Flor
Desejo profundo
Chuva que uiva
Chuva que grita
No céu sombrio e curvo
Neve soberana
No olhar turvo
Da montanha
Mais bela que a mulher nua
Nuvens leves
E escorregadias
No azul sem fim
O sol
Na paz de um jardim
De uma floresta cheia de aves loucas
E de chilreios apaixonados
Uma simples palavra terrestre
Amar por exemplo
A alegria inocente
A força da vida
A esperança
Traçada como uma estrada
Seja lá onde for
Mas bem à vista dos vivos
Nós todos unidos
Por crenças e ideais
Nossos passos de gigante
Por vezes lentos
Incertos
Num território
Sem cruces
Diferente
Nossas obras esquecidas
Em fortalezas do acaso
Nossos medos
Nossos erros imperdoáveis
Nossas superstições risíveis
Nossas misérias de humanos
Uma vala intransponível
A separar-nos do ódio
E da violência
Um lugar
Onde tudo se resume
Onde tudo se confunde
Onde tudo se apaga
Onde tudo se torna o término
De todas as coisas
Um lugar onde um único sonho nosso
Possa abrir um caminho
Justo e fecundo
O vento
O deserto
A morte do mundo



EXISTO

Para que se acendam algumas luzes
 Nas noites da ignorância
 Para que em cada manhã
 Nasça enfim
 O canto da tolerância
 Para que se calem à sombra de cruzes
 As vozes de guerreiros e de tiranos
 Para que em qualquer lugar deste mundo
 Se respeite os direitos humanos
 Para que não deixemos
 Às gerações que hão-de vir
 Um planeta hipotecado
 Moribundo
 Para que nos estendam de novo a mão
 Os que desertaram o espírito
 Para que a mágoa poupe a criança
 E a velhice não conheça a solidão
 Para que um simples grito
 De esperança
 Percorra o espaço
 Passo a passo
 E se perca nas ilusões do tempo
 Para que nada nem ninguém faça recuar
 A força da razão
 Para que o amor eternize o desejo
 De quem sabe ser amante
 E para que ele seja tão puro e forte
 Como o que vive em ti e em mim
 Para que se aceite sem medo
 Dos lábios da morte
 O convite apavorante
 Quando se está perto do fim
 Para que alguém me mostre
 Pelo menos uma vez
 O rosto de um homem livre e justo
 Continuo sempre o mesmo caminho
 Faço soar a minha voz
 Existo

MINHA POESIA

Não quero que um dia
 A minha poesia seja dita
 Por um desses espantalhos
 Que nas salas sombrias
 Dos bares da moda
 Os pés descalços
 As ventas inspiradas
 E os trajes idiotas
 Se apoderam vergonhosamente
 Da alma dos poetas
 Quero que os meus poemas
 Cantem no coração
 De quem os ouvir
 Mas saídos da boca de um revoltado
 Quero ser lembrado
 Pela fome
 E pela sede
 Com que alimentei
 Ideias e paixões
 Por ter vivido como mendigo e rei
 Por ter gerado mais movimento
 Que qualquer corpo no espaço
 Por ter sugado as veias do tempo
 Até ao último instante
 Quero que escutem
 As rimas do meu desassossego
 E que nelas descubram
 As estradas que palmilhei
 De uma ponta à outra do pensamento
 Deixem-me ser
 O isco
 O anzol
 A linha
 E até as mãos pacientes
 Do pescador de versos
 Que virá um dia
 Certamente
 Até às margens da minha alma
 Em busca dos meus universos



O QUE SENTI

Como o vento
 Já corri
 Livremente
 Por montes e vales
 Por planícies excessivas
 Vestido simplesmente
 Com garridos mantos de flores
 Tive em mim
 A jorrar como nascentes
 As mil e uma cores
 De cada raio de luz
 Se sentia o desejo de ser astro
 Iluminava toda a terra
 Como o sol
 De norte a sul
 De leste a oeste
 Fui quotidianamente
 Os ramos de todas as árvores do mundo
 Para escutar religiosamente
 A música de todas as aves em liberdade
 De todas as minorias terrestres
 Esposei voluntariamente
 A formas das coisas mais simples
 Dos objectos mais insólitos
 Para poder enfim viajar fora do tempo
 Fui chuva
 A cair delicadamente
 Sem peso nem ruído
 Na solidão de tanta gente
 E nos meus braços adormeceram
 Em vastos lençóis cor de infinito
 Todas as nuvens do firmamento
 Um dia
 Escolhi na minha paleta
 O branco mais puro
 Mais terno
 Mais consistente
 E pus-me a cobrir de neve
 O cimo das montanhas
 Inverno após inverno
 Pacientemente
 Mas se o céu
 Apesar de tudo isso
 Teimava em colorir-se de cinzento
 Era porque o meu coração
 Acordava longe do teu
 Em sofrimento





SAUDADE

Elas giram no ar
 Um atrás das outras
 Até caírem sem forças
 Parecem não ter saudades
 Dos braços
 Que debaixo de todos os céus
 As embalaram maternalmente
 Espalham-se pelo chão
 Tristes
 Amarelecidas
 São suspiros nossos
 A juncar as alamedas
 As avenidas
 Seres efêmeros
 Que não choram não gritam
 E que a natureza deixa ao abandono
 No coração pacífico dos bosques
 Tapetes fofos
 Que os pés pisam
 Sentimentalmente
 Nos mornos dias de Outono



MEU CÉU DE OUTORA

Céu de lua mágica
 Desde quando me acompanhas
 Como um saltimbanco
 Céu com reflexos de ouro
 Sobre as águas adormecidas
 Repousas no meu cansaço
 Céu cheio de ruídos
 Loucos e
 Alegres
 Na areia cúmplice
 Ao anoitecer
 Vivam os amantes
 Que morrem de prazer
 Infelizes só os poetas
 Céu ciumento
 Dos beijos das gaivotas
 Avistadas
 Nas estradas do vento
 Céu das noitadas
 Entre amigos
 À procura de aventuras
 Nas salas escuras
 Dos bares esquecidos
 No fundo das ruelas
 De todos os bairros antigos
 Céu oculto
 Num cantinho do pensamento
 Fraternal
 Cheio de saudades
 Há quanto tempo
 Já não é o tempo
 Dos artistas malditos
 Céu de uma tarde quente de Primavera
 Em que o Expresso partia a apitar
 Com destino ao Oriente
 Céu das recordações
 Meu céu de outrora
 Que se foi embora
 Para nunca mais voltar



SABOREAR

Saborear
 À sombra de uma oliveira
 Quando a cigarra canta
 A claridade da Terra inteira
 Ou a paciência quase santa
 Da gente que anda a semear
 Saborear
 Na noite que caminha
 O esplendor de uma estrela
 O cheiro da chuva miudinha
 Ou à luz de uma vela
 O riso de dois amantes
 Saborear
 Olhos fechados
 Alheio a tudo
 Os meus sonhos inacabados
 E no regaço de uma paz inocente
 Saborear sobretudo
 As razões de amar
 O meu semelhante

PARA LÁ DA DOR

No céu
 Nem sol nem lua
 A terra acordou seca e nua
 Sem vida
 Já não há tempo para mais sonhos
 Quero ouvir o som da partida
 Nos cais de todas gares
 Não me deixem neste vazio
 Há a roer-me a alma um frio
 Mais frio que o gelo do inverno
 Levem-me para longe daqui
 Para o céu
 Ou para o inferno
 Para um lugar só meu
 Onde o amor seja eterno
 Esta saudade queima como uma chama
 O pensar apaga-se devagarinho
 Sinto o lento vazar da alma
 É o fim a abrir caminho



SECÇÃO REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS

INFORMAÇÃO INSTITUCIONAL

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS



1 – QUALIDADE DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL

1 – Na sequência do trabalho realizado pelo Grupo de Estudo do Risco Profissional Médico constituído pelos Drs. Manuela Dias, Maria João Ilharco, Torres da Costa, José Fernando Almeida, Rui de Carvalho e Carlos Sobral, foi enviado aos Directores dos Hospitais e dos Centros de Saúde o **INQUÉRITO SOBRE PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE DA ZONA NORTE** acompanhado de um documento explicativo (ver dossier “Agressões a Médicos”, páginas 56-58, desta revista).

2 – No âmbito do protocolo celebrado com a Companhia de Seguros AMA, o CRN subscreveu um seguro colectivo para médicos vítimas de agressão, sem quaisquer encargos financeiros adicionais para os médicos abrangidos. A apresentação deste Seguro e a respectiva Apólice-Tipo constam do dossier “Agressões a Médicos”, páginas 59-62 desta revista.

3 – O CRN tomou conhecimento, através dos órgãos de comunicação social, de um parecer da Provedoria de Justiça emitido a pedido do Sindicato Independente dos Médicos relativo à prestação de trabalho extraordinário pelos médicos. Face à relevância do tema o CRN solicitou o envio do referido parecer. Este consta do **documento 1**.

4 – O CRN recebeu a informação que consta do **documento 2** onde 57 médicos do Hospital Padre Américo – Vale do Sousa relatam o funcionamento do Hospital. Este documento foi enviado ao Conselho de Administração da ARS-Norte.

5 – Relativamente à contratação de médicos para o serviço de urgência/emergência do Hospital de S. João, o CRN emitiu o esclarecimento público que consta do **documento 3**.

2 – GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

1 – A Ordem dos Médicos recebeu do Ministério da Saúde um Projecto de Lei sobre a Rede de Cuidados de Saúde Primários. Aquela proposta mereceu a rejeição do CRN por não consagrar a figura do médico especialista em Medicina Geral e Familiar e por admitir que a Direcção dos Centros de Saúde possa vir a ser exercida por qualquer profissional não médico. A Direcção do Colégio de Especialidade de Medicina Geral e Familiar apreciou também aquele documento, de forma genericamente coincidente com a posição do CRN, e essa análise foi também enviada a todos os médicos inscritos naquele Colégio (ver dossier “Medicina Geral e Familiar”, páginas 48-49, desta revista).

2 – Relativamente ao referido projecto do Ministério da Saúde, o SIM divulgou a sua apreciação do mesmo e que é também largamente coincidente com a posição do CRN. A análise elaborada pelo SIM consta do dossier “Medicina Geral e Familiar”, páginas 50-52, desta revista.

3 – Face ao documento apresentado pelo Director Clínico do Hospital de S. João onde se afirma que não existem especialidades nos Centros de Saúde (ver dossier “Medicina Geral e Familiar”, página 53) o CRN enviou a sua manifestação de solidariedade aos médicos de Medicina Geral e Familiar (ver dossier “Medicina Geral e Familiar”, página 53), tendo ainda divulgado aquela posição junto dos órgãos de comunicação social.



4 – O mapa de vagas de estabelecimentos e especialidades carenciadas destinado aos médicos especialistas que terminaram o internato complementar em Junho de 2002 é claramente prejudicial para a Região Norte. A este propósito foi realizada uma conferência de imprensa no dia 7 de Dezembro de 2002 onde foi divulgada a posição do CRN (cf. reportagem nas páginas 24-25, desta revista).

5 – O CRN analisou as implicações da legislação que transforma os hospitais em empresas públicas. Esta análise bem como a recomendação para que os médicos não adiram a contratos individuais de trabalho foi enviado a todos os médicos e consta do dossier “Transformação dos Hospitais em Empresas Públicas” (páginas 44-47, desta revista).

3 – ORGANIZAÇÃO REGIONAL

1 – Na sequência dos compromissos anteriores, o CRN enviou a todos os médicos o ofício que consta do **documento 4** onde se faz o balanço do processo de cobrança de quotas em atraso bem como o anúncio, graças àquela cobrança, do pagamento de um seguro colectivo destinado à protecção dos médicos vítimas de agressão e da liquidação das dívidas contraídas com instituições bancárias com vista à construção das actuais instalações da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos.

2 – O CRN e o Grupo Totta acordaram o Protocolo de Colaboração (cf. notícia na página 26 desta revista) que consta do **documento 5**.

3 – Decorreu no dia 27 de Novembro uma reunião dos Corpos Gerentes da Secção Regional do Norte onde foram debatidos os seguintes assuntos: cobrança de quotas em atraso, criação do seguro de grupo para médicos vítimas de agressões, novo modelo de receita médica, legislação sobre centros de saúde e hospitais, profissionalização dos serviços de urgência e actividade cultural da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos.

4 – O CRN nomeou o Dr. Hernâni Vilaça para integrar a Comissão de Acompanhamento do Programa Especial de Combate às Listas de Espera que funciona no âmbito da ARS-Norte.

5 – Decorreu no passado dia 15 de Dezembro o Juramento de Hipócrates 2002. Aquela realização, objecto de reportagem fotográfica nesta revista (páginas 28-29), foi presidida pelo Governador Civil do Porto. A alocução do Presidente do Conselho Regional está aí transcrita.

4 – ORGANIZAÇÃO NACIONAL

1 – Relativamente à legislação que transforma 34 hospitais em empresas públicas e à legislação referente a Centros de Saúde, o CNE assumiu a posição que consta do **documento 6**.

2 – Relativamente à Greve Médica ocorrida nos passados dias 14 e 15 de Novembro, o CNE assumiu uma posição de apoio aos motivos da referida greve (**documento 7**).

3 – A Ordem dos Médicos, a APMCG, a FNAM e o SIM assumiram, em conjunto, a defesa da especialidade de Medicina Geral e Familiar. A posição conjunta de todas estas organizações consta do dossier “Medicina Geral e Familiar”, páginas 54-55, desta revista.

Doc. 1 (04-12-02) PROVEDORIA DA JUSTIÇA

Ex.mo Senhor
Presidente do Conselho Regional da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos

Assunto: Notícia

Sua Excelência o Provedor de Justiça encarregou-me de satisfazer o pedido constante da comunicação acima referenciada.

Conforme consta da notícia, com base em queixa apresentada pelo Sindicato Independente dos Médicos, foi analisada a questão da duração semanal do trabalho dos médicos do sistema nacional de saúde.

Entendeu-se que as normas de direito interno aplicáveis aos médicos do sistema nacional de saúde, concretamente, os decretos-lei n.º 73/90, de 6 de Março (regime legal das carreiras médicas dos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde), n.º 62/79, de 30 de Março (regime de trabalho do pessoal dos estabelecimentos hospitalares), e n.º 259/98, de 18 de Agosto (regras e princípios gerais em matéria de duração e horário de trabalho na Administração Pública), superam as constantes da Directiva 93/104/CE, de 23 de Novembro de 1993.

Com efeito, uma vez que o trabalho extraordinário só pode ser usado «para ocorrer a necessidades imperiosas de serviço...», conforme dispõe o n.º 1 do artigo 7º do Decreto-Lei n.º 62/79, e há possibilidade de compensação por dedução no período normal de trabalho, de acordo com o estabelecido no artigo 28º do Decreto-Lei n.º 259/98, a duração média do trabalho em cada período de sete dias não poderá, legalmente, exceder as quarenta e oito horas, previstas no n.º 2 do artigo 6º da Directiva (mesmo que, com trabalho extraordinário de 12 horas semanais, um médico, com a duração semanal de 42 horas, possa ser obrigado a prestar 54 horas).

No entanto, foi dado a conhecer que em numerosos hospitais os médicos são obrigados, com frequência, a praticarem horários semanais de 54 horas (42 de trabalho normal, mais 12, de horas extraordinárias), fazendo falta a norma da Directiva que estabelece um período de referência não superior a 4 meses para efeito da aplicação da duração máxima do trabalho semanal.

Afigurando-se que os problemas apresentados derivam sobretudo do incumprimento por parte dos dirigentes das normas respeitantes à prestação de trabalho extraordinário que estão dispersas nos diplomas referidos, considerou-se que nem sempre sendo cumprida ou mesmo suficientemente conhecida a regulamentação existente, se sentia a necessidade do seu esclarecimento através da emissão de uma circular orientadora, onde poderia constar a fixação de um período de referência relativo à aferição da duração máxima do trabalho semanal, como consta na Directiva.

Neste sentido, Sua Excelência o Provedor de Justiça tem diligenciado junto do Senhor Ministro da Saúde.

Com os melhores cumprimentos,

O Coordenador

Alberto Amaral



Doc. 2 (11-10-02)

**HOSPITAL PADRE AMÉRICO – VALE DO SOUSA
DOCUMENTO APROVADO POR 57 MÉDICOS**

Em Reunião Geral de Médicos, no dia 11/10/2002, foi aprovado e abaixo assinado o seguinte documento:

Com a abertura do novo Hospital, em Outubro de 2001, criaram-se expectativas na população e nos profissionais de saúde que não têm sido satisfeitas.

A maior procura e exigência, por parte dos utentes, bem como o aumento da área de influência deste Hospital (inclusão do concelho de Felgueiras e Marco de Canavezes), aliada à falta de recursos humanos, não permite aos médicos um aproveitamento da capacidade instalada, diminuindo as condições de humanização do atendimento.

Este aumento de afluência tem levado os médicos a um quase esgotamento das suas capacidades de atendimento em tempo útil, criando situações que acarretam riscos de se poderem ver punidos criminalmente por factores que deles não dependem.

Pelo que se vai ouvindo e observando diariamente percebemos que a imagem do Hospital e dos seus profissionais se vai degradando.

