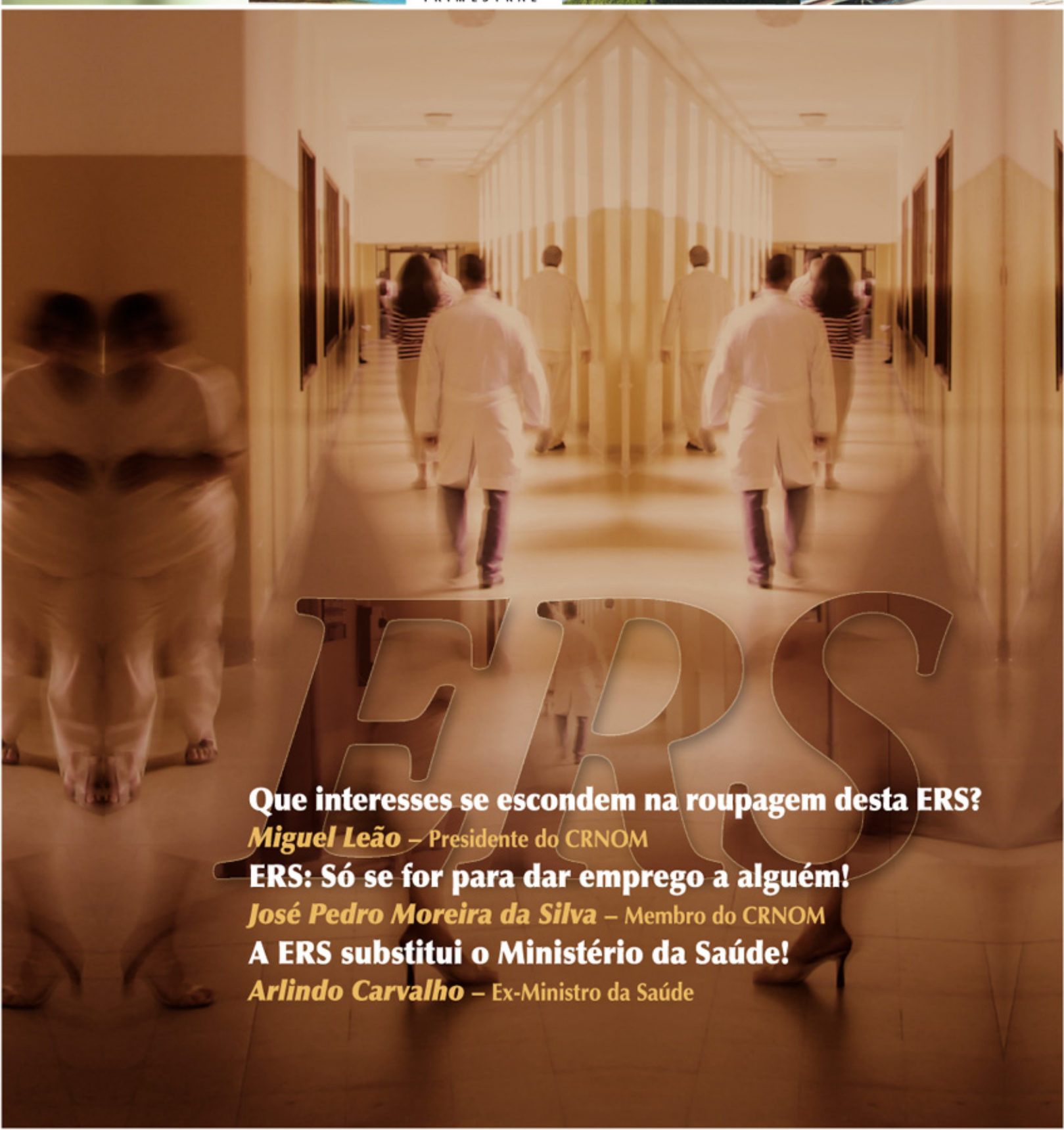
norte médico

ISSN 0874 - 7431 REVISTA DA SECÇÃO REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS / JULHO-SETEMBRO 2003 / ANO 5 – Nº 3 / €5.00

16
TRIMESTRAL



Que interesses se escondem na roupagem desta ERS?
Miguel Leão – Presidente do CRNOM

ERS: Só se for para dar emprego a alguém!
José Pedro Moreira da Silva – Membro do CRNOM

A ERS substitui o Ministério da Saúde!
Arlindo Carvalho – Ex-Ministro da Saúde

nortemédico

REVISTA DA SECÇÃO REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS / JULHO - SETEMBRO 2003 / ANO 5 - Nº 3