CAUSAS POSSÍVEIS DESTES PROBLEMAS

1. Falta de redimensionamento do quadro médico para fazer face às novas necessidades.
2. Contratação de pessoal de forma errática e ocasional (tarefeiros)
3. Saída de médicos para outras Unidades de Saúde (exemplo):
Obstetria – um carenciado, e um tarefeiro para o H. S. João
Cardiologia – já foram 7, actualmente são 5
Pediatria – saída de um especialista para o H. Amarante
Medicina – um para Macau e outros dois para H. Centrais
4. Envelhecimento do quadro hospitalar, com médicos com dispensa de horas extraordinárias no S.U. diurnas e/ou nocturnas.

CONSEQUÊNCIAS

No S.U., no Internamento, nas consultas ou no Bloco Operatório, e devido ao número reduzido de médicos para servir uma população na ordem das 350 mil pessoas, é exigido um grande esforço de colaboração, com grande sobrecarga para os profissionais.

Anestesia – diversos dias com um só anestesista para todo o Hospital incluindo o S.U.

Cirurgia – 8 cirurgões, o mesmo n.º de há vinte anos, com equipas no S.U. com um só cirurgião (das 8h às 16h) até à chegada de um tarefeiro.
Obstetria / Ginecologia – 8 equipas de S.U. (4 médicos a fazer 12h), havendo colegas a fazer 168 h extraordinárias por mês.

Ortopedia – equipas com um especialista até às 16h, quando chega um tarefeiro.

Pediatria – encerra desde 1 de Agosto às 20h; um único especialista nas 24h.

Psiquiatria – o Serviço fica sem nenhum médico durante o período nocturno, nos feriados e fins de semana.

Medicina – 11 internistas para 60 camas, 8 equipas de urgência, consulta externa e interna.

Na Consulta Externa o número de doentes é exagerado e as primeiras consultas solicitadas pelos Centros de Saúde estão com meses de atraso, chegando em alguns Serviços aos 4 meses.

A Unidade de Cuidados Intensivos nunca esteve em actividade.

ASSIM

É NECESSARIO QUE SE PERCEBA A INSUSTENTABILIDADE DA SITUAÇÃO ACTUAL E QUE, À RESPONSABILIDADE INDIVIDUAL, SE ASSOCIE A RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA DA E PARA COM A ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

PROPOSTAS

- 1) Redimensionar os recursos humanos disponíveis para a constituição de equipas no sentido de se assegurar o atendimento com segurança. Segurança que não se coaduna com "esperas" que poderão ser fatais, sobretudo no S.U.
- 2) Recuperar a idoneidade para a formação de Internos de Especialidade.
- 3) Melhorar o relacionamento com os médicos de Clínica Geral distribuídos nos Centros de Saúde da área de influência do H.P.A., de modo a resultar uma melhoria na orientação dos doentes para o Hospital.

Que o Conselho de Administração actue de forma enérgica na defesa dos seus profissionais analisando a interferência dolosa dos média, com conivência e manipulação a partir do interior da Instituição.

Doc. 3 (12-12-02)

**CONTRATAÇÃO DE MÉDICOS PARA O SERVIÇO DE
URGÊNCIA DO HOSPITAL DE S. JOÃO
— INFORMAÇÃO AOS DOENTES E AOS MÉDICOS —**

1 – De acordo com os anúncios publicados em vários jornais, confirmados pelas declarações públicas do Director Clínico do Hospital de S. João, o Hospital de S. João pretende recrutar médicos, em regime de contrato individual de trabalho, para trabalho por turnos no Serviço de Urgência/Emergência daquele Hospital.

2 – Sem prejuízo da intervenção, que se deseja convergente, de ambos os sindicatos médicos (SIM e FNAM) e que se considera, desde já, por demais útil e pertinente, torna-se pública a apreciação preliminar do CRN da OM sobre esta matéria:

- a) Não há médicos com a Competência em Urgência/Emergência Médica atribuída pela Ordem dos Médicos.
- b) A Ordem dos Médicos não reconhece à Direcção Clínica do Hospital de S. João a capacidade para decidir quem é (ou não é) competente para a prestação de serviço de urgência. Estas competências estão já definidas por lei e não são atributos de nenhuma Direcção Clínica. A Ordem dos Médicos não reconhece, ainda, a quaisquer entidades competência para, através de cartas de recomendação (conforme consta dos referidos anúncios) definir ou atribuir competência para o exercício de funções nos serviços de urgência.
- c) Acresce ainda que os avisos acima referidos prefiguram violação da Lei porquanto o Hospital de S. João, face à natureza jurídica que reveste, não está autorizado a proceder à contratação de médicos em regime de contrato individual de trabalho.
- d) Mesmo que se admita tal possibilidade, os contratos eventualmente a celebrar estarão a ser feitos com violação do disposto do Despacho Normativo 11/2002 que prevê que no "serviço de urgência devem exercer funções médicos da carreira com competência, preferencialmente, em emergência médica".
- e) Em conformidade com o exposto, os concursos eventualmente celebrados poderão ser susceptíveis de impugnação e anulação.

3 – É também dever do CRN da Ordem dos Médicos informar as populações e os médicos eventualmente concorrentes que:

- a) Nos termos do artigo 29º do Código Deontológico "o médico não deve ultrapassar os limites das suas qualificações e competências e, quando lhe pareça indicado, deve pedir a colaboração de outro médico ou indicar ao doente Colega que julgue mais qualificado". Assim, os médicos que aceitem exercer funções na urgência/emergência do Hospital de S. João nas condições acima descritas, e que venham a desempenhar actos de especialidades já consagradas e com conteúdos curriculares específicos, estarão a assumir pessoalmente a responsabilidade civil, disciplinar e penal pelos actos que praticam. Só eles saberão quais os actos que se sentem habilitados a praticar e só eles serão responsáveis pelas opções que vierem a fazer.
- b) Os doentes, perante a provável amputação de diversas especialidades no Serviço de Urgência do Hospital de S. João têm o direito de responsabilizar, da forma que melhor entenderem, quem elaborou o modelo de funcionamento acima descrito e quem o aprovou.
- c) O CRN não colabora nem colaborará em espectáculos mediáticos sucessivamente anunciados e adiados destinados a encobrir falências de gestão e muito menos a contribuir com o seu silêncio para a degradação da qualidade técnica dos serviços de urgência a prestar aos doentes só porque o Ministério da Saúde e seus apêndices administrativos pretendem realizar poupanças.

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos



Doc. 4 (21-10-02)
QUOTAS EM ATRASO

BALANÇO DO PROCESSO DE COBRANÇA E ANÚNCIO DO PAGAMENTO DE UM SEGURO COLECTIVO PARA MÉDICOS VÍTIMAS DE AGRESSÃO E PAGAMENTO DAS DÍVIDAS CONTRAÍDAS PELA SRNOM PARA A CONSTRUÇÃO DAS RESPECTIVAS INSTALAÇÕES

Ex.mo (a) Colega,

Como é do conhecimento do(a) Ex.mo(a) Colega, é um dever dos médicos proceder ao pagamento das respectivas quotizações à Ordem dos Médicos. Também é certo que é um dever da Ordem dos Médicos representar os médicos e defender as suas aspirações.

Em Junho de 2002, a Tesoureira do Conselho Regional, Dra. Fátima Oliveira, enviou aos médicos devedores (cerca de 1400) um apelo para o pagamento de quotas em atraso cujo montante global orçava em 1165000 euros, ou seja cerca de 230.000 contos. Posteriormente, foi realizado um segundo apelo, formulado pela Consultora Jurídica do Conselho Regional, Dra. Inês Folhadela. Graças àquelas iniciativas é possível informar que o montante de quotas em atraso já cobradas é cerca de 450.000 euros, ou seja cerca de 90.000 contos, correspondendo à regularização da situação de cerca de 700 médicos.

É, contudo, importante notar-se que, dos cerca de 1400 médicos destinatários, houve cerca de 340 que não tiveram conhecimento formal das iniciativas atrás referidas e cujas cartas que lhes foram enviadas foram devolvidas. Dos restantes (cerca de 360), houve cerca de 290 médicos que receberam a correspondência acima referida, dos quais cerca de 50 apresentaram motivos para o não pagamento de quotas. Nestes casos a validade dos motivos invocados está a ser analisada pelo Conselho Regional. A situação dos restantes médicos está também a ser analisada visto que se relaciona com o processamento do pagamento de quotas através de transferência bancária.

Face a estes resultados devo destacar, em nome do Conselho Regional, que os médicos da Secção Regional do Norte souberam interpretar os apelos realizados. É, pois, neste contexto que deve interpretar-se a intervenção dos corpos gerentes da Ordem dos Médicos.

Por isso, o CRN deliberou accionar, de imediato, os mecanismos necessários à cobrança judicial das quotas em atraso relativas aos médicos cujos débitos são superiores a 1000 euros (cerca de 90 médicos) e que tendo sido informados da condição de devedores não cumpriram o seu dever. As dívidas acumuladas deste grupo de médicos totalizam cerca de 125.000 euros, ou seja, cerca de 25.000 contos. O processo de cobrança judicial de quotas para médicos devedores de montantes inferiores irá iniciar-se em momento posterior e os Serviços Administrativos estão a desenvolver todos os esforços para proceder à identificação dos endereços dos médicos cuja correspondência foi devolvida para que possam ser formalmente contactados.

Sendo certo que é sempre possível encontrar algum(a) Colega que diverge, em dado momento, da acção dos órgãos dirigentes da Ordem, que tem múltiplos afazeres que o(a) levam a compreensíveis esquecimentos ou, até, que possa sentir-se defraudado(a) ou desprotegido(a), é também verdade que nenhum argumento daqueles argumentos o(a) desobriga de cumprir os seus deveres. Admitir o contrário equivaleria a aceitar que qualquer cidadão ou cidadão português deixasse de pagar impostos por discordar de um qualquer Governo.

Felizmente, a esmagadora maioria dos médicos da Secção Regional do Norte não pensam nem agem assim.

Por isso, e conforme compromisso assumido pelo Conselho Regional, a cobrança de quotas em atraso irá permitir o pagamento, sem quaisquer encargos adicionais, de um seguro colectivo de protecção a médicos vítimas de agressão no âmbito da sua actividade profissional.

Para além disso, graças às iniciativas atrás referidas, é possível prever, com segurança, que até Junho de 2003 serão absolutamente saldadas todas as dívidas contraídas com instituições bancárias com vista ao financiamento da construção das actuais instalações da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos.

Com os melhores cumprimentos.
 O Presidente do Conselho Regional

Doc. 5
PROTOCOLO DE COOPERAÇÃO ENTRE O GRUPO TOTTA E A SRNOM

O Grupo Totta, que integra o Banco Totta & Açores, o Crédito Predial Português e o Banco Santander Portugal, aqui representado pelo Crédito Predial Português, com sede na Rua Augusta, 237, em Lisboa, com o capital social de 235.000.000 Euro, Contribuinte Fiscal n.º 500 844 321, matriculado na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa sob o n.º 1587, a seguir designado por *Grupo Totta*

e
 A Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, Contribuinte Fiscal n.º 500 984 492, com sede na Rua Delfim Maia, 405, 4200-256 Porto, adiante designada abreviadamente por *SRNOM*.

É celebrado o presente acordo que se rege pelas cláusulas seguintes:

1º – Finalidade

Este protocolo tem como finalidade o estabelecimento das vantagens para os membros da *SRNOM*, na constituição de produtos e serviços *Crédito Predial, Totta* e *Santander* enumerados em anexo.

2º – Âmbito

1 – Beneficiam das condições enumeradas em anexo os Médicos inscritos na *SRNOM*, no activo ou reformados, cujos vencimentos ou pensões de reforma sejam domiciliados num dos Bancos do *Grupo Totta*.

2 – O disposto nos números anteriores não dispensa a verificação simultânea das condições aplicáveis à generalidade dos clientes, nem obriga os Bancos do *Grupo Totta* a conceder crédito se, segundo os critérios gerais que utiliza, não estiverem reunidos os requisitos da concessão.

3º – Prazo e Condições

1 – As condições deste protocolo são válidas pelo período de um ano a contar da data da sua assinatura, sendo renovadas automaticamente, por igual período, caso não sejam as mesmas denunciadas com a antecedência mínima de 30 dias por qualquer das partes.

2 – O presente Protocolo poderá ser denunciado a qualquer momento, sem necessidade de invocação de justa causa e sem que tal confira direito a qualquer indemnização e mediante pré-aviso de 30 dias.

3 – Os Bancos do *Grupo Totta* assegurarão uma gestão personalizada das contas de todos os beneficiários deste protocolo e farão um adequado assessoramento.

4 – Os Bancos do *Grupo Totta* poderão pedir aos beneficiários que façam prova desta sua qualidade.

5 – Os Bancos do *Grupo Totta* reservam-se o direito de alterar, por carta dirigida à *SRNOM*, as condições financeiras acordadas em anexo, em função das alterações da sua tabela base e preçoário.

4º – Conhecimento sobre os Membros inscritos na Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos

No caso em que algum abrangido pelo presente protocolo se desvincule da *SRNOM*, deixando assim de beneficiar destas condições, esta comunicará aos Bancos do *Grupo Totta* esse facto com a antecedência possível ou imediatamente após o registo do mesmo.

5º – Divulgação

A *SRNOM* autoriza os Bancos do *Grupo Totta* a divulgar as presentes condições junto dos seus membros.

As formas de divulgação serão acordadas entre a *SRNOM* e os Bancos do *Grupo Totta*.

6º – Responsabilidade

A *SRNOM* não assume qualquer responsabilidade pelos actos praticados pelos seus membros no âmbito deste protocolo, salvo aquelas que decorram de garantias prestadas.

Porto, 28 de Novembro de 2002

CRÉDITO PREDIAL PORTUGUÊS
 (PELO GRUPO TOTTA)

SECÇÃO REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS

Doc. 5 (cont.)
ANEXO AO PROTOCOLO ENTRE A SRNOM
E OS BANCOS DO GRUPO TOTTA

Condições Especiais

1 – CONTA ORDENADO

1.1 Remuneração Credora

- Até 1.249,99 euro: 0%
- De 1.250,00 euro a 12.499,99 euro: 0,5%
- De 12.500 euro a 24.999,99 euro: 0,75%
- Superior a 25.000 euro: 1%

1.2 Descoberto Autorizado

- Taxa de Juro: 15%
- Montante: até 100% do vencimento mensal líquido, com limite máximo de 1.750 euro

1.3 Despesas de Manutenção

- Isento

1.4 Cheques

- Oferta da 1ª Caderneta

2 – CARTÕES

2.1 Cartões de Débito

- Isenção da 1ª anuidade para o 1º Titular

2.2 Cartões de Crédito

- Isenção da 1ª anuidade para o 1º Titular
- Isenção da 1ª anuidade para o 2º Titular

3 – DEPÓSITO A PRAZO E POUPANÇA

3.1 Depósito a prazo

- Bonificação da Taxa de Juro em 0,35%, face à tabela em vigor

3.2 Poupança

- Bonificação da Taxa de Juro em 0,35%, face à tabela em vigor

4 – CRÉDITO HABITAÇÃO

4.1 Contratos Novos

- Taxa de Juro: Redução do Spread em 0,5%, face à tabela em vigor. Spread mínimo 0,6%
- Comissão de Dossier/Gestão: Isento
- Comissão de Avaliação: Redução de 50% face ao preçário em vigor

4.2 Transferências

- Taxa de Juro: Redução do Spread em 0,5%, face à tabela em vigor para transferência de hipoteca. Spread mínimo 0,6% (desde que o cliente assumira os custos de transferência)
- Comissão de Dossier/Gestão: Isento
- Comissão de Avaliação: Isento
- Serviço de Solicitadoria: Oferta

4.3 Crédito Sinal

- Taxa de Juro: Igual à operação principal de HP, acrescida de 1,25%

5 – CRÉDITO PESSOAL

5.1 Crédito Pessoal Taxa Variável

- Taxa de Juro: Redução do Spread em 2%, face à tabela em vigor. Taxa mínima: Euribor 6 meses, acrescida de 4%
- Comissão de Formalização: Redução de 50% face ao preçário em vigor

5.2 Crédito Pessoal Taxa Fixa

- Taxa de Juro: Redução de 2%, face à tabela em vigor
- Comissão de Formalização: Redução de 50% face ao preçário em vigor

5.3 Crédito Pessoal com Garantia Hipotecária

- Condições da operação de HP, quando contratados em simultâneo

6 – CRÉDITO ESPECIALIZADO

6.1 Financiamento Automóvel - Viaturas Novas

- Entrada Mínima: 15%
- Taxa de Juro: Euribor 3 meses, acrescida de 2,5%
- Valor Residual: Máximo 20%

6.2 Financiamento Automóvel - Viaturas Usadas

- Entrada Mínima: 15%
- Taxa de Juro: Euribor 3 meses, acrescida de 4%

6.3 Leasing de Equipamentos

- Taxa de Juro: Euribor 3 meses, acrescida de 2,5%

6.4 Leasing Imobiliário

- Taxa de Juro: Euribor 3 meses, acrescida de 2%

7 – TÍTULOS

7.1 Comissão de Custódia de Títulos

- Isenção de pagamento da 1ª comissão trimestral

8 – SERVIÇOS

8.1 Domiciliações

- Sem custos por débito na Conta Ordenado
- Garantia de pagamento até ao montante de 100 euro

8.2 Transferências Interbancárias

- Redução de 50% face à tabela em vigor

8.3 Coíres de Aluguer

- Oferta da 1ª anuidade

8.4 Banca Telefónica

- Acesso gratuito

9 – ALUGUER DE INSTALAÇÕES

9.1 Acordo

- As Instituições signatárias do presente protocolo acordam ainda que o Grupo Totta poderá usufruir gratuitamente de um aluguer das instalações da SRNOM, após a realização de cada quatro contratos de aluguer de instalações e assim sucessivamente enquanto vigorar o presente protocolo.

Doc. 6

POSIÇÃO DO CNE DA ORDEM DOS MÉDICOS SOBRE
LEGISLAÇÃO RELATIVA A HOSPITAIS E CENTROS DE SAÚDE
— COMUNICADO DE 16 DE OUTUBRO DE 2002 —

A Ordem dos Médicos manifesta a sua apreensão e discordância perante várias das opções estratégicas do Ministério da Saúde em relação aos recentes diplomas sobre a Empresarialização dos Hospitais e a Rede de Prestação de Cuidados de Saúde Primários (Centros de Saúde).

A Ordem dos Médicos esperava que num Ministério tutelado por um reputado técnico de gestão industrial imperassem opções fundamentalmente assentes em critérios técnico-científicos.

Tal não se verificou e, pelo contrário, nesses articulados legislativos desvalorizam-se em absoluto as competências, a intervenção organizativa e a responsabilidade que os médicos sempre aceitaram ter na obtenção de bons índices de qualidade nos cuidados a prestar aos cidadãos.

Outras iniciativas legislativas se anunciam nos projectos-lei em discussão, com a reiteração dos mesmos erros, sempre na tentativa de afastar os médicos dos centros de decisão e dos órgãos de gestão das unidades de saúde. É disto exemplo a forma de composição do Conselho de Administração dos hospitais empresarializados e as competências da Direcção Técnica, que, na prática, anulam o objectivo da reformulação da Lei de Gestão Hospitalar de cometer aos Directores de Serviço e de Departamento poderes de direcção sobre todo o pessoal. É disto exemplo a intenção expressa de afastar os médicos das funções de direcção dos Centros de Saúde.

A Ordem dos Médicos é obrigada a aceitar, mas não compreende, a necessidade de fornecer emprego a múltiplos gestores produzidos nas inúmeras escolas que pululam no país e cujas fidelidades (políticas ou outras) não estarão provavelmente em causa.

Os médicos têm, até hoje, colaborado num S.N.S. assente em critérios de qualidade assistencial. A recente e muito honrosa classificação atribuída ao nosso sistema de saúde pela OMS, colocando-o nos 12 melhores do mundo, é, em grande parte, da nossa responsabilidade bem como da de outros profissionais de saúde, que apesar de sucessivas inflexões e incoerências dos sucessivos poderes políticos tem sabido colocar o espírito de serviço acima do espírito de grupo.

Se outros a partir de hoje vão assumir um papel de protagonismo na saúde para o qual não acreditamos estarem preparados, será a eles que os portugueses deverão pedir contas e responsabilidades.

A Ordem dos Médicos manterá a sua habitual postura e que é a de estar disponível para dar a sua contribuição técnica às mudanças, apenas e quando as políticas se alicerçarem fundamentalmente em critérios de qualidade, de transparência e de defesa efectiva dos doentes, os únicos para quem esta Instituição tem deveres de lealdade.

Pelo Conselho Nacional Executivo

(Dr. Miguel Leão)



Doc. 7 (12-11-02)
**POSIÇÃO DO CNE DA ORDEM DOS MÉDICOS
 RELATIVA À GREVE MÉDICA OCORRIDA
 EM 14 E 15 DE NOVEMBRO**

O Conselho Nacional Executivo apreciou na sua reunião de hoje os motivos da convocatória da greve médica anunciada para os próximos dias 14 e 15 de Novembro.

Como é publicamente conhecido não cabe nos meios de acção da Ordem dos Médicos convocar greves nem ter função de tutela de Instituições independentes como são as de natureza sindical.

Pondera ainda o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos que o recurso à greve deve ser usado pelos médicos com parcimónia, visto que quem possui alguns conhecimentos básicos e primários do sector, sabe que o Sistema de Saúde não é confundível com as actividades do sector industrial, comercial ou agrícola. Uma greve de médicos acarreta sempre incómodos para pessoas já de si fragilizadas pela doença, pese embora o bom senso que os Sindicatos sempre têm demonstrado nesta matéria.

Contudo, não pode a Ordem dos Médicos alhear-se do ambiente que presentemente se vive na área da Saúde nem esconder a percepção que recolhe do impacto de um conjunto de medidas governamentais junto dos médicos. Como lhe compete, já alertou atempadamente Sua Excelência o Senhor Ministro da Saúde para a gravidade da situação e seus riscos.

No seguimento da posição assumida por este Conselho em 16 de Outubro p.p., relativamente à legislação referente à empresarialização de hospitais e à legislação referente aos Centros de Saúde, o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos entende analisar da seguinte forma o actual momento social especificamente no que concerne à área da Saúde:

- A convocação da greve é da exclusiva competência das estruturas sindicais, não tendo a Ordem dos Médicos que se pronunciar sobre a sua oportunidade.
- A legislação a aguardar promulgação e a anunciada é de molde a provocar um movimento genérico de repúdio por parte dos médicos que faz antever um esmagador apoio a greve.
- A Ordem dos Médicos já exprimiu variadas vezes a sua discordância a tais medidas, pelo que não pode deixar de compreender a tomada de posição dos médicos expressa pelos seus sindicatos.

Pel'O Conselho Nacional Executivo

O Presidente

J. Germano de Sousa

NOVOS BENEFÍCIOS SOCIAIS ACORDADOS PELA SRNOM

A SRNOM TEM VINDO A ACORDAR COM DIVERSAS EMPRESAS DESCONTOS NOS SEUS PRODUTOS E SERVIÇOS. NA SEQUÊNCIA DAS LISTAS QUE TÊM VINDO A SER PUBLICADAS (VER NÚMEROS ANTERIORES DESTA REVISTA), INCLUI-SE AQUI UMA LISTAGEM DE NOVAS EMPRESAS ADERENTES, COM OS RESPECTIVOS CONTACTOS E A PERCENTAGEM DE DESCONTO ACORDADA.

ARTIGOS DE DECORAÇÃO

EMPATIAS – DECORAÇÃO DE INTERIORES, LDA

Rua da Piedade, 37 e 41 • 4050-491 Porto
 (Tel: 22 6008271; Fax: 22 6060930).

Desc. 10%.

HOTÉIS

HOLMES PLACE ARRÁBIDA SHOPING

Rua Manuel Moreira Barros, 618D • 4400-346 Vila Nova de Gaia (Tel: 22 3778700; www-holmesplace.com).

Desc. 60%, durante o mês de Janeiro de 2003.

QUINTA DO ALÉM DO RIBEIRO - TURISMO RURAL, LDA

Ceira dos Vales • 3200-074 Lousã
 (Tel: 239 996480; Fax: 239 996479).

Desc. 10%.

JOALHARIA (INDÚSTRIA)

LEBRE – INDÚSTRIA DE OURIVESARIA

Rua de Montezelo, 95 • 4510-575 Fânzeres-Gondomar
 (Tel: 224 809594; Fax: 224 809596).

Desc. 10%.

PRODUTOS DE ÓPTICA

ÓPTICA DO BOLHÃO

Rua Fernandes Tomás, 680 • 4000 Porto
 (Tel: 223 392160; Fax: 224 392169).

Desc. 20%, 15% e 10%.

ÓPTICA INVICTA

Av. Dr. Antunes Guimarães, 25 • 4100 Porto
 (Tel: 226 199531).

Desc. 20%, 15% e 10%.

RESTAURANTES

CHURRASCÃO DO MAR

Rua João Grave, 134 • 4150-427 Porto
 (Tel: 226 068458).

Desc. 5%.

CHURRASCÃO GAÚCHO

Av. da Boavista, 313 • 4050-115 Porto
 (Tel: 226 091738).

Desc. 5%.

RIO DE JANEIRO

Vilar do Pinheiro • 4480 Vila do Conde
 (Tel: 229 270204).

Desc. 5%.

RINCON DO MAR

Av. Serpa Pinto, 204/208 • 4450-275 Matosinhos
 (Tel: 229 385639/40).

Desc. 5%.

DOSSIER

TRANSFORMAÇÃO DOS HOSPITAIS EM EMPRESAS PÚBLICAS

DOCUMENTO 1 TRANSFORMAÇÃO DE HOSPITAIS EM SOCIEDADES ANÓNIMAS DE CAPITAIS PÚBLICOS – POSIÇÃO DO CONSELHO REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS

O CRN analisou em pormenor a legislação referente à transformação de Hospitais e leva a sua análise ao conhecimento da opinião pública e dos médicos, bem como as recomendações que entende dever fazer. Nesta data já é possível conhecer a legislação referente a um conjunto de Hospitais da Região Norte, cuja transformação em sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos e respectivos estatutos consta de vários decretos-lei já publicados em Diário da República.

1 – A recente publicação da Lei 27/2002 de 8 de Novembro (Novo Regime Jurídico da Gestão Hospitalar) desmente a propaganda do Sr. Ministro da Saúde no que se refere aos poderes de direcção e disciplinar dos directores de serviço ou departamento sobre todo o pessoal. Na verdade, esta disposição aplica-se exclusivamente à gestão hospitalar do sector público administrativo (Artigo 10º), não abran-

gendo os hospitais com o estatuto de estabelecimento público com natureza empresarial (Artigo 18º) ou com o estatuto de sociedades anónimas de capitais públicos (Artigo 19º). A alegada cultura da responsabilidade fica assim eliminada nos Hospitais a transformar.

2 – Regista-se que os Hospitais da Feira e Pedro Hispano, que já dispõem de estatutos próprios de serviços empresarializados, vão ser transformados de novo. Porquê? Regista-se, ainda, que esta transformação de hospitais ocorre sem que as Comissões de Acompanhamento daquelas unidades de Saúde tenham avaliado os resultados daquelas experiências. Os representantes do CRN naquelas Comissões são disso testemunhas. Aplica-se agora, com um Governo diferente, o mesmo que defendia o Dr. António Correia de Campos: faz-se primeiro e avalia-se depois. Mesmo que as asneiras se repitam.



3 – Neste contexto, importa ainda destacar que a versão inicial desta legislação (aquela que no fundo traduzia a vontade política do Senhor Ministro da Saúde) não contemplava a existência de Direcção Clínica. Não fora a posição das organizações médicas e o Senhor Ministro teria conseguido transformar os hospitais em simples clubes de gestores e para gestores e, por isso, livres de qualquer influência de critérios clínicos na definição de cuidados assistenciais.

4 – Decorre da apreciação da legislação acima referida as seguintes conclusões:

a) Os hospitais agora transformados regem-se por várias disposições legais conhecidas e ainda pelo seu próprio regulamento. Visto que o regulamento interno de cada Hospital é aprovado pela Assembleia Geral (constituída pelos accionistas com direito a voto, ou seja pelo Estado e por empresas de capitais públicos) tal significa que os médicos ficam discricionariamente dependentes de um futuro regulamento interno, provavelmente diferente de hospital para hospital.

b) Os hospitais agora transformados poderão exercer “poderes e prerrogativas especiais que lhe forem atribuídas por diploma legal e em situações excepcionais”. Como não se sabe o que é uma situação excepcional (Falência da formação de internos? Exercício do direito à greve? Liberdade de Prescrição? Autonomia Técnica?) fica ao critério do Conselho de Administração (nomeado indirectamente pelo Ministro da Saúde e pelo Ministro das Finanças) o exercício de poderes discricionários.

c) Os hospitais agora transformados regem-se pelas normas da lei do contrato individual de trabalho e podem celebrar convenções colectivas de trabalho. Como estas não são obrigatórias, fica institucionalizado um quadro laboral e técnico de precariedade o que pode implicar:

- horário de trabalho normal diário até 12 horas e semanal até 60 horas;
- período de trabalho nocturno das 23 às 7 h do dia seguinte, com implicações evidentes nas remunerações dos médicos;
- colocação do trabalhador em categoria inferior àquela para que foi contratado desde que seja imposta por necessidades prementes da empresa;
- forçar o trabalhador, ainda que temporariamente, à prestação de serviços não compreendidos na actividade contratada;
- despedimento por extinção do posto de trabalho ou inadaptação do trabalhador.

No limite, poder-se-ão ver médicos a limpar o chão ou a serem despedidos por não cumprirem orçamentos clínicos (como o Senhor Ministro da Saúde pretendia consagrar na legislação referente aos Centros de Saúde) ou por não aceitarem limites administra-

tivos à liberdade de prescrição. A experiência disponível demonstra, aliás, que o objectivo é mesmo não proceder à negociação de Contratação Colectiva. É este regime jurídico que tem permitido às Administrações do Hospital da Feira e do Hospital Pedro Hispano não negociarem qualquer contrato colectivo. É este regime que permitirá proceder a negociações individualizadas onde a resistência individual de cada médico terminaria facilmente no despedimento por inadaptação à vontade dos eminentes gestores políticos da confiança do Ministro da Saúde.

d) Nos hospitais agora transformados prevê-se que os médicos possam optar pelo regime do contrato individual de trabalho. Caso venham a optar por este regime, esta opção é irrevogável e implica a exoneração do lugar de origem e a cessação do vínculo à função pública. Neste caso também não está prevista nenhuma forma de diferenciação técnico-profissional e correspondente progressão salarial. Torna-se pois impossível estabelecer mecanismos de equivalência técnica entre médicos que optem por diferentes regimes de trabalho. Fica ainda por harmonizar a concorrência dos diversos regimes de trabalho para a assunção de lugares de direcção técnica. É óbvio concluir-se que, neste ambiente, as chefias serão escolhidas segundo critérios de subserviência perante o Conselho de Administração (e portanto perante o Ministro da Saúde) e não segundo critérios de diferenciação técnica ou especial competência na área da gestão.

e) Nos hospitais agora transformados, os funcionários que não transitem para o regime do contrato individual de trabalho poderão apenas progredir na carreira através de concursos limitados aos funcionários do mesmo Hospital. Dito de outro modo, não poderão progredir na carreira concorrendo a qualquer concurso fora do hospital onde integram o respectivo quadro. Visto que nenhum médico do hospital X poderá ingressar na carreira médica do hospital Y, fica patente que todos os novos concursos imporão a aceitação do contrato individual de trabalho e torna-se óbvio que o objectivo deste regime é acabar com qualquer estabilidade de emprego, não só porque limita os concursos de progressão aos funcionários do próprio Hospital como também não prevê mecanismos de ingresso, progressão e diferenciação técnicas para quem opte pelo contrato individual de trabalho. Torna-se pois impossível qualquer espécie de circulação de médicos entre unidades de saúde hospitalares. A hipocrisia é notória se atendermos a que o Estado mantém, propositadamente, centenas de vagas dos quadros médicos por preencher, em verdadeira situação de congelamento, continua a aplicar o sistema anedótico das vagas carenciadas e difere sistematicamente, sem justifica-

TRANSFORMAÇÃO DOS HOSPITAIS EM EMPRESAS PÚBLICAS

ção, os concursos para a obtenção do grau de consultor apenas para não pagar as remunerações a que os médicos tem direito. A política seria pois mais honesta se o Senhor Ministro da Saúde afirmasse que quer acabar com qualquer tipo de carreira que assegure diferenciação técnica.

f) Nos hospitais agora transformados cessarão, de imediato, as comissões de serviço do pessoal dirigente, bem como as do restante pessoal provido, independentemente do respectivo título, em cargos de direcção das carreiras respectivas. Escusado será dizer que as novas nomeações dependerão de adesão prévia ao contrato individual de trabalho, no sentido de garantirem uma subordinação dos novos dirigentes ao Senhor Ministro da Saúde (através dos Conselhos de Administração por este nomeados) sendo que estes, escolhidos por critérios de confiança política, por certo se encarregarão de domar os recalitrantes.

g) Nos hospitais agora transformados a Assembleia Geral poderá deliberar a deslocação da sede para outro lugar assim como a criação de delegações, centros e similares extensões da sede noutros lugares. Neste quadro fácil é descortinar-se que os médicos aderentes aos contratos individuais de trabalho podem ser transferidos 100 ou 200 Km (mediante a criação de uma extensão) e fácil é concluir-se o que lhes acontecerá se recusarem aquele “incentivo”. E os médicos que se mantenham na carreira? Serão transferidos? Serão incentivados à reforma antecipada?