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

Conselho Editorial
Alfredo Soares
Ana Antunes
Ângelo Azenha
António Neto
Fátima Carvalho
Fátima Oliveira
Hernâni Vilaça
José Afonso Domingues
José Pedro Moreira da Silva
Machado Lopes
Marlene Lemos
Nelson Pereira
Olímpia 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 145698/03**
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**

Capa **Nuno Almeida**

2 Entidade Reguladora da Saúde: O Estranho Caso dos Gémeos Siameses
Editorial de Miguel Leão

Política de Saúde

6 «Ministro merece... nota quatro!»
A actuação de Luís Filipe Pereira avaliada por José Pedro Moreira da Silva, membro do CRNOM

12 «Modelo consensual deve substituir o semi-autoritário»
O conselho do ex-ministro da saúde, Arlindo de Carvalho, sobre o relacionamento do ministério da saúde com os médicos

Opinião

18 Curriculum vitae, log-book, portfolio e desenvolvimento profissional contínuo
Hernâni Vilaça

21 Dúvidas... Carta aberta ao Senhor Ministro da Saúde
Maria João Pestana

Notícias

22 Aliança histórica
Encontro do CRNOM com diversas organizações de médicos para discutir os contratos individuais de trabalho

24 Paula Cruz, pintura a preto e vermelho
Até ao fim de Outubro nas instalações da SRNOM

Cultura

26 "Mar Portuguez"
Último trabalho do médico e compositor Rui Soares da Costa

28 História médica portuense – XIII
A. S. Maia Gonçalves

32 «A liturgia do tempo»
Quadros e poemas de Sejo Vieira

36 3 discos & 3 livros
As sugestões da deputada Elisa Ferreira

Lazer

38 «Viajar com...»
Viajar pelo Norte de Portugal guiados pelos textos de 10 dos nossos maiores escritores

Informação Institucional

40 Actividades desenvolvidas pela SRNOM

54 Relações com o Ministério da Saúde
Dossier especial

72 Agenda do Centro de Cultura e Congressos

http://nortemedico.pt

EDITORIAL

Miguel Leão
Presidente da SRNOM

A propósito das inovações ocorridas no sector da Saúde, o Senhor Ministro resolveu inventar uma estrutura designada por Entidade Reguladora da Saúde (ERS). A Ordem dos Médicos desconhece a versão final da proposta do Senhor Ministro. Apesar disso reproduz-se nesta Revista (páginas 55 a 65) uma versão que nos chegou através dos órgãos de comunicação social, e é sobre este documento que julgamos oportuno tecer alguns comentários.

Dizer-se que as novas formas de organização da saúde reivindicam a existência de uma ERS é ignorar que, nessas novas formas, o Ministério da Saúde tem responsabilidades de tutela, de accionista, de co-contratante e de fiscalização financeira que lhe permite manter a regulação que se pretende atingir. Aliás, basta atentar que é sempre o Ministério da Saúde que nomeia os dirigentes das instituições que tutela, quer para órgãos executivos (directores de centros de saúde, de hospitais S.A., de hospitais S.P.A), quer para órgãos técnicos (directores clínicos, enfermeiros directores), quer ainda para órgãos fiscalizadores, em colaboração com o Ministério das Finanças (fiscais únicos dos hospitais S.A. e dos hospitais S.P.A).

Admitindo que os quadros legais tradicionais possam estar desfasados em relação aos métodos de gestão empresarial agora utilizados, bastará um esforço interpretativo ou regulamentar da lei para suprir as lacunas existentes. Por exemplo, no caso dos Hospitais S.A., e porque são sector empresarial do Estado, não pode sequer afirmar-se a ausência de disposições legais pois estas existem e tem aplicação que se demonstra adequada.

O argumento de que a ERS é contemplada nos diplomas das Parcerias Público-Privadas e dos Centros de Saúde, e, como tal, a ideia da sua criação é um dado adquirido, é um argumento no mínimo falacioso. Mais: partir de tal argumento para justificar que o objecto da sua actuação seja alargado sem qualquer justificação de índole técnica, material, formal, financeira ou outra, é dar por demonstrado o que se pretende demonstrar.

Compreende-se que o Governo pretenda dar cumprimento ao programa aprovado pela Assembleia da República. Contudo este é claro e preciso no que se refere aos poderes e funções de uma entidade reguladora. Daquele Programa consta: "a criação de uma entidade reguladora, com a natureza de autoridade administrativa independente, que enquadre a participação de operadores privados e sociais no âmbito da prestação dos serviços públicos de saúde, assegurando o acompanhamento dos respectivos níveis de desempenho". Por isso, o Diploma dos Centros de Saúde transcreve quase "ipsis verbis" o Programa do Governo reflectindo, também, a preocupação de Sua Excelência o Senhor Presidente da República em, aquando da publicação daquele diploma, ter retractado as orientações do Governo quanto à necessidade de garantir o acesso equitativo dos cidadãos aos cuidados de saúde agora organizados segundo critérios empresariais.