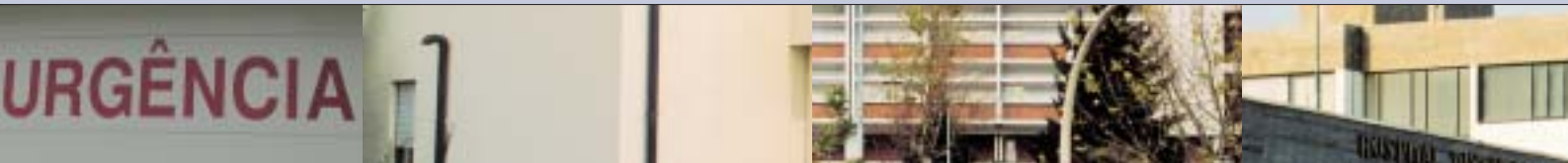
h) Nos hospitais agora transformados a Assembleia Geral é constituída pelos accionistas com direito a voto. Estes serão apenas o Estado e empresas de capitais exclusivamente públicos. Ou seja o Estado e o Estado. Visto que actualmente o Estado é o proprietário dos Hospitais a transformar, porquê esta engenharia? Se o objectivo fosse, realmente, a privatização, ainda que parcial, de estabelecimentos do SNS, através de concursos públicos transparentes, a honestidade política estaria salvaguardada. Nesta matéria acreditamos na sinceridade do Senhor Ministro da Saúde. O único, mas escondido, objectivo destas medidas é desenvolver uma operação plástica e contabilística de má qualidade, retirando as dívidas dos hospitais das contas centrais do Estado, de modo a reduzir artificialmente o défice orçamental, e inventando hospitais sem défices através da valorização do respectivo património. Se assim não fosse não estaria previsto que os bens, direitos e obrigações dos velhos hospitais são incluídos no capital próprio dos novos hospitais como reservas pelo seu valor contabilístico.

i) Nos hospitais agora transformados será a Assembleia Geral (ou seja o Estado, através dos Ministros da Saúde e das Finanças) que designará a respectiva Mesa, o Conselho de Administração (CA) e o Fiscal Único. O Conselho de Administração pode no máximo ser constituído por 5 elementos. O critério para definir o número de membros do CA é omissivo, ou seja, depende da vontade do Ministro da Saúde. Os elementos da Direcção Técnica (Director Clínico e Enfermeiro-Director), ainda que integrem o CA, serão membros não executivos. Fácil é deduzir-se que face à necessidade de diminuir a taxa de desemprego e de assegurar uma maioria não técnica nos CA a nomear, os CA irão possuir cinco elementos. Se ainda houvesse dúvidas, e apesar de honrosas excepções, as nomeações realizadas recentemente demonstram à saciedade que o Ministro da Saúde decidiu afastar os médicos do centro da decisão clínica. Acresce que, em qualquer caso, os titulares dos cargos da Direcção Técnica são nomeados pelo Ministro da Saúde. Em conclusão estamos perante a verdadeira arte da guerras: *“so many boys for so many jobs”*.

j) Nos hospitais agora transformados será a Assembleia Geral (ou o Estado, através dos Ministros da Saúde e das Finanças) que designará o Fiscal único que detém poderes de fiscalização dos procedimentos de controlo interno o que pode incluir os de natureza clínica. Isto será particularmente útil ao Senhor Ministro da Saúde quando este decidir arbitrariamente a contenção de despesas e aplicar o princípio *“If I have a job I must have a boy”*.

k) Nos hospitais agora transformados será o CA a exercer o poder disciplinar nos termos da legislação aplicável. Esta disposição contraria a propaganda do Senhor Ministro da Saúde que quis fazer acreditar que este poder seria exercido pelos directores de serviço ou departamento e confirma aquilo que dissemos atrás: que aquela disposição não é aplicável aos hospitais transformados em sociedades anónimas de capitais públicos. Certamente para assegurar o princípio *“so many roles for so many boys”*. A legislação publicada prevê uma equiparação efectiva das funções do Director Clínico e do Enfermeiro Director. Ou seja, o Director Clínico será apenas o Director dos Médicos e não o responsável pela organização de todos os cuidados assistenciais. De novo estamos perante um sofisma propagandístico, talvez entendível pela lógica de grupos de pressão, notoriamente eficazes junto do Senhor Ministro da Saúde (*For each job I choose bitter and rude boys*).

l) Nos hospitais agora transformados está expressamente previsto que os funcionários do Hospital não estejam democraticamente representados no Con-



selho Consultivo (CC) da instituição onde trabalham. Este Conselho é presidido por um representante do Ministro da Saúde (*one more job, one more boy*), um membro da ARS respectiva (*another job, another boy*), um representante da Assembleia Municipal do concelho onde está sediado o Hospital, um representantes dos utentes, um representante dos prestadores de trabalho voluntário da instituição, um representante dos trabalhadores e dois representantes, cooptados pelos restantes membros do CC, de profissionais de saúde sem vínculo à Sociedade. Pelo estilo legislativo do Senhor Ministro da Saúde percebe-se que, para ele, os profissionais de saúde são simples observadores e, mesmo assim, sem relevância suficiente para possuírem um estatuto verdadeiramente representativo. Neste caso, *"If I can't get the boys, I don't need the jobs"*.

m) Nos hospitais agora transformados prevê-se que estes participem na formação médica em termos a definir em contrato-programa. O desprezo pela formação médica é evidente já que apenas se fala em contratos. Ainda que tal omissão corresponda, certamente, aos conhecimentos do Senhor Ministro da Saúde sobre a matéria, fica por saber o que acontecerá aos internatos médicos e à formação médica contínua nos Hospitais a transformar. Os orientadores de formação serão apenas médicos da carreira ou os médicos sujeitos a contratos individuais também poderão (ou serão obrigados) a desempenhar estas funções? Os incentivos a distribuir serão apenas para os orientadores de formação ou também beneficiarão os internos? As equipas médicas serão constituídas segundo objectivos de formação ou para obter incentivos? Haverá incentivos para os médicos que desempenhem funções de orientadores de formação? Os médicos orientadores de formação serão penalizados nos incentivos se diminuírem a actividade clínica para promoverem a formação de internos? Os incentivos a distribuir terão em conta que o nível técnico dos internos é progressivamente crescente ao longo do internatos? Como se vai definir a atribuição de incentivos nestas circunstâncias? Como se garante a continuidade da formação dado o risco permanente de quebra dos contratos individuais de trabalho e consequente mudança de orientadores de formação? Qual a validade dos curricula dos internos perante mudanças da sua orientação formativa? Qual será a idoneidade de serviços sem quadro próprio ou com quadros temporários? Os médicos sujeitos a contratos individuais de trabalho terão direito a frequentar acções de formação médica? Nestes casos prevalecerão os critérios técnico-científicos ou a subordinação às decisões dos gestores nomeados pelo Ministro da Saúde para o Conselho de Administração?

FACE A ESTE QUADRO LEGISLATIVO IMPORTA REFLECTIR SOBRE O QUE ESTÁ EM CAUSA.

E ASSIM SÓ PODE EXISTIR UMA DECISÃO, A SER TOMADA, INDIVIDUALMENTE, POR CADA MÉDICO E, EM CONJUNTO, POR TODOS OS MÉDICOS.

NA AUSÊNCIA DE QUAISQUER MECANISMOS QUE GARANTAM A ESTABILIDADE PROFISSIONAL E A DIFERENCIAÇÃO E PROGRESSÃO TÉCNICAS DOS MÉDICOS QUE VENHAM A ADERIR A CONTRATOS INDIVIDUAIS DE TRABALHO,

NA AUSÊNCIA DE MECANISMOS DE EQUIVALÊNCIA TÉCNICA QUE PERMITAM A LIVRE CIRCULAÇÃO ENTRE UNIDADES DE SAÚDE DE MÉDICOS SUJEITOS A DIFERENTES REGIMES DE CONTRATAÇÃO DE TRABALHO,

NA AUSÊNCIA DE MECANISMOS IMPERATIVOS QUE ASSEGUREM A REGULAMENTAÇÃO COLECTIVA DE TRABALHO,

NA AUSÊNCIA DE DIRECÇÕES CLÍNICAS DOTADAS DE PODERES EFECTIVOS,

NA AUSÊNCIA DE HIERARQUIAS TÉCNICAS QUE ASSEGUREM UMA LIDERANÇA EFECTIVA DOS DIRECTORES CLÍNICOS E DOS DIRECTORES DE SERVIÇO E DEPARTAMENTO SOBRE TODOS OS CUIDADOS ASSISTENCIAIS A PRESTAR NOS NOVOS HOSPITAIS,

NA AUSÊNCIA DE GARANTIAS DE PROGRESSÃO TÉCNICO-PROFISSIONAL PARA OS MÉDICOS JÁ INTEGRADOS NAS CARREIRAS MÉDICAS,

NA AUSÊNCIA DE QUAISQUER MECANISMOS QUE ASSEGUREM O ACESSO À FORMAÇÃO MÉDICA, BEM COMO A RESPECTIVA EQUIDADE E QUALIDADE, QUER DURANTE OS INTERNATOS QUER APÓS A ESPECIALIZAÇÃO,

NA PRESENÇA DE PODERES DISCRICIONÁRIOS ATRIBUÍDOS AOS CONSELHOS DE ADMINISTRAÇÃO NOS QUAIS OS MÉDICOS FARÃO APENAS FIGURA DE CORPO PRESENTE,

NA PRESENÇA DE CONSELHOS DE ADMINISTRAÇÃO MAIORITARIAMENTE TRANSFORMADOS EM AGÊNCIA DE EMPREGO PARA GESTORES INDIFERENCIADOS E SUBORDINADOS À SIMPLES VONTADE DO MINISTRO DA SAÚDE,

O CONSELHO REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS RECOMENDA A TODOS OS MÉDICOS QUE NÃO ADIRAM AOS CONTRATOS INDIVIDUAIS DE TRABALHO EM QUALQUER DOS HOSPITAIS TRANSFORMADOS EM SOCIEDADES ANÓNIMAS DE CAPITAIS PÚBLICOS.

DOSSIER



MEDICINA GERAL E FAMILIAR

DOCUMENTO 1 REDE DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS COMUNICADO DA DIRECÇÃO DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR DA ORDEM DOS MÉDICOS SOBRE A PROPOSTA DE DECRETO-LEI

Há dois modos de ler esta Proposta: a detalhada, ponto por ponto, sobre a adequação, a coerência jurídica, a lógica Empresarial, a Teoria da Administração Pública, e a **técnico-científica de uma Crítica Prospectiva**. Nós escolhemos esta, porque sendo o seu Autor um Bom Estratega confesso e reconhecido, seria “empequenecer” o Documento não o perspetivar neste contexto.

Este é um documento inaceitável, pelo seu conteúdo global e pelas suas consequências, que nos envergonha, magoa e indigna. Atenta contra o bem estar dos utentes, sem cuidar de preservar a qualidade dos cuidados de Saúde.

Mesmo sem citarmos o **Tratado da Guerra do Sun Tzu** ou a outra Bíblia dos Estrategas a **Guerra de Von Clausewitz**, ninguém ignora que um **bom General não pode nem deve bater-se contra o seu Exército, porque o homem está no cerne da diferença entre uma organização ganhadora ou perdedora**.

Ora, a principal opção estratégica deste Documento é desqualificar o seu Exército, dizendo que a função de Capitão pode e deve ser desempenhada pelo aspirante recém saído da Escola ou pelo tarimbeiro que nunca se preocupou com o evoluir técnico-científico.

Tem o Senhor Ministro de ter a coragem Política de dizer aos portugueses que o elegeram que lhes vai dar uma assistência médica que privilegia a acessibilidade indiscrimi-

nada e acrítica, tipo supermercado, em detrimento da qualidade e adequação do Serviço.

Ou seja, **a acessibilidade, sendo uma peça do funcionamento dos CS, não é um objectivo que valha por si só**. Aumentar acessibilidades sem regras e sem avaliação de capacidades, sobrecarrega serviços, serve pior os utentes, aumenta encargos e põe em risco a qualidade do acto médico exercido sob pressão, para além de diminuir a possibilidade de resposta, especialmente sentida por quem deles efectivamente mais necessita.

Tem o Senhor Ministro de aceitar o previsível insucesso que é governar contra a Gestão por objectivos que revoga com o Despacho normativo de 97/83 e a Gestão participativa que era a única parte boa do 157/99 – os seus combatentes não entendem porque é que têm de ser “vendidos” aos Grupos Económicos Privados e, muito remotamente, poderem vir a ter Carta de Alforria para eles próprios Cooperarem num Serviço Público.

Tem o Senhor Ministro de compreender que ninguém aceita que a vigilância do desempenho médico seja exercida por um Director que pode nem ser médico, e por um Coordenador que poderá ou não sê-lo e, mesmo sendo-o, poderá não ser Especialista de Medicina Geral e Familiar. Quem responderá ética, judi-

cial, criminal ou até socialmente perante a agressividade actual de alguma opinião pública, quando é obrigado por uma tutela, não necessariamente técnica e científica, a uma organização do seu trabalho que persegue objectivos exclusiva ou até só excessivamente económico-financeiros?

O Senhor Ministro ou/e os seus Consultores não conhecem na prática clínica diária e nas actuais circunstâncias deste país real o que significa ser responsável pela Saúde de uma lista de utentes do ponto de vista curativo e preventivo da Doença e promocional da sua Saúde. Se o soubesse, como todos os que o fazemos diariamente, jamais deixaria que fosse estabelecido sequer como hipótese o número de 2.500. A qualidade será uma utopia, o “burn out” dos médicos uma realidade diária, a prática defensiva uma possibilidade e, portanto, os gastos desnecessários subirão em flecha.

O Senhor Ministro tem de admitir que a lógica do Capataz ou do Chefe de Posto das Colónias, que está subjacente a muitas das atribuições do Director e certamente à ideia de um prémio de produtividade à custa da mais valia do trabalho médico e quicá da saúde dos portugueses, seria defensável se o produto fosse material, já questionável sendo um Serviço e inaceitável quando o Serviço é um Bem tão essencial como é a Saúde de cada um de nós.

O Senhor Ministro conhece tão bem como nós o aforismo clássico na Gestão estratégica defendido pela Mary Parker Follet que o “Dirigente de primeira não é o que dá ordens mas sim o que suscita iniciativas que vão no sentido das ordens que ele poderia ter dado.” Nós acrescentaríamos “sem se eximir de as dar quando imprescindível e oportunamente necessárias”. Para isto é necessária formação e prudência, que só se ganha com o estudo, o treino e a prática. Porque é que os Governos anteriores acabaram com os Institutos de Clínica Geral que formaram milhares de médicos no país, reconhecidos e respeitados pedagogicamente pelas Faculdades e pelos Hospitais, e Vossa Excelência agora se prepara com este Documento para acabar com a Carreira oficial já que, acabar com a Especialidade, Vossa Excelência não é competente para tal?

Sabe, Senhor Ministro, que defendemos que cada Profissão deve do ponto de vista Educacional e de Treino Profissional diferenciar-se o mais possível e respeitamos todos, não porque são ou não Licenciados, mas porque executam com ética, saber, diligência e empenhamento os seus Actos Profissionais Específicos. Não entendemos como Vossa Excelência se deixou confundir. Um Sargento Licenciado cumpre melhor a sua função que o não licenciado, mas não é por isso que a sua função e responsabilidade técnica e científica passa a ser de Capitão. Por isso, pensamos que falta algo, ou algo está a mais, no Artigo 14º.

Sabe, Senhor Ministro, que os ganhos em indicadores de Saúde do País que o Senhor Governa foram, na maior parte, nos últimos vinte anos, resultado do trabalho persistente e diário dos milhares de Especialistas em Medicina Geral e Familiar? Um Plano Nacional de Vacinação que é cumprido em mais de 90% da População, uma mortalidade infantil que passou de 14,2%, em 1987, para 5,3%, em 2000, e o significativo aumento da esperança de vida à nascença são valores que não nos envergonham no mundo, como antes acontecia. A esperança e a qualidade de vida dos diabéticos, a diminuição da incidência das complicações criadoras de custos inoportáveis na óptica meramente económica, assim como a detecção precoce de tantas doenças oncológicas, para só citar alguns indicadores, tudo isto fica em risco, com as consequências previsíveis do seu Documento na forma em que está.

Sabe, Senhor Ministro, porque nos preocupamos fundamentalmente com a Saúde e o bem estar das Populações, defendemos os direitos dos Utentes, mas também os seus deveres. Vossa Excelência ou/e os seus Consultores, porque não têm experiência clínica, não conhecem e sofrem as agressões não só verbais como até físicas dos utentes, muitas vezes fomentadas por terceiros. É por isso que estranhámos que se diga que o utente tem de respeitar o outro utente, mas se ignore que ele também tem de respeitar o Profissional de Saúde.

Sabe, Senhor Ministro, nós não podemos esquecer a história que construímos nos idos de 78 até 82, altura em que um Governo cujo Ministro dos Assuntos Sociais era o Dr. Barbosa, o Secretário de Estado dos Assuntos Sociais o Dr. Bagão Félix e o Secretário de Estado da Saúde o Dr. Paulo Mendo eram dos mesmos Partidos Políticos de hoje. Na altura, o Decreto 310/82 e o 16/82 e o Despacho normativo que agora derroga criaram entre outras coisas as Carreiras Médicas e nomeadamente a Carreira Médica de Clínica Geral. Recusamos a assistir calados a que o Senhor Ministro e o seu Partido “vendam” esta Progenitura pelo Prato de lentilhas de uma qualquer solução economista...

Queremos, Senhor Ministro, que saiba que os Especialistas de Medicina Geral e Familiar não são nostálgicos do passado, nem imobilistas perante o devir, mas a nossa tradição foi, e é, a de nos envolvermos no evoluir da Coisa Pública. Não queremos sofrer, mas contribuir para a verdadeira revolução das mentalidades mudando o presente, conspirando a favor de um verdadeiro Futuro e não de uma miragem, ou de interesses meramente lucrativos de terceiros... Como dizia Séneca, “não há vento favorável para aquele que não sabe onde vai!” Nós sabemos !!! O Senhor Ministro sabe?

REDE DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS POSIÇÃO DO SINDICATO INDEPENDENTE DOS MÉDICOS SOBRE A PROPOSTA DE DECRETO-LEI

A Comissão Nacional de Clínica Geral do SIM – Sindicato Independente dos Médicos reuniu, em Lisboa, a 24 de Outubro de 2002, para apreciação da “Proposta de Decreto-Lei – Rede de Prestação de Cuidados de Saúde Primários”, remetido pelo Ministro da Saúde, com definição de prazo de excepcional urgência, para “audição”.

A Proposta, aguardada com a expectativa das sucessivas ideias profusamente divulgadas na Comunicação Social, pressupunha uma “revolução” nos Cuidados Primários de Saúde.

A constatação do texto leva-nos a supor que a única revolução pretendida é a introdução da figura do capataz, pago a nível de administração de empresa rica, e com acréscimo de produtividade do que será sonogado ao trabalho dos médicos e às expectativas dos doentes, nomeado por uma Administração Pública que se perpetua, piramidal e omnipresente, com especial implicação no Controle Clínico, destruindo a autonomia técnica e científica de uma Especialidade a quem o país tanto deve. De facto, a Medicina Familiar Portuguesa colocou a saúde dos portugueses em clara convergência europeia, introduzindo, com a sua qualidade e inequívoca produtividade, índices de Mortalidade Infantil, Mortalidade Perinatal, Taxa de Mortalidade Materna, Aumento de Esperança de Vida à Nascimento de nível excepcional e nos últimos 20 anos, conforme atesta o 12º lugar atribuído ao nosso SNS pela OMS.

Desqualificar a Medicina Familiar é levar a Saúde dos portugueses para o século passado, regredindo mais de 20 anos!!! Só uma atitude acintosa justifica este ataque descabido de um gestor, investido em político como Ministro da Saúde.

COMENTÁRIO TÉCNICO AO PROJECTO DE D.-L. “REDE DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS”

Art.º 1º, n.º 3 – Âmbito

...agrupamentos de profissionais em regime liberal, designadamente cooperativas...: Considerar que os médicos, quando em Cooperativas, estão em regime liberal é revelar desconhecimento da Lei ou, mais grave, pretender avulsamente modificar o Código Cooperativo e a Constituição da República Portuguesa. De facto, os médicos quando trabalham em cooperativas assumem o estatuto de trabalhadores cooperadores o que é radicalmente diferente do exercício profissional em regime liberal.

Art.º 3º – Princípios da Prestação dos CSP

a) **A liberdade de escolha do assistente:** Pouco ingenuamente não se chama Médico de Família, mas dá-se outra designação que, em boa verdade, não é nada, posto que não existe a figura de médico assistente em nenhum diploma legal conhecido e também não consta que haja agora uma carreira médica de Assistência. Assim se abre a porta à intrusão de indiferenciados num território de Especialistas de MGF. Quanto à liberdade de escolha do MF é interessante, resta é criar mecanismos de controlo de uma eventual inscrição desregrada e excessiva numa Lista, para a qual o MF tem que necessariamente ser ouvido.

b) **Cobertura de todos os cidadãos:** Não parece querer dizer outra coisa do que aos MF cumprirá aguentar a inscrição sucessiva e ilimitada de utentes, desde que assim se «resolva» a falta de médicos na zona em que ela se faça sentir... Será pedir demais a quem tem os mesmos ombros, é feito da mesma massa e é do mesmo planeta que os demais concidadãos! A isto chama-se a política do resto zero!!!

c) **Acesso, por motivo de doença súbita (...) a qualquer CS:** Que critérios identificam uma «doença súbita», a ser obrigatoriamente aceite num qualquer CS? Uma pápula de mosquito não é sinal de saúde, é doença e é subitamente que aparece – deve acorrer, pois, a um CS qualquer. Uma tosse, mesmo isolada, igualmente – deve, à terceira tossidela, demandar-se um Dr. do CS. E a febre que tem 5 ou 6 horas (e às vezes menos) e que frequentemente logo nos aparece pela frente, mantém todo o cabimento, agora legal, de continuar a aparecer, sem qualquer medida prévia do utente ou dos seus familiares!!!...

Art.º 5º – Direitos e Deveres dos utentes

1 – d) **Marcação de consulta em hora determinada:** Eis uma das aplicações da filosofia geral do Projecto – os Médicos são incapazes de gerirem a sua Lista e de programarem o seu trabalho! Como tal, é impensável terem a liberdade mais simples, como seja a de programarem o horário dos atendimentos, por exemplo, tendo em conta o que a sua experiência lhes dita como mais aconselhável e que pode até ser não ter horas rígidas para cada consulta! Marcar consultas a taxímetro não é compatível com a actividade do MF, em que uma consulta pode abarcar tantas áreas e, assim, demorar 10 minutos, como 1 hora e, também por isto, é gerador de potenciais conflitos. Exemplo prático, tão vulgar: falta o 1º doente e falta o 2º doente, este marcado para dali a 15 minutos – fica o MF parado meia hora até que apareça o terceiro. Ou avança para um que, apesar de marcado para mais tarde, já ali se encontra? E se, entretanto, chega um dos anteriores, que afinal vem, vê-o quando: no fim ou a seguir? na hora já de outro utente? E o que fazer com o prolongamento inevitável da Consulta e da sua conseqüente hora de saída?

2 – **Deveres dos utentes:** Curioso! Após tão compreensíveis e pormenorizados direitos e deveres, entre estes não há uma só menção ao respeito pela dignidade pessoal e profissional dos que laboram nos CS!

Art.º 8º – Director

Primeira pergunta: É um médico?

1 – **Director:** nomeado! Ainda não se entendeu que um lugar como este precisa da confiança inequívoca dos seus pares e, assim, da «cumplicidade» destes – não é esse o princípio das eleições? E que dizer do lapso de não se dizer que tem que ser médico?...



4 – **O cargo pode conferir um subsídio mensal:** «Pode»? Melhor fora que conferisse mesmo...

Art.º 9º – Competências do Director

1 – b) **Definir a organização da prestação de cuidados e emitir orientações técnicas:** Então e a autonomia técnica e científica dos MF (v. DL 73/90)? E seria um Director (que até poderá nem ser médico – v. Art.º 8º n.º 1) que vai dar orientações técnicas??? E se isto der para o torto é o Director que vai sentar-se no mocho do Tribunal, acusado de negligência médica, sem ser médico???

h) **Assegurar a gestão adequada dos recursos humanos:** O que quer isto dizer, preto no branco? Mobilidade de serviços? Substituições de Colegas, fora das horas normais e pagas como? Por que será que isto de «gestão adequada de recursos humanos» faz-me lembrar sempre um teatro de marionetas?...

o) **Organizar e supervisionar as actividades de formação e investigação:** O que se entende por supervisionar as actividades de formação? É censurar a frequência de eventos formativos, ou é coisa mais pueril? E quanto a organizá-las, terão os Directores dos CS tempo e vontade para o fazer?... E, já agora, se houver aqueles que nunca as organizem, em detrimento das expectativas e direitos dos profissionais do CS? Perdem os emolumentos?

p) **Tomar conhecimento e determinar as medidas adequadas em resposta a reclamações apresentadas pelos utentes:** E as que os profissionais do seu CS apresentarem? Por que não se contempla esta necessidade? E em que livro (e de que cor) poderão médicos, enfermeiros, administrativos, apresentarem as suas? Ou as destes valem menos do que as dos utentes, merecendo menor atenção? Ou não valem nada como parece?

Art.º 11º – Coordenação das Unidades

3 – **Os Coordenadores são nomeados(...):** Leia-se o mesmo comentário que para n.º 1 do Art.º 8º.

6 – **O exercício do cargo de Coordenador pode conferir um prémio anual(...):** O mesmo que p/n.º 4, Art.º 8º.

Art.º 13º – Unidade de Cuidados Médicos

2 – **Lista entre 1500 e 2500:** Sendo isto de boa-fé, dir-se-ia que quem o escreveu não entende nada do que escreve: pôr num mesmo saco 1500 e 2500 utentes, ao menos acalenta a esperança de que esta mesma pessoa um dia nos processe um ordenado também 66% superior, achando que é o mesmo... E depois voltamos à inépcia dos médicos: o Director põe e dispõe da Lista e o principal protagonista não é tido nem achado!

4 – **A Unid. Cuidados Médicos pode disponibilizar meios destinados à prestação de cuidados em internamento e de actos complementares de diagnóstico e terapêutica, designadamente em áreas geográficas periféricas e de pior acessibilidade:** Importa-se de repetir?... Que meios? Humanos, nós? E que actos complementares de diagnóstico e terapêutica? Em áreas geográficas que ninguém quer e que não são as nossas? Será?

5 – **Idem para cuidados urgentes, em estreita colaboração com a Urgência do Hospital:** Mas ainda não se entendeu que a Carreira de Medicina Geral e Familiar tem instrumentos e objectivos próprios.

6 – c) **Colaborar com a Unid. Saúde Pública e com a Unid. Enfermagem e Apoio à Comunidade em todas as actividades por estas desenvolvidas:** Não será o contrário o mais natural? Ou pretende-se pôr os médicos sob a alçada dos Coordenadores daquelas Unidades, que este documento prevê que sejam os enfermeiros, ao contrário do que estipula o Art.º 5º do DL 73/90, de 3 de Março?

7 – **O Coordenador da Unid. Cuidados Médicos é o responsável pelo orçamento clínico dos utentes assistidos pela equipa médica sob a sua supervisão, cabendo-lhe implementar as orientações clínicas e os protocolos adequados às patologias mais frequentes, em termos de custo-benefício, quanto a prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica:** Finalmente, a sinceridade! Cria-se a figura curiosa de um «orçamento clínico», a ser gerido por um Director, que pode nem ser MF ou sequer médico (v. n.º 8 deste Art.º), mas que vai «supervisionar a equipa médica» e até vai «implementar orientações clínicas» de Listas que não são as suas, tudo sob a bandeira do «custo-benefício» no que respeita a prescrições terapêuticas e de exames. Em suma, um capataz... E a autonomia técnica e científica dos médicos, garantida no Código Deontológico e por Lei, será um desperdício?

8 – **O Coordenador da Unid. Cuidados Médicos é, preferencialmente, um médico de Medicina Geral e Familiar:** Ou as vírgulas estão erradas, ou isto quer dizer que não só pode não ser um MF, como pode mesmo nem ser médico – há-de haver curiosos com jeito!!!

Art.º 14 – Unidade de Enfermagem e de Apoio à Comunidade

1 – (...) **tem por missão a prestação de cuidados (...) no apoio psicológico (...):** Apoio psicológico? Isto é a sério?...

2 – (...) **constituída por enfermeiros e outros profissionais de saúde indispensáveis(...):** Quais? Psicólogos? Alternativos ou mesmo Bruxos assumidos?

3 – **A actividade da Unid. Enfermagem e Apoio à Comunidade é coordenada por um profissional de enfermagem:** A coordenar «outros profissionais de saúde indispensáveis»? Psicólogos, por exemplo? Ou o apoio psicológico é feito por enfermeiros psicólogos?

Art.º 16º – Voluntariado

4 – **A acção dos voluntários (...) com respeito pelos princípios da ética que orientam a actuação do CS:** Quais princípios? Os dos médicos, dos enfermeiros? Dos administrativos? Ou os das Senhoras do Carinho e Amor Humano?

Art.º 17º - Horário de funcionamento

1 – (...) **funcionamento normal entre as 8 e as 20 horas nos dias úteis, podendo este horário ser alargado até às 24 horas diárias, incluindo sábados, domingos e feriados(...):** E em função dos meios disponíveis, não? E o que é «funcionamento normal» depois das 20 horas? E que tipo de actividade é o dos sábados, domingos e feriados? Será que se preparam para distribuir o trabalho normal por 7 dias da semana? Até Deus se cansou ao 6º dia!!!

MEDICINA GERAL E FAMILIAR

2 – **Horário (...) com afixação no exterior:** Tipo bomba de gasolina? Em néon?

3 – **Compete às ARS (...) otimizar recursos disponíveis, fomentando uma maior acessibilidade:** Voltamos às marionetas... E o que entendem por acessibilidade não andará próximo da devassa, do «todos ao molho», esquecendo que, também na Saúde, quanto maior oferta, maior procura... e fica tudo pior, se o único critério for mais acesso?

4 – **O Director do CS deve assegurar (...) a sua substituição atempada em caso de faltas ou impedimentos:** Por quem? Em que tipo de trabalho? Em que horário do profissional substituinte?

Art.º 21º – Regime de incentivos

1 – **Os profissionais de saúde são avaliados regularmente quanto ao seu desempenho, com base em critérios objetivos e parâmetros mínimos de produtividade e qualidade:** Quais critérios e parâmetros? Quem os define?

2 – **(...) acções de formação e estágios(...):** Acções de formação e estágios são incentivos ou são uma obrigação do empregador (ver, por exemplo, Art.º 9º)?

Art.º 22º – Contratos de Gestão

1 – **Nos casos em que a garantia da satisfação dos utentes o justifique(...):** Quem afere a necessidade de satisfação dos utentes? Com que critérios? Com que limites?

Art.º 23º – Contratos de Prestação de Serviços

2 – Refere-se o Art.º 15º (como na versão anterior), quando se quereria referir o Art.º 13º.

COMENTÁRIO GERAL

O documento tem aspectos de uma enorme gravidade, que o tornam globalmente indigno e inaceitável:

a) É a global e contínua ideia de uma tutela descabida sobre os médicos, diminuindo-lhes a capacidade de organização do seu trabalho, balizando-lhes a actuação técnica e limitando a sua prática científica a uma confessa subordinação a orçamentos de duvidoso objectivo.

b) É a vigilância do desempenho médico, exercida por um Director que pode nem ser médico e por um Coordenador que poderá, ou não, sê-lo, e mesmo que o seja pode nem ser da Carreira, aos quais se pretende dar o poder de se imiscuírem no trabalho dos médicos, sob a capa de orientações técnicas, sem assumirem as eventuais consequências e responsabilidades judiciais.

c) É o admitir que um Director tem prémio de produtividade à custa da mais valia do trabalho médico e à custa da saúde dos portugueses:

d) É o degolar de uma Carreira, erigida há 2 décadas, com a surrealista e vazia referência a «médicos assistentes», obstinadamente feita a fim de evitar a designação do especialista «Médico de Família», pelo mesmo Estado que, de uma asentada, deita borda fora o incalculável investimento de anos e anos de formação específica, internatos e exames de milhares de Médicos de Família – estranho exemplo, este, em tempo de racionalização de despesas e de incentivo à produtividade de investimentos!

e) É a admissão da ideia (ainda que cedendo à mais básica tentação de contas de deve e haver) de médicos indiferenciados ocuparem lugares em falta nos Centros de Saúde, como uma das mais despudoradas tentativas de logro à população

de utentes a que no âmbito da Saúde se tem assistido, jogando-se na ignorância daqueles a quem se pretende «vender» o gigantesco dislate de que ter à sua frente um especialista de Medicina Geral e Familiar (fruto de uma experiência formada e vivida) ou ter um médico recém-formado é a mesma coisa!

f) É a constante ideia-chave de subordinação do trabalho dos médicos a conceitos vagos, mas populistas (como a acessibilidade sem qualquer definição; as marcações por hora escolhida pelo consumidor, como quem marca hora no cabeleireiro, independentemente da forma como o médico melhor se sinta a produzir em função da sua especificidade como pessoa e da sua Lista; o abrir de comportas a todos os que decidam estar em «situação súbita», mesmo aos muitos que não se interessam em saber utilizar os serviços de saúde; a ausência gritante da consignação do dever de respeito pelos profissionais de saúde no mesmo artigo em que até se lembram de enumerar o respeito dos utentes... pelos outros utentes; a deslocação possível do médico para outros serviços e até para outras localidades, sem salvaguarda da estabilidade da sua família; etc.) é toda esta ideia-chave que consubstancia uma atitude de impensável desrespeito pela Carreira de MGF, pelos seus titulares e pela Classe em geral!

g) É o afastamento dos MF de lugares de chefia, aberta a porta aos arrivistas pelo articulado deste projecto, numa afronta desnecessária e imprudente.

h) É a anárquica desregulamentação dos Centros de Saúde com a revogação do Despacho Normativo 97/83, deixando indefinido o trabalho assistencial do Médico de Família.

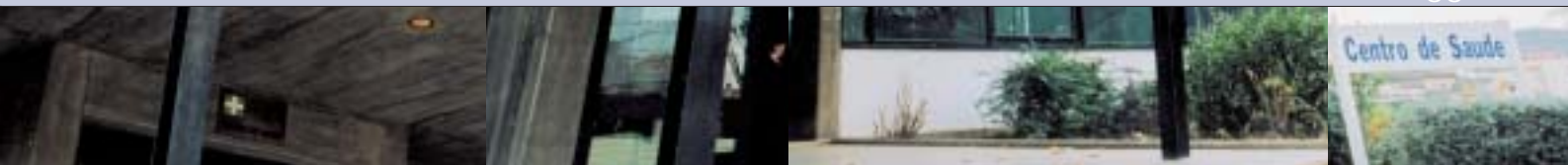
i) É a manipulação da Lista de utentes, engordada a bel-prazer por um Director plenipotenciário até ao anacrónico horizonte de 2500, que é, por sua vez, a prova provada da incapacidade de o Estado cativar, com verdadeiros incentivos, mais médicos para a carreira de MGF – o Estado falhou, demonstra a sua incompetência para se corrigir e opta pelo caminho mais fácil e menos recomendável de tirar da cartola peluches em lugar de coelhos...

j) Quanto às cooperativas, aguarde-se o seu enquadramento, não obstante ser diferente elas serem de médicos, ou de profissionais de saúde – o incentivo é diverso e as pressões e os objectivos também.

Queremos uma MGF digna, tão digna como qualquer outra Especialidade. Queremos um trabalho feito de forma séria e científica, não avulsa e empírica, assumida, de alto a baixo, por quem tem formação, vocação e empenho de exercê-la e a quem os utentes, em inquérito recentemente divulgado, davam uma esmagadora percentagem de confiança que muitos políticos, por certo, gostariam de ter também.