É por isso legítima, de acordo com a legislação em vigor e de acordo com o Programa do Governo, a criação de uma ERS limitada à regulação da participação de operadores privados e sociais na prestação de serviços públicos de saúde. Daí não ter sentido, político ou técnico, que a mesma venha a deter poderes de regulação em outros sectores da saúde.

No que se refere à prestação de serviços em regime liberal, convenções e instituições do sector social (no qual se incluem as Misericórdias e Instituições Particulares de Solidariedade Social), que esta ERS pretende tutelar e regular, aqueles estão já regulados pela legislação específica relativamente ao licenciamento de unidades de saúde, pela intervenção das Ordens Profissionais, isoladamente ou em conjunto com o Ministério da Saúde, e, mesmo, pelo normal funcionamento do mercado. Os próprios direitos dos utentes estão acautelados nos termos gerais do Direito e por recurso aos tribunais judiciais. E mesmo que fosse necessário modificar mecanismos de fiscalização, de avaliação da qualidade e de acreditação, em nome dos direitos dos cidadãos, tal desiderato seria facilmente conseguido através da reorganização dos modelos de funcionamento e de cooperação de entidades já existentes (como a Inspecção Geral de Saúde, o Instituto da Qualidade em Saúde e as Ordens Profissionais) sem duplicação de funções e de custos.

Esta extrapolação escusada do Programa do Governa não revela (e até esconde) que a ERS que agora se pretende criar também invade competências de vários órgãos de soberania e várias entidades.

Entidade Reguladora da Saúde: O Estranho Caso dos Gémeos Siameses

A análise da proposta de criação da ERS mostra que esta assumirá todas as funções do Ministério da Saúde, exercidas através da tutela política do Ministro da Saúde pelos serviços e organismos do Ministério da Saúde, isoladamente, ou em cooperação com as Ordens Profissionais do sector da Saúde. Na verdade, o exercício destas competências é hoje realizado pela Direcção Geral de Saúde, pelo Instituto da Qualidade em Saúde, pela Inspecção Geral de Saúde, pelas Administrações Regionais de Saúde, pelo INFARMED, pelo IGIF e pelas Comissões Técnicas Nacionais e Comissões de Verificação Técnica (sendo que estas, de natureza especializada, funcionam na dependência do Ministério da Saúde e têm uma composição mista com representantes das Ordens e Associações Profissionais e do Ministério da Saúde).

Apesar de concentrar todos estes poderes, as farmácias estão, curiosamente, excluídas da função reguladora da ERS. Esta exclusão é um verdadeiro paradoxo se atendermos a que ERS viria a regular toda a prática liberal, na qual, obviamente, se incluem as farmácias. A coerência legislativa imporia pois (se a filosofia subjacente à criação da ERS fosse aceitável) que a ERS regulasse também as actividades relacionadas com a comercialização de medicamentos, tendo até em conta a anunciada intenção do Senhor Ministro da Saúde em dinamizar as farmácias hospitalares. Aliás, do ponto de vista da organização dos serviços do Ministério da Saúde, não existe nenhuma diferença entre o INFARMED e outras dependências ministeriais com funções equiparáveis no âmbito da inspecção e licenciamento dos serviços de saúde ou da avaliação da qualidade.

Sendo óbvio que os membros do Conselho Directivo da ERS não podem materialmente possuir a capacidade técnica para o desempenho de funções tão diversificadas, tal como são desempenhadas pelos vários organismos do Ministério da Saúde, torna-se evidente que uma ERS com estes poderes ou os não exerce ou necessita de uma estrutura técnico-burocrática que, em última análise, implicará uma duplicação funcional do Ministério da Saúde e, em consequência, mais burocracia, mais despesa pública e a criação ou a ampliação de conflitos de competências com organismos já existentes. Aliás, o legislador reconhece esta incapacidade da ERS ao prever que "As instituições e serviços públicos, em especial os serviços centrais do Ministério da Saúde e as instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde integrados no SNS, devem prestar à ERS toda a cooperação tida por necessária e conveniente para o cabal desenvolvimento das acções determinadas pela ERS no âmbito das respectivas atribuições e competências".