Lisboa, 24 de Outubro de 2002

A Comissão Nacional de Clínica Geral do SIM



DOCUMENTO 3 DOCUMENTO APRESENTADO PELO DIRECTOR CLÍNICO DO HOSPITAL DE S. JOÃO RELATIVO AO SERVIÇO DE URGÊNCIA (TRANSCRIÇÃO) ONDE SE AFIRMA QUE NÃO EXISTEM ESPECIALIDADES NOS CENTROS DE SAÚDE

«c - “Crise” actual nos SU Hospitalares

A actual crise dos SU's é caracterizada pelos seguintes factores:

- Falência dos cuidados primários (Centros de Saúde).
- Não prestam cuidados 24 horas/dia.
- Deixam muitas dezenas de milhares de doentes (só no distrito do Porto) sem médicos de família.
- **Não prestam cuidados de especialidade (as especialidades só existem em hospitais) consequentemente, por impreparação organizativa destes hospitais, criaram-se listas de espera para consultas, tratamentos, intervenções.**
- **Não prestam cuidados domiciliários, nem continuados.**

O modelo organizativo actual contribui enormemente para a escassez de recursos humanos. Cada médico desempenha somente a tarefa referente à sua Especialidade, não havendo visão integradora. Quadro médico que faz uma escala semanal no SU, o que não permite auditar a avaliação ou o tratamento efectuado, se o doente fica mais de 12 horas no SU, passando de equipa ou de rotação.

Incapacidade de se constituir espírito de grupo, não havendo disponibilidade para a formação de protocolos organizativo e clínicos. Critérios diferentes entre equipas e dentro da mesma equipa (existem doentes que mudam de antibiótico 4 vezes em menos de 24 horas de estadia no SU).

Crescente número de doentes com Patologia de maior gravidade. Envelhecimento da população conduzindo a um maior número de doentes com maior comorbilidade.

Descontentamento generalizado dos médicos no desempenho das suas funções no SU.

Queixas/descontentamento dos utentes.

Indefinição de tarefas, nomeadamente no que respeita à avaliação inicial do doente.

Envelhecimento do Quadro Médico.

Número reduzido de internos e jovens médicos, situação com tendência a agravar-se até 2004-2006.

Aumento crescente das horas extraordinárias, com graves repercussões económico-financeiras.»

DOCUMENTO 4 (30/10/02) POSIÇÃO DO CONSELHO REGIONAL DO NORTE RELATIVA À AFIRMAÇÃO DO DIRECTOR CLÍNICO DO HOSPITAL DE S. JOÃO DE QUE NÃO EXISTEM ESPECIALIDADES NOS CENTROS DE SAÚDE

Ex.mo(a) Colega,

O Conselho Regional do Norte tomou conhecimento de um documento apresentado pelo Director Clínico do Hospital de S. João relativo ao Serviço de Urgência em que se fazem considerações inaceitáveis sobre os **Centros de Saúde e a Medicina Geral e Familiar**, conforme pode comprovar pela fotocópia anexa.

Como é óbvio, o Conselho Regional não pode aceitar que o Director Clínico do Hospital de S. João afirme que não existem especialidades nos Centros de Saúde (certamente por desconhecer a especialidade de Medicina Geral e Familiar), nem pode aceitar que afirme que os Centros de Saúde não prestam cuidados domiciliários e continuados (certamente porque desconhece como funcionam os Centros de Saúde).

Por este motivo, venho apresentar, em nome do Conselho Regional e no meu próprio, a nossa solidariedade perante afirmações tão insultuosas e injustas.

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho Regional



COMUNICADO A TODOS OS MÉDICOS FAMÍLIA MEDICINA GERAL E FAMILIAR EM PERIGO



A Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (APMCG), a Federação Nacional dos Médicos (FNAM), a Ordem dos Médicos (OM) e o Sindicato Independente dos Médicos (SIM) estão **profundamente preocupados com a perspectiva da próxima aprovação de legislação nos Cuidados de Saúde Primários**. De facto, a análise feita por estas estruturas revela a possibilidade de profundas e negativas alterações no funcionamento e gestão dos actuais Centros de Saúde, configurando a **mais grave tentativa de destruição da carreira médica de Medicina Geral e Familiar e de todos os direitos adquiridos**.

Torna-se imperioso informar os Médicos de Família, neste difícil momento, das principais alterações legislativas previstas, de modo a que **nos mobilizemos para uma luta sem tréguas na defesa da nossa Especialidade e da Saúde dos Portugueses**.

As principais consequências da aprovação imposta por este Governo, já que não decorreram quaisquer negociações, são as seguintes:

1 – Revogação do Despacho Normativo 97/83, do DL n.º 157/99 (CS de 3ª Geração) e por disposição jurídica de sentido contrário, do disposto no DL 73/90, nomeadamente no que se refere à progressão na Carreira, Remunerações, Duração de Horário de Trabalho, Regime de Recrutamento de Pessoal sua selecção e a Formação Contínua, **criando um vazio legal que desregulamenta por completo o actual modelo assistencial nos actuais Centros de Saúde**. No limite, todo o horário médico passará a ser utilizado como assistencial. Perdem assim os doentes o direito do seu Médico de Família gerir os ficheiros clínicos, contactar outros médicos, seguir doentes internados, estudar casos clínicos e efectuar reuniões de serviço. Mais grave, poderá estar em causa actividades como a Saúde Materno-Infantil, o Planeamento Familiar, a Saúde dos Adolescentes e de um modo geral tudo o que seja actividades de prevenção e promoção da Saúde.

2 – Impõe a obrigatoriedade do regime de **contrato individual de trabalho (CIT) sem contratação colectiva** aos que, tendo relação jurídica de emprego público (vínculo definitivo ao Estado), vêm os seus Centros de Saúde ou Extensões serem concessionados a entidades privadas, além de deixar de estar garantido o direito à ADSE e à Caixa Geral de Aposentações. Os que se mantêm como funcionários públicos são colocados em Quadro a extinguir, sendo-lhes negada a progressão e a promoção na Carreira.

3 – Nas futuras contratações **impõe o CIT sem garantia de negociação colectiva** com os Sindicatos Médicos, ficando instituído um quadro laboral desregulamentado e totalmente precarizado.

4 – Promove a **entrega da gestão dos Centros de Saúde e/ou Extensões a entidades privadas, de forma discricionária**, mediante mera assinatura ministerial.

5 – Mantém-se o actual centralismo burocrático-administrativo do MS, além de manter e reforçar o domínio do político sobre o técnico (**tudo e todos são nomeados**). Além do mais, **perde-se, mais uma vez, a oportunidade de introduzir uma Direcção Clínica eleita**.

6 – **Retira a independência e autonomia técnicas aos Médicos de Família** consagrados no DL 73/90.

7 – Incentiva o **trabalho de médicos não especialistas nos Centros de Saúde** de forma a destruir, a prazo, a Especialidade e a Carreira de Medicina Geral e Familiar, com grave prejuízo para os doentes.

8. Promove a **degradação da qualidade dos cuidados médicos** ao possibilitar o trabalho médico isolado em consultório privado, independentemente da sua formação, quando em regime de convenção, além de impor listas de 2500 utentes.

9 – Promove a nomeação de **Directores de Centro de Saúde não médicos**, conferindo-lhes todos os poderes, incluindo disciplinares, e um suplemento remuneratório.

10 – Nos “*novos modelos de prestação de cuidados de saúde primários*” exclui-se o Regime Remuneratório Experimental (RRE), prevendo-se, assim, a sua rápida **extinção**.

11 – **Ignora a Saúde Pública**, desaproveitando conhecimentos epidemiológicos fundamentais à prossecução de uma verdadeira política de prevenção e de promoção da saúde.

- **É inaceitável e inconstitucional a publicação de legislação, com grave incidência no modelo assistencial médico e na sua relação jurídica de emprego, sem negociação sindical.**
- **É inaceitável a desregulamentação dos actuais Centros de Saúde.**
- **É inaceitável a possibilidade de médicos indiferenciados (não especialistas em MGF) poderem vir a desempenhar as funções dos Médicos de Família e de virem a trabalhar nos Centros de Saúde.**
- **É inaceitável a possibilidade da contratação individual de trabalho sem negociação colectiva.**
- **É intolerável transformar a saúde em negócio privado!**

É TEMPO DE AGIRMOS

É OBRIGATÓRIA A MOBILIZAÇÃO DE TODA A MEDICINA FAMILIAR.



CARTA ABERTA AO SENHOR MINISTRO DA SAÚDE

Excelência

É hoje indiscutível que o Médico de Família se consagrou, no plano nacional e internacional, como um profissional com preparação e habilitações para a prestação, independente e autónoma, de cuidados de saúde de Medicina Geral e Familiar.

É igualmente indiscutível que o Estado tem que assumir a responsabilidade de providenciar os cuidados de saúde primários aos cidadãos e às famílias, promovendo a constituição de equipas de saúde multiprofissionais, que incluam médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, administrativos e outros profissionais de saúde.

A prestação de Cuidados de Saúde Primários é considerada, em todos os sistemas e políticas de saúde, como a principal via de acesso aos Cuidados de Saúde em geral. Aqueles cuidados, para além de garantirem a sua missão específica tradicional de providenciar cuidados de saúde abrangentes aos cidadãos, deverão também constituir e assumir-se, em articulação permanente com os Cuidados de Saúde Hospitalares e os Cuidados de Saúde Continuados, como um parceiro fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença.

Nos Centros de Saúde, com a observação analítica evolutiva de 1985 a 2000, denotam-se grandes acréscimos de actividade, nomeadamente:

- Mais 8.400.000 de consultas não urgentes.
- Mais 5.300.000 de consultas urgentes.
- Aumento, superior ao dobro, das consultas de saúde materna, apesar da taxa de natalidade não ter tido tal evolução, o que corresponde, de facto, a uma melhoria da qualidade da vigilância da gravidez.
- Aumento, superior ao triplo, das consultas de planeamento familiar.
- Aumento, superior ao triplo, das consultas de vigilância de saúde das crianças, incluindo uma melhoria sensível da vigilância no primeiro ano de vida.

Se se tiver em conta que o número de Médicos de Família nos Centros de Saúde tem decrescido (de 8.172 em 1985 para 7.017 em 2000, números do MS), o aumento de actividade acima descrito corresponde a um aumento claro de produtividade nos cuidados de saúde primários.

Os ganhos em saúde conseguidos para a população portuguesa nos últimos vinte anos, inegavelmente com o expressivo contributo da Medicina Familiar, estão bem patentes nos principais indicadores de saúde, evidenciando uma convergência efectiva em relação à média da União Europeia e ultrapassando-a em alguns indicadores. Estão neste caso a evolução da mortalidade infantil, da mortalidade perinatal e da mortalidade materna.

Mesmo tendo em conta a enorme discriminação que os Centros de Saúde têm sofrido, desde sempre, em matéria de investimento e política de recursos humanos, em relação aos hospitais, é notável a qualidade e o empenho da Medicina Familiar Portuguesa.

É esta a realidade que o Senhor Ministro quer alterar. Apoia-se em assessorias de duvidosa credibilidade, decidindo-se por

matrizes pré-definidas compatíveis com jogos de monopólio financeiro, ignorando ostensivamente os parceiros sociais e a sua experiência vivida, hostilizando as Leis da República, recorrendo a técnicas de informação das suas intensões legislativas relativas a esta proposta de maneira pouco correcta e seriedade duvidosa destinada a confundir os parceiros, e alicerçando-se numa demagogia de promessas populistas, o que V. Ex^a parece pretender é “terraplanar” toda a tradição assistencial e organizativa dos Centros de Saúde, promovendo a entrega da sua gestão a entidades sem qualquer tradição ou experiência nesta área e com claros interesses lucrativos.

A análise da mais recente das várias versões conhecidas como propostas para os Cuidados de Saúde Primários, com origem na comunicação social, não pode deixar de profundamente preocupar os representantes da APMCG, da FNAM, do Conselho Nacional Executivo da OM e do SIM, representados respectivamente por Luís Pisco, João Rodrigues, José Luís Gomes e Carlos Arroiz. As nossas principais preocupações são:

- A desregulamentação de todo o modelo assistencial, com o perigo real de se perderem as actividades de Saúde Materna, Saúde Infantil, Planeamento Familiar, Saúde dos Adolescentes e, de um modo geral, todas as actividades de prevenção e promoção de saúde.
- A imposição do contrato individual de trabalho sem negociação colectiva.
- A entrega da gestão dos Centros de Saúde a entidades privadas com fins lucrativos, de forma discricionária, mediante mera assinatura ministerial.
- A manutenção do centralismo burocrático do Ministério da Saúde com tudo e todos a serem nomeados.
- A perda da independência e autonomia técnicas dos Médicos de Família.
- O incentivo do trabalho de Médicos não Especialistas nos Centros de Saúde.

A APMCG, a FNAM, a OM e o SIM não podem deixar de alertar V. Ex^a para o facto de considerarem inaceitáveis a possibilidade de publicação de legislação, com grave incidência no modelo assistencial médico e na sua relação jurídica de emprego, sem negociação sindical, a desregulamentação dos Centros de Saúde sem que se defina e negocie um modelo alternativo, a possibilidade de médicos indiferenciados desempenharem as funções de Médico de Família nos Centros de Saúde e a contratação individual de trabalho sem contratação colectiva negociada.

Estas estruturas apelam veementemente ao bom senso legislativo de V. Ex^a de modo a preservar a Medicina Familiar como um marco de referência nacional e internacional e ao mesmo tempo informam que irão apelar aos Médicos de Família para que se mobilizem numa luta sem tréguas em defesa da sua Especialidade caso este apelo não seja tomado em consideração.

16 de Dezembro de 2002



DOCUMENTO 1
(08/10/02)

PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA EM UNIDADES DE SAÚDE DA ZONA NORTE – INQUÉRITO

A Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos (SRNOM) solicitou, a um grupo de trabalho, o estudo das agressões ocorridas no âmbito da actividade profissional da saúde (a médicos e a outros profissionais da saúde), e a identificação das medidas preventivas e dissuasórias adoptadas ou a implementar.

Nesse sentido, foi elaborado o inquérito anexo, o qual tem por objectivos caracterizar o fenómeno, seu impacto e consequências, e contribuir para a apresentação de propostas de prevenção.

O adequado conhecimento do fenómeno exige a ampla colaboração de todos os interessados pelo que vimos solicitar a sua participação, que antecipadamente agradecemos.

Para responder assinalar, por favor, com X as quadrículas que melhor se ajustam à situação ou preencha os espaços em branco. Se o desejar, poderá aprofundar as respostas a alguma(s) da(s) pergunta(s) deste inquérito ou acrescentar comentários ou sugestões em folha anexa. Depois de preenchido agradecemos que o envie em envelope RSF anexo.

Muito gratos pela sua colaboração

O Grupo de Trabalho,

Dr.^a Manuela Dias (*Cirurgia* – Hosp. de Matosinhos) • Dr.^a Maria João Ilharco (*Advogada* – Hosp. de S. João) • Dr. Torres da Costa (*Alergologista*) • Dr. José Fernando Almeida (*Psiquiatria*) • Dr. Rui de Carvalho (*Medicina do Trabalho*) • Dr. Carlos Sobral (*Medicina do Trabalho*).

PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE DA ZONA NORTE

Instituição: _____ N.º de funcionários _____

1 - Dispõe essa Instituição de Saúde de um Serviço de Vigilância / Segurança? Sim Não

Se Sim:

	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	O Serviço é público <input type="checkbox"/>	O Serviço é privado <input type="checkbox"/>
No Serviço de Urgência?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noutras áreas abertas aos Utentes?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nos Parques de Estacionamento?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 - Existem meios de vigilância / dissuasão? Sim Não

Câmaras de vídeo	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Áreas de acesso restrito/condicionado	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Meios electrónicos de controlo de acessos	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Dispositivo para pedido de auxilio	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

Outros: _____



3 - A Instituição apresenta condições potenciadoras de agressividade/conflito

Salas de espera desconfortáveis Sim Não
 Ruído excessivo Sim Não
 Tempo de espera prolongado Sim Não
 Ausência de formação específica para atendimento ao público Sim Não
 Insuficiente informação a utentes e/ou acompanhantes Sim Não

Outras: _____

4 - A Instituição identifica situações ou pessoas com comportamentos potencialmente agressivos? Sim Não

Se Sim, que atitudes toma ?