Fica, contudo, por esclarecer a quem prestam contas os serviços do Ministério da Saúde: se ao Ministro da Saúde, se à ERS na qual este pretende alienar as suas competências. Ainda mais importante do que saber a quem prestam contas os serviços do Ministério da Saúde é conhecer-se, e poder medir-se, a responsabilidade política da ERS. Presentemente é o Ministro da Saúde que é responsável pela condução da política de saúde enquanto membro de um Governo resultante do sufrágio democrático. Com esta ERS, cujo mandato transcende o mandato do Governo e tem os poderes do Governo, ela não é uma entidade independente. É, pura e simplesmente, uma entidade politicamente irresponsável que não responde perante ninguém excepto se praticar actos que caem no âmbito criminal.

Ora, assim sendo, esta ERS que extravasa o próprio Programa do Governo e exerce todas as funções que são hoje as funções do Ministério da Saúde, politicamente tuteladas pelo Ministro da Saúde, de acordo com o sufrágio democrático e sob a supervisão do Conselho de Ministros e do Primeiro-Ministro, torna objectivamente dispensável o Ministro da Saúde.

Num momento de restrições orçamentais que se fazem sentir em todos os níveis da Administração Pública é, no mínimo, indecoroso criar uma entidade que, para desempenhar efectivamente as funções que lhe são cometidas, necessita da criação de uma estrutura técnico-burocrática que, na prática, significa a duplicação dos organismos, das funções e do pessoal já consagrados na estrutura orgânica do Ministério da Saúde. Se tal não bastasse (e daí provavelmente a necessidade de consagrar que a ERS recebe dotações do Orçamento Geral do Estado), a ERS implica, desde já, nos termos da legislação agora em apreço, mais despesa pública. Tal resulta dos custos resultantes do pagamento aos membros do Conselho Directivo (que possuem o estatuto de gestor público) e ao Provedor do Doente (que é equiparado ao estatuto de director geral no âmbito da Administração Pública Central), da exis-

tência de serviços de apoio, dos encargos com o quadro pessoal (a aprovar por portaria conjunta dos Ministros das Finanças e da Saúde) e dos encargos com a aquisição de bens e equipamentos e com o financiamento dos respectivos serviços.

Os poderes cometidos à ERS violam ainda competências de Órgãos de Soberania e outras entidades (Assembleia da República, Tribunais, Ministério das Finanças, Ministério da Defesa, Ministério da Administração Interna, Ministério da Segurança Social e do Trabalho, Ministério da Justiça, Autarquias Locais e Ordens Profissionais), transformando-a numa estrutura tentacular e parasitária:

– através da homologação de regulamentos de segurança e qualidade próprios dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, o que colide com competências atribuídas ao IDICT, na dependência do Ministério da Segurança Social e do Trabalho, às Autarquias Locais e aos Organismos de Protecção Civil, na dependência do Ministério da Administração Interna;

– através da regulação das entidades gestoras dos planos de seguros de saúde, o que constitui uma invasão das competências do Instituto de Seguros de Portugal e, por essa via, das competências do Ministério das Finanças

– através da regulação dos subsistemas de saúde, o que implica uma violação das competências atribuídas aos Ministérios que tutelam subsistemas de saúde próprios, designadamente os Ministérios das Finanças, da Administração Interna, da Justiça e da Defesa e também, por exemplo, a Caixa de Previdência de Advogados e Solicitadores

– através da definição de critérios básicos relativos à carta dos direitos dos utentes e da sua homologação e registo, o que, tratando-se de definir matérias de direitos, liberdades e garantias na área da Saúde, constitui violação das competências do Governo, no seu conjunto e da Assembleia da República

– através da regulação da ERS das associações de entidades públicas ou privadas e das instituições particulares de solidariedade social que se dedicam à promoção e protecção da saúde, ainda que sob a forma de pessoa colectiva de utilidade pública administrativa, o que colide, em particular e especificamente, com a tutela do Ministério da Defesa sobre a Cruz Vermelha Portuguesa e com a tutela partilhada do Ministério da Segurança Social sobre a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, para além de implicar uma superintendência genérica sobre as Misericórdias e IPSS.

– através da determinação das indemnizações pelos danos causados aos utentes, o que constitui uma invasão dos poderes que cabem aos tribunais comuns, enquanto garantes dos direitos, liberdades e garantias dos utentes e uma violação inaceitável do principio da separação de poderes, do âmbito material de jurisdição dos tribunais e do poder político regulador do Ministério da Justiça

– através da homologação de códigos de conduta, manuais de boas práticas e "cartas de direitos dos utentes" dos estabelecimentos e serviços o que colide com as competências atribuídas às Ordens Profissionais, quer no âmbito deontológico, quer no âmbito puramente técnico.