Atendimento diferenciado a essas pessoas Sim Não
 Atendimento em espaço físico distinto Sim Não
 Atendimento por pessoal com formação adequada Sim Não

Outras: _____

5 - A colocação dos funcionários tem em consideração as suas características e aptidões para o atendimento público? Sim Não

6 - Na formação do pessoal da Instituição foram realizadas acções pedagógicas para responder a situações de conflito? Sim Não foram realizadas N.º _____
 estão previstas N.º _____

7 - A Instituição teve conhecimento, durante o último ano, de casos de agressão? Sim Não Desconhece

Se Sim:

	A Médicos		A Enfermeiros		A Administrativos		A Outros	
7.1 - Verbais	<input type="checkbox"/>	N.º de casos _____	<input type="checkbox"/>	N.º de casos _____	<input type="checkbox"/>	N.º de casos _____	<input type="checkbox"/>	N.º de casos _____
7.2 - Físicas	<input type="checkbox"/>	N.º de casos _____	<input type="checkbox"/>	N.º de casos _____	<input type="checkbox"/>	N.º de casos _____	<input type="checkbox"/>	N.º de casos _____

8 - As agressões ocasionaram dano(s) Sim Não Desconhece

Se Sim:

Material N.º de casos _____
 Corporal N.º de casos _____
 Moral N.º de casos _____

9 - As agressões ocasionaram incapacidade para o trabalho Sim Não Desconhece

Total de dias de Incapacidade Para N.º de agressões

10 - As consequências das agressões foram enquadradas no âmbito de Acidente em Serviço? Sim Não

AGRESSÕES A MÉDICOS

11 -	Na Instituição existem <i>procedimentos</i> para análise destas situações?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Se Sim :			
	Registo da ocorrência	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Análise da ocorrência	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Reparação do dano material	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Reparação do dano corporal	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Reparação do dano moral	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Responsabilização do agressor	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

12-	Os casos de não responsabilização do agressor resultaram de:		
	Perdão	<input type="checkbox"/>	N.º de casos ____
	Co-responsabilidade da Instituição	<input type="checkbox"/>	N.º de casos ____
	Considerar da responsabilidade do agredido a tomada de posições contra o agressor	<input type="checkbox"/>	N.º de casos ____
	Indiferença da Instituição	<input type="checkbox"/>	N.º de casos ____
	Desconhecimento da identidade do agressor	<input type="checkbox"/>	N.º de casos ____
	Outro motivo: _____	<input type="checkbox"/>	N.º de casos ____

13 -	Em qual das seguintes áreas considera prioritário introduzir melhorias nessa Instituição? (classifique por grau de importância):			
	[1] – pouco importante;	[2] – importante;	[3] – muito importante;	
	Melhoria das aptidões clínicas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Melhoria da capacidade de relacionamento com os doentes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Melhoria da capacidade de relacionamento com o restante pessoal	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Melhoria das condições físicas e ambientais	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Melhoria das condições de segurança	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Número de pessoal adequado às necessidades	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Adequação da carga horária	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Formação do pessoal	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Identificação de indivíduos de risco	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Outra: _____	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

14 -	A Instituição: Hospital <input type="checkbox"/>	Centro de Saúde <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
	situa-se em meio: Urbano <input type="checkbox"/>	Suburbano <input type="checkbox"/>	Rural <input type="checkbox"/>
	Número de Funcionários: 1 a 10 <input type="checkbox"/>	11 a 50 <input type="checkbox"/>	51 a 100 <input type="checkbox"/>
		101 a 200 <input type="checkbox"/>	mais de 200 <input type="checkbox"/>

15-	Este questionário foi respondido por:	
	Elemento do Conselho de Administração / Direcção	<input type="checkbox"/>
	Adjunto do Conselho de Administração / Direcção	<input type="checkbox"/>
	Médico do Pessoal	<input type="checkbox"/>
	Jurista	<input type="checkbox"/>
	Administrativo	<input type="checkbox"/>

DOCUMENTO 2
(25/11/02)

SEGURO DE GRUPO PARA MÉDICOS VITIMAS DE AGRESSÃO FINANCIADO PELA SRNOM

Ex.mo (a) Colega:

A existência de agressões a médicos foi recentemente confirmada pelo inquérito realizado pela Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos.

Já que a legislação relativa ao risco profissional continua sem existir, entendeu o CR suprir, ainda que parcialmente, as falências do Poder Político que se arastam desde 1998.

Assim, e conforme os compromissos assumidos pelo Conselho Regional já objecto de informações anteriores, venho comunicar-lhe que, graças ao Protocolo existente com a Companhia de Seguros AMA (Agrupación Mutua Aseguradora), a Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos celebrou com aquela Seguradora um Contrato de Seguro de Grupo de Acidentes Pessoais cobrindo situações de Agressão no Exercício da Profissão Médica.

Este Seguro abrange as garantias de morte (no valor de 25.000 Euros), Invalidez Permanente Total e Parcial (no valor de 35.000 Euros ou percentagem deste correspondente à desvalorização sofrida), Despesas de Tratamento (no valor de 6.000 Euros), de Subsídio Diário de Hospitalização (de 90 Euros por dia durante 15

dias), de Protecção Jurídica (no valor de 3.750 Euros) e de Insolvência do Responsável (no valor de 3.000 Euros).

O presente Seguro produziu efeitos a partir do passado dia 19 de Novembro de 2002 e abrange, sem quaisquer encargos adicionais, todos os médicos inscritos na Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos que se encontram no pleno gozo dos seus direitos estatutários. Os médicos com quotas em débito (e já notificados deste facto) poderão também usufruir, de imediato, deste Seguro após a respectiva regularização.

Visto que, neste momento, o Ex.mo(a) Colega se encontra em condições de usufruir deste Seguro, a informação anexa constitui desde já um Certificado de Seguro e por isso está expressa e nominalmente identificada com o nome de Vossa Ex.^a.

Esperando que esta iniciativa constitua um primeiro passo para uma futura definição do risco profissional médico e respectivas compensações e também para uma satisfação parcial dos anseios dos médicos apresento-lhe os meus melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho Regional

DOCUMENTO 3

APÓLICE-TIPO DO SEGURO DE GRUPO DE ACIDENTES PESSOAIS PARA PROTECÇÃO A MÉDICOS VÍTIMAS DE AGRESSÃO NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO RESULTANTE DO ACORDO ESTABELECIDO ENTRE A A.M.A. SEGUROS (AGRUPACIÓN MUTUAL ASEGURADORA) E A SRNOM

Em complemento das Condições Gerais e Especiais de Acidentes Pessoais, e das Condições Gerais e Especiais de Protecção Jurídica, a Apólice de Seguro de Grupo da Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos rege-se pelas seguintes Disposições, que ficam fazendo parte integrante do Contrato como se nele estivessem transcritas.

Ficam nulas e sem efeito as disposições constantes das Condições Gerais e Especiais que contrariem, aumentem ou se oponham a estas Condições Particulares.

1 – Tomador de Seguro e Mutualista

SECÇÃO REGIONAL NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS. Pessoa Colectiva n.º 500 984 492, com Sede no Porto, Rua Delfim Maia, 405, e que no âmbito do Contrato e para efeitos dos Estatutos da Mútua assume a condição de Mutualista, adiante designada por S.R.N.O.M.

2 – Segurados/Pessoas Seguras

2.1 – Ficarão seguros pela Apólice, na qualidade de Segurados, todos os Médicos inscritos na S.R.N.O.M

que expressamente para o efeito sejam comunicados pela S.R.N.O.M. à Mútua, a partir da data da recepção da comunicação, que será imediatamente confirmada por carta, fax ou correio electrónico.

2.2 – Idêntico procedimento será utilizado para as exclusões, considerando-se neste caso a data de efeito indicada pela S.R.N.O.M.

2.3 – No final de cada trimestre civil a Mútua emitirá Acta Adicional reflectindo todos os movimentos de inclusões e exclusões recebidas no período.

2.4 – Serão transmitidos à Mútua os seguintes dados mínimos, para efeitos de identificação contratual dos Segurados:

- Nome

- Número de inscrição na S.R.N.O.M.

2.5 – Modificando o disposto no número 3.2 do Art.º 3º das Condições Gerais de Acidentes Pessoais, as Garantias contratuais vigoram, para cada Segurado, até ao termo da anuidade em que completem 75 anos de idade.

AGRESSÕES A MÉDICOS

3 – Objecto e âmbito do Contrato

3.1 – As Garantias contratuais indicadas na Disposição número 4 aplicam-se exclusivamente quando o Segurado for vítima de uma agressão no exercício da sua profissão como Médico, seja no âmbito público ou no privado, ou no decurso do seu dever de prestação de socorro, e em consequência daquele exercício, e que nele produza lesões corporais, clínica e objectivamente constatáveis, e cujas consequências se enquadrem nas referidas Garantias.

Ficam expressamente excluídos da Apólice quaisquer outros Acidentes, derogando-se nomeadamente o disposto nas alíneas i) e j) do Art.º 1º, bem como a definição complementar de acidente constante do Art.º 2º, das Condições Gerais de Acidentes Pessoais.

3.2 – Derrogando o Art.º 5º das Condições Gerais de Acidentes Pessoais, o âmbito territorial do Contrato é circunscrito a Portugal Continental e Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores.

4 – Garantias e Capitais Seguros

4.1 – As Garantias contratuais e os capitais seguros – limites de indemnização – são iguais para todos os Segurados, sendo, para cada um, os seguintes, com exclusão das demais Garantias mencionadas nas Condições Gerais e Especiais:

GARANTIAS	CAPITAIS SEGUROS (EUR)
<i>Morte</i>	25.000,00
<i>Invalidez Permanente Total</i>	35.000,00
<i>Invalidez Permanente Parcial</i>	Percentagem do capital seguro (35.000,00) correspondente à desvalorização sofrida, cf. Tabela Nacional de Incapacidades
<i>Despesas de Tratamento</i>	6.000,00
<i>Hospitalização – Subsídio Diário</i> ..	90,00/dia, no máx. de 15 dias
Protecção Jurídica – Reclamação de Danos contra o responsável:	
- Despesas judiciais	3.750,00
- Insolvência do responsável	3.000,00

4.2 – Derrogando o disposto nos números 7 e 9 das Condições Especiais de Acidentes Pessoais, a Garantia de **Despesas de Tratamento** compreende o reembolso, até à concorrência do capital seguro e mediante prévia apresentação dos comprovativos originais dos pagamentos respectivos, das despesas de tratamento efectuadas ao Segurado, médicas, medicamentosas, cirúrgicas, hospitalares, de enfermagem e de meios complementares de diagnóstico.

4.3 – Derrogando o disposto no número 8 das Condições Especiais de Acidentes Pessoais, a Garantia de **Hospitalização – Subsídio Diário** vigora sem qualquer período de carência.

5 – Protecção Jurídica - Reclamação de Danos

5.1 – Despesas Judiciais: A Mútua assumirá, até aos limites fixados nestas Condições Particulares, os custos decorrentes da reclamação, amigável ou judicial, ao responsável por danos e prejuízos causados ao Segurado por agressão de que seja vítima de acordo com o referido na Disposição número 3.

Ficam abrangidos por esta Garantia os seguintes custos:

- Honorários de Advogado, com inscrição em vigor na Ordem dos Advogados;
- Os gastos originados pela tramitação em juízo dos procedimentos cobertos, nomeadamente taxa de justiça e custas judiciais;
- Honorários e despesas originadas pela intervenção de peritos nomeados pelo Tribunal;
- Os demais custos administrativos internos relativos à regularização dos sinistros quando a intervenção da Mútua na regularização do sinistro seja requerida.

5.2 – Insolvência do responsável pela agressão:

Caso uma sentença judicial favorável ao Segurado, transitada em julgado, não possa ser executada por insolvência do responsável pela agressão, ou de responsável civil subsidiário, a Mútua garante ao Segurado, até aos limites fixados nestas Condições Particulares, o pagamento da indemnização fixada.

5.3 – Escolha de Advogado: Para a representação e defesa dos seus direitos nos procedimentos referentes a esta Garantia o Segurado poderá livremente escolher o seu Advogado.

O Advogado escolhido pelo Segurado não estará sujeito, em nenhum caso, às instruções da Seguradora, a qual também não responde pela actuação daquele nem pelo resultado final dos seus procedimentos.

5.4 – Sinistros: Ocorrendo agressão abrangida pelas Garantias deste contrato, e querendo o Segurado efectuar procedimento judicial contra o responsável pela agressão, deverá previamente informar a Mútua da sua pretensão. De igual modo, deverá previamente comunicar à Mútua a pretensão de apresentar recurso em caso de sentença que lhe seja desfavorável.

No caso de a Mútua considerar que a acção, ou o recurso, resultará improcedente, dará conhecimento expresso ao Segurado do seu parecer, ficando este com total liberdade de o prosseguir por sua conta.

No entanto, nestes casos a Mútua reembolsará o Segurado pelos custos que tenha efectuado caso a acção lhe seja favorável, ou se o resultado do recurso lhe for mais favorável do que a decisão ou sentença recorrida.

5.5 – Arbitragem: O Segurado tem o direito de submeter a Arbitragem qualquer divergência que possa surgir entre ele e a Mútua quanto à cobertura de Protecção Jurídica, procedendo-se à designação de árbitros depois de ocorrer a divergência.

5.6 – Conciliação: O Segurado pode transigir ou conciliar-se no âmbito dos processos em tramitação, mas se da suas decisões decorrerem custos ou quaisquer obrigações para a Mútua, deverá previamente obter o seu acordo expresso. De igual modo, a Mútua não poderá, transigir em nome do Segurado sem obter a sua prévia anuência expressa.

5.7 – Exclusões: Ficam excluídos da Garantia os sinistros que:

- a) Ocorram em qualquer circunstância diferente da enunciada na Disposição número 3;
- b) Se relacionem com veículos a motor e/ou seus reboques;
- c) Resultem de factos produzidos antes da Data de Início deste contrato, e os que sejam objecto de reclamação depois de decorridos dois anos após a data de resolução do mesmo, ainda que se tenham produzido durante a vigência contratual.

Ficam igualmente excluídos:

- d) As indemnizações, multas ou sanções em que incorra o Segurado, bem como Impostos ou outros pagamentos de carácter fiscal;
- e) Factos imputáveis ao Segurado, por sentença judicial transitada em julgado;
- f) Reclamações que o Segurado pretenda apresentar contra a Mútua.

6 – Prémios

O prémio comercial anual por cada Segurado, para as Garantias e Capitais indicados na Disposição número 4, é de 7,77 Euros, ao qual acrescem os impostos que em cada momento vigorarem.

7 – Movimento de prémios

As variações de prémio que resultarem das inclusões e exclusões de Segurados serão processadas trimestralmente, considerando-se para o seu cálculo a proporção directa correspondente ao tempo a decorrer até ao termo da anuidade em que se verificarem.

8 – Participação de sinistros

8.1 – A participação do sinistro à Mútua deve ser efectuada pelo Segurado, ou pelo seu representante legal, ou

pelos seus Beneficiários em caso de Morte, considerando-se que ao Segurado incumbem as obrigações contratuais que para o efeito estejam cometidas ao Tomador de Seguro nas Condições Gerais e Especiais da Apólice.

8.2 – Para regularização do sinistro é imprescindível a apresentação de queixa à Autoridade competente.

9 – Informação aos Segurados

Para cumprimento do Art.º 4º do Decreto-Lei nº 176/95, de 26 de Julho, o Tomador de Seguro informará os Segurados sobre as coberturas e exclusões contratadas, as obrigações e direitos em caso de sinistro, incumbindo à Mútua a elaboração do texto respectivo.

10 – Vigência, alteração e resolução da Apólice

A Apólice vigora por um ano, e é automaticamente renovada por iguais períodos.

Por acordo entre a Mútua e o Tomador de Seguro pode ser alterada ou resolvida a qualquer momento.

Na falta de acordo, qualquer alteração ou a resolução do Contrato deve ser comunicada, pela Mútua ou pelo Tomador de Seguro, por correio registado com antecedência de 60 dias sobre a Data de Vencimento.

Alterações por imposição legal aplicar-se-ão de acordo com o que nelas se dispuser.

Feito em duplicado, ambos os exemplares valendo como originais, aos

_____ de _____ de _____

SECÇÃO REGIONAL DO NORTE
DÁ ORDEM DOS MÉDICOS

A. M. A.
SUCURSAL EM PORTUGAL

DOCUMENTO 4 SEGURO DE GRUPO DE ACIDENTES PESSOAIS — AGRESSÃO NO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO MÉDICA

SEGURADO: _____
(etiqueta)

Resumo das disposições contratuais:

OBJECTO DO SEGURO

Cobertura das lesões sofridas por agressão no exercício da profissão Médica, e em consequência desse exercício, na esfera pública ou privada ou no dever de prestação de socorro, em conformidade com as Garantias e limites de capital seguros. O âmbito geográfico da cobertura é Portugal Continental e Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores.

SEGURADOS

Os Médicos, inscritos na Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos, que sejam incluídos na Apólice pela S.R.N.O.M..

GARANTIAS, CAPITAIS SEGUROS E LIMITE DE IDADE

As Garantias contratuais e os capitais seguros – limites de indemnização – são, para cada Segurado, os seguintes:

GARANTIAS	CAPITAIS SEGUROS (E)
<i>Morte</i>	25.000,00
<i>Invalidez Permanente Total</i>	35.000,00
<i>Invalidez Permanente Parcial</i>	Percentagem do capital seguro (35.000,00) correspondente à desvalorização sofrida, cf. Tabela Nacional de Incapacidades
<i>Despesas de Tratamento</i>	6.000,00
<i>Hospitalização – Subsídio Diário</i>	90,00/dia, no máx. de 15 dias
<i>Protecção Jurídica – Reclamação de Danos contra o responsável:</i>	
- Despesas judiciais	3.750,00
- Insolvência do responsável	3.000,00

As Garantias contratuais cessam no termo da anuidade em que o Segurado complete 75 anos.

As garantias de Morte e Invalidez Permanente não são cumuláveis.

AGRESSÕES A MÉDICOS

SINISTROS – OBRIGAÇÕES E DIREITOS DO SEGURADO

Participação – Ocorrendo uma agressão enquadrável nas Garantias contratuais, o Segurado (ou o seu representante legal, ou os seus Herdeiros legais em caso de morte) deverão participar o sinistro à Mútua nos oito dias imediatos, indicando o dia, hora, local, identificação do autor e testemunhas da agressão. Para regularização do sinistro é imprescindível apresentação de queixa à Autoridade competente, da qual será enviada uma cópia à Mútua.

Informação médica – O Segurado deverá enviar à Mútua, nos oito dias após a assistência clínica, relatório médico em que conste a natureza das lesões sofridas, diagnóstico e indicação de possível Invalidez Permanente. De igual modo deverá proceder após a data da alta.

O Segurado deverá ainda cumprir as prescrições médicas que lhe forem indicadas, autorizar os Médicos a prestar todas as informações solicitadas pela Mútua e, se necessário, sujeitar-se a exame por Médicos por ela designados.

Coberturas de Protecção Jurídica – O Segurado tem o direito de livre escolha de Advogado para o representar. Deverá previamente participar à Mútua a intenção de efectuar reclamação e/ou recurso. Em caso de divergência sobre o provável resultado do processo, podem as partes recorrer à arbitragem particular. Para conciliar ou transigir deverá previamente consultar a Mútua se da sua decisão resultarem para a Mútua custos ou obrigações.

Pagamento das indemnizações – A Mútua pagará as indemnizações e/ou reembolsos devidos no prazo máximo de 5 dias após recepção dos documentos necessários à regularização do processo.

Resolução de litígios – Os diferendos entre a Mútua e o Segurado poderão ser dirimidos através de arbitragem particular. Para divergências de natureza clínica os árbitros serão obrigatoriamente médicos.

RESUMO DAS GARANTIAS

MORTE

Se no prazo de dois anos, a contar da data da sua ocorrência, o Segurado falecer em consequência directa de um acidente coberto pela Apólice, a Mútua pagará aos Beneficiários o capital seguro. Os pagamentos que a Mútua tenha efectuado em caso de Invalidez Permanente, em consequência do mesmo acidente, consideram-se como adiantamentos sobre o capital seguro em caso de Morte e serão deduzidos ao mesmo.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

No caso de Invalidez Permanente, clinicamente constatada e sobrevinda no prazo de dois anos a contar da data do acidente a Mútua pagará a parte do correspondente capital determinado pela Tabela Nacional de Incapacidades. O pagamento desta indemnização será feito ao Segurado. As lesões não enumeradas na Tabela, mesmo de importância menor, serão indemnizadas na proporção da sua gravidade, comparada com a dos casos enumerados, independentemente da profissão exercida.

Sendo o Segurado canhoto, as percentagens de invalidez para o membro superior direito aplicam-se ao membro superior esquerdo, e reciprocamente.

Em qualquer membro ou órgão, os defeitos físicos de que o

Segurado já era portador à data do acidente, serão tomadas em consideração ao fixar-se o grau de desvalorização proveniente do mesmo, que corresponderá à diferença entre a invalidez preexistente e aquela que passou a existir. A incapacidade funcional, parcial ou total, de um membro ou órgão é equiparada à correspondente perda parcial ou total. Em relação a um mesmo membro ou órgão, as desvalorizações acumuladas não podem exceder aquela que corresponderia à perda total desse membro ou órgão. Sempre que de um acidente resultem lesões em mais de um membro ou órgão, a indemnização total obtém-se somando o valor das indemnizações relativas a cada uma das lesões, sem que o total possa exceder o capital seguro.

DESPESAS DE TRATAMENTO

Compreende o reembolso, até à concorrência do capital seguro e mediante prévia apresentação dos comprovativos originais dos pagamentos respectivos, das despesas de tratamento efectuadas ao Segurado, médicas, medicamentosas, cirúrgicas, hospitalares, de enfermagem e de meios complementares de diagnóstico.

HOSPITALIZAÇÃO – SUBSÍDIO DIÁRIO

Garante-se o pagamento do subsídio diário contratado, sem franquia, no caso de o Segurado ser internado em Estabelecimento de Saúde, legalmente autorizado. O referido subsídio é independente do custo real da hospitalização, e é compatível com qualquer outra prestação a que o Segurado tenha direito pelos mesmos factos. Deverá ser apresentado documento comprovativo original do período de internamento.

PROTECÇÃO JURÍDICA – RECLAMAÇÃO DE DANOS

Despesas Judiciais: Reembolso dos gastos efectuados com reclamação, amigável ou judicial, ao responsável por danos e prejuízos causados ao Segurado por agressão de que seja vítima, abrangida pelo Contrato.

Ficam abrangidos por esta Garantia os seguintes custos:

- Honorários de Advogado, com inscrição em vigor na Ordem dos Advogados, quando a mencionada intervenção seja requerida ou necessária;
- Os gastos originados pela tramitação em juízo dos procedimentos cobertos, nomeadamente taxa de justiça e custas judiciais;
- Honorários e despesas originadas pela intervenção de peritos nomeados pelo Tribunal;
- Os demais custos administrativos internos relativos à regularização dos sinistros quando a intervenção da Mútua na regularização do sinistro seja requerida.

Insolvência do responsável pela agressão: Caso uma sentença judicial favorável ao Segurado, transitada em julgado, não possa ser executada por insolvência do responsável pela agressão, ou de responsável civil subsidiário, a Mútua garante ao Segurado, até aos limites fixados nestas Condições Particulares, o pagamento da indemnização fixada.

Para conhecimento integral dos clausulados, contactar a Mútua

MÉDICOS DO MUNDO-PORTUGAL DIVULGAÇÃO DE ACTIVIDADES

«NÃO FIQUE INDIFERENTE!!!»

Médicos do Mundo (MDM) é uma Organização Não-Governamental para o Desenvolvimento de cariz humanitário, sem fins lucrativos e de natureza privada que tem por finalidade sensibilizar a população portuguesa para os problemas do desenvolvimento e progresso social, bem como prestar assistência sócio-humanitária às populações e pessoas mais desfavorecidas ou afectadas por cataclismos, acidentes colectivos ou guerras em Portugal e no resto do mundo

Para levar a cabo tais finalidades, MDM conta com o valioso trabalho de voluntários – que prestam o seu apoio em intervenções no território nacional – e expatriados/cooperantes – que partem em missão no âmbito de desenvolvimento de intervenções humanitárias no estrangeiro. Sendo a prestação de cuidados médicos a necessidade prioritária de actuação da nossa organização, essencialmente na fase inicial da ingerência, a necessidade de integração de voluntários/cooperantes médicos aparece também em primeiro plano.

Lançamos-lhe então o desafio. A você que há já algum tempo acalenta a ideia de contribuir como médico numa organização que presta cuidados de saúde às pessoas excluídas desse direito fundamental.

Se tem disponibilidade para realizar trabalho de voluntariado unicamente a **nível nacional**, MDM tem vagas de voluntariado para prestar cuidados de saúde aos **sem-abrigo do Porto e Lisboa**. Se pretende partir em missões a **nível internacional** encontramos-nos actualmente no **Afganistão e em Moçambique**.

Não hesite, contacte-nos:

Médicos do Mundo - Portugal

Av. de Ceuta (Sul) - Lote 4, loja 1

1300-125 Lisboa

T.: 213 619 520

Fax: 213 619 529

mdmp-portugal@medicosdomundo.pt

Médicos do Mundo - Delegação Norte

Rua da Igreja de Ramalde, 55

4100-280 Porto

T.: 226 149 902

Fax: 226 154 903

mdmp-porto@medicosdomundo.pt



CENTRO DE CULTURA E CONGRESSOS

AGENDA

ACONTECEU...

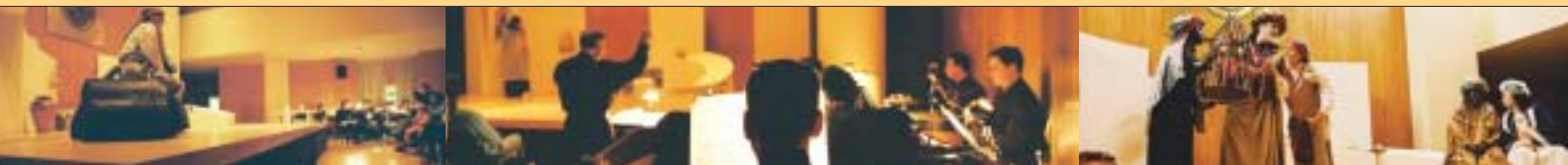
REUNIÕES CIENTÍFICAS

- 5 Out – Dia Mundial do Ostromizado
- 7 Out – Reunião de Cardiologia Nuclear
- 11, 12, 18, 19, 25 e 26 Out – Curso de Master in Business Strategy – Internacional Execut [Escuela de Negócios de Vigo]
- 16 Out – Reunião da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor
- 17 e 18 Out – VI Jornadas do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital de S. João
- 19 Out – Reunião da Direcção da Sociedade Portuguesa de Cirurgia
- 24 e 25 Out – Jornadas Patient Care
- 26 Out – Reunião do Projecto de Estudo da Prevalência da Obesidade
- 8 e 9 Nov – Reunião da Sociedade Portuguesa de Gerontopsiquiatria
- 8, 9, 15, 16, 22, 23, 29 e 30 Nov – Curso de Master in Business Strategy – Internacional Execut [Escuela de Negócios de Vigo]
- 14 e 15 Nov – Reunião da Sociedade Portuguesa de Genética
- 19 Nov – Reunião da Associação Portuguesa de pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental

- 29 Nov – Reunião Inter-Hospitalar do Norte (Pediatria)
- 6 Dez – Reunião do Serviço de Alergologia do Hospital Maria Pia
- 6, 7, 13, 14, 20 e 21 Dez – Curso de Master in Business Strategy – Internacional Execut [Escuela de Negócios de Vigo]
- 12 e 13 Dez – Reunião Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e Adolescência

REUNIÕES ORGANIZADAS PELO CRNOM

- 11, 12, 18 e 19 Out – Curso de Formação para Orientadores dos Internatos Médicos
- 22 Out – Reunião dos Delegados da Ordem dos Médicos – Distrito do Porto
- 8, 9, 15, 16, 22, 23, 29 e 30 Nov – Curso de Pós-Graduação “Gestão para Médicos” [Univ. Católica/Ordem dos Médicos, SRN]
- 8, 9, 15 e 16 Nov – Curso de Formação para Orientadores dos Internatos Médicos
- 26 Nov – Reunião dos Corpos Gerentes da SRNOM



CENTRO DE CULTURA E CONGRESSOS

AGENDA



6, 7, 13, 14, 20 e 21 Dez – **Curso de Pós-Graduação “Gestão para Médicos”** [Univ. Católica/Ordem dos Médicos, SRN]

15 Dez – **Juramento de Hipócrates**

17 Dez – **Jantar de Natal da Secção Regional do Norte**

21 Dez – **Reunião da Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Maníaco-Depressivos – Núcleo do Porto**

ACTIVIDADES DE CULTURA E LAZER

Exposições de Pintura

De 1 Set a 31 Out – **Exposição de Pintura Rénaud Duaner**

De 7 Nov 2001 a 7 Jan 2003 – **Exposição de Pintura de Rosa Amaral e Florentina Resende**

De 22 Nov a 22 Dez – **Exposição de Esculturas em Madeira de Gracinda Leite**

Concertos

26 Out – **Concerto da Real Ópera do Theatro de Queluz – Direcção do Maestro Ivo Cruz. *Noites de Espanha – Música espanhola e excertos de zarzuelas com acompanhamento ao piano***

7 Dez – **Festa de Natal para crianças familiares de Médicos - Teatro e Música pelo Grupo Coral do Centro de Saúde dos Carvalhos**

14 Dez – **Concerto da Real Ópera do Theatro de Queluz – Direcção do Maestro Ivo Cruz. *AM AHL – Ópera de Natal, de Giancarlo Menotti***



VAI ACONTECER...

REUNIÕES CIENTÍFICAS

9 Jan – **Reunião da Associação Portuguesa para o Estudo Clínico da Sida**

10, 11, 17, 18, 24 e 25 Jan – **Curso de Master in Business Strategy – Internacional Execut** [Escuela de Negócios de Vigo]

31 Jan – **Reunião Anual da Academia Portuguesa de Medicina Oral**

31 Jan – **Reunião Inter-Hospitalar do Norte (Pediatria)**

1, 7, 8, 14, 15, 21 e 22 Feb – **Curso de Master in Business Strategy – Internacional Execut** [Escuela de Negócios de Vigo]

08 Feb – **Leilão do Espaço T**

14, 15, 21, 22, 28 e 29 Mar – **Curso de Master in Business Strategy – Internacional Execut** [Escuela de Negócios de Vigo]

28 Mar – **Reunião Inter-Hospitalar do Norte (Pediatria)**

28 Mar – **Reunião Inter-Hospitalar do Norte (Pediatria)**

28 Mar – **Reunião Inter-Hospitalar do Norte (Pediatria)**

28 Mar – **Reunião Inter-Hospitalar do Norte (Pediatria)**

28 Mar – **Reunião Inter-Hospitalar do Norte (Pediatria)**

28 Mar – **Reunião Inter-Hospitalar do Norte (Pediatria)**

28 Mar – **Reunião Inter-Hospitalar do Norte (Pediatria)**

28 Mar – **Reunião Inter-Hospitalar do Norte (Pediatria)**

28 Mar – **Reunião Inter-Hospitalar do Norte (Pediatria)**

28 Mar – **Reunião Inter-Hospitalar do Norte (Pediatria)**

28 Mar – **Reunião Inter-Hospitalar do Norte (Pediatria)**

28 Mar – **Reunião Inter-Hospitalar do Norte (Pediatria)**

28 Mar – **Reunião Inter-Hospitalar do Norte (Pediatria)**

28 Mar – **Reunião Inter-Hospitalar do Norte (Pediatria)**

28 Mar – **Reunião Inter-Hospitalar do Norte (Pediatria)**

28 Mar – **Reunião Inter-Hospitalar do Norte (Pediatria)**

28 Mar – **Reunião Inter-Hospitalar do Norte (Pediatria)**

28 Mar – **Reunião Inter-Hospitalar do Norte (Pediatria)**

28 Mar – **Reunião Inter-Hospitalar do Norte (Pediatria)**

28 Mar – **Reunião Inter-Hospitalar do Norte (Pediatria)**



REUNIÕES ORGANIZADAS PELO CRNOM

24, 25 e 31 Jan – **Curso de Pós-Graduação “Gestão para Médicos”** [Univ. Católica/Ordem dos Médicos, SRN]

1, 7, 8, 14, 15, 21, 22 e 28 Feb – **Curso de Pós-Graduação “Gestão para Médicos”** [Univ. Católica/Ordem dos Médicos, SRN]

20, 21, 22 e 23 Feb – **Feira do Livro Médico-SRNOM**

28 Feb – **Curso de Formação para Orientadores dos Internatos Médicos**

01, 14, 15, 28 e 29 Mar – **Curso de Formação para Orientadores dos Internatos Médicos**

1, 7, 8, 14, 15, 21, 22, 28 e 29 Mar – **Curso de Pós-Graduação “Gestão para Médicos”** [Univ. Católica/Ordem dos Médicos, SRN]

1, 7, 8, 14, 15, 21, 22, 28 e 29 Mar – **Curso de Pós-Graduação “Gestão para Médicos”** [Univ. Católica/Ordem dos Médicos, SRN]

1, 7, 8, 14, 15, 21, 22, 28 e 29 Mar – **Curso de Pós-Graduação “Gestão para Médicos”** [Univ. Católica/Ordem dos Médicos, SRN]

1, 7, 8, 14, 15, 21, 22, 28 e 29 Mar – **Curso de Pós-Graduação “Gestão para Médicos”** [Univ. Católica/Ordem dos Médicos, SRN]

1, 7, 8, 14, 15, 21, 22, 28 e 29 Mar – **Curso de Pós-Graduação “Gestão para Médicos”** [Univ. Católica/Ordem dos Médicos, SRN]

1, 7, 8, 14, 15, 21, 22, 28 e 29 Mar – **Curso de Pós-Graduação “Gestão para Médicos”** [Univ. Católica/Ordem dos Médicos, SRN]

1, 7, 8, 14, 15, 21, 22, 28 e 29 Mar – **Curso de Pós-Graduação “Gestão para Médicos”** [Univ. Católica/Ordem dos Médicos, SRN]

1, 7, 8, 14, 15, 21, 22, 28 e 29 Mar – **Curso de Pós-Graduação “Gestão para Médicos”** [Univ. Católica/Ordem dos Médicos, SRN]

1, 7, 8, 14, 15, 21, 22, 28 e 29 Mar – **Curso de Pós-Graduação “Gestão para Médicos”** [Univ. Católica/Ordem dos Médicos, SRN]

1, 7, 8, 14, 15, 21, 22, 28 e 29 Mar – **Curso de Pós-Graduação “Gestão para Médicos”** [Univ. Católica/Ordem dos Médicos, SRN]

1, 7, 8, 14, 15, 21, 22, 28 e 29 Mar – **Curso de Pós-Graduação “Gestão para Médicos”** [Univ. Católica/Ordem dos Médicos, SRN]

1, 7, 8, 14, 15, 21, 22, 28 e 29 Mar – **Curso de Pós-Graduação “Gestão para Médicos”** [Univ. Católica/Ordem dos Médicos, SRN]

1, 7, 8, 14, 15, 21, 22, 28 e 29 Mar – **Curso de Pós-Graduação “Gestão para Médicos”** [Univ. Católica/Ordem dos Médicos, SRN]

1, 7, 8, 14, 15, 21, 22, 28 e 29 Mar – **Curso de Pós-Graduação “Gestão para Médicos”** [Univ. Católica/Ordem dos Médicos, SRN]

1, 7, 8, 14, 15, 21, 22, 28 e 29 Mar – **Curso de Pós-Graduação “Gestão para Médicos”** [Univ. Católica/Ordem dos Médicos, SRN]

1, 7, 8, 14, 15, 21, 22, 28 e 29 Mar – **Curso de Pós-Graduação “Gestão para Médicos”** [Univ. Católica/Ordem dos Médicos, SRN]