Tudo isto é mais chocante se atendermos a duração do mandato da ERS (cinco anos), à natureza inamovível do seu conselho directivo e ao facto do Senhor Ministro da Saúde ter encomendado este projecto ao Prof. Doutor Vital Moreira.

Perguntar-se-á: entregar ao Prof. Doutor Vital Moreira a responsabilidade de formular o quadro legal da ERS? Será que o Senhor Ministro da Saúde não conhece outros eminentes juristas capazes de fazer melhor? Será que o Senhor Ministro da Saúde se revê nas posições daquela personalidade relativamente aos médicos? Ou será que se trata apenas de uma manifestação de solidariedade em nome de um passado político comum?

Perguntar-se-á o porquê da natureza inamovível e a duração dos mandatos dos membros do Conselho Directivo da ERS. Perante um mandato de cinco anos e perante a imobilidade dos membros do Conselho Directivo da ERS surge a pretensão do Senhor Ministro da Saúde de nomear o Prof. Doutor Correia de Campos para presidente daquele órgão.

Apesar de tal risco parecer ter sido eliminado, graças à intervenção do Senhor Primeiro-ministro, é legítimo perguntar-se porque é que o Ministro da Saúde de um Governo PSD/CDS pretende entregar a condução da política de saúde a um destacado mentor ideológico do PS na área da Saúde, por sinal, e tal como o actual Ministro, um protector dos acordos relativos ao Hospital Amadora-Sintra. No limite, até poderia supor-se que o Senhor Ministro da Saúde estaria próximo do rotativismo que prenunciou a queda da Monarquia Constitucional. Na verdade, e atendendo ao regime de incompatibilidades previsto para a ERS (que, sintomaticamente, não abrange dirigentes do Ministério da Saúde) até poderíamos presumir que, caso o Prof. Doutor Correia de Campos viesse a presidir à ERS sob os auspícios do Dr. Luís Filipe Pereira, enquanto Ministro da Saúde, estariam criadas as condições para que, no momento em o PS regressasse ao poder, o Dr. Luís Filipe Pereira poderia presidir à ERS, então sob os auspícios do Prof. Doutor Correia de Campos, na qualidade de Ministro da Saúde do PS.

O facto de conhecermos os elogios mútuos que ambas as personalidades citadas vão produzindo leva-nos a reflectir que, afinal e ao contrário do que julgávamos, os gémeos siameses podem ter partos diferentes.

A ausência de independência da ERS fica mais claramente demonstrada pelo facto do Provedor do Doente ser nomeado pelo Ministro da Saúde quando, por analogia com o que acontece com o Provedor de Justiça, deveria ser designado por maioria qualificada da Assembleia da República.

Por tudo isto fica a pergunta. Quais os verdadeiros interesses que se escondem na roupagem desta Entidade Reguladora da Saúde? Ou será melhor falar apenas de negócios?

ACTUAÇÃO DE LUÍS FILIPE PEREIRA AVALIADA POR JOSÉ PEDRO MOREIRA DA SILVA

«Ministro merece... nota quatro!»

Uma das últimas medidas do ministro Luís Filipe Pereira passa pela criação da Entidade Reguladora da Saúde. À revista «nortemédico», o membro do Conselho Regional José Pedro Moreira da Silva justifica o porquê das duras críticas da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos ao novo organismo que se esperava ter "apenas um carácter administrativo". O "fracasso" das listas de espera, o funcionamento dos hospitais-empresas, o crescimento do mercado dos genéricos e a actuação do ministro da Saúde são ainda alguns dos temas abordados nesta entrevista. A avaliação é "francamente negativa".

***(nortemédico)* Porque é que a Secção Regional da Ordem dos Médicos (SRNOM) está contra a criação da Entidade Reguladora da Saúde?**

(José Pedro Moreira da Silva) O principal problema está relacionado com as competências que são atribuídas a essa entidade. Segundo o programa do Governo, esses poderes deveriam ser meramente administrativos. Mas, Luís Filipe Pereira decidiu criar uma entidade reguladora não só com essas competências, como com outras que ferem diversas instituições que já existem. Inclusivamente, pensamos que o próprio Ministério da Saúde fica completamente esvaziado de conteúdo. A única coisa que não está regulamentada neste novo organismo são as farmácias. Por isso, Luís Filipe Pereira passa a ser o ministro das farmácias e não da Saúde, uma vez que não fica a tutelar mais nada. Consideramos que este modelo vem duplicar as funções já desempenhadas pelo Ministério da Saúde, bem como por outras estruturas com compe-

tências específicas. Uma medida que, neste contexto, vai implicar mais burocracia e mais despesa. Ou seja, mais Estado e pior Estado. Por outro lado, não está assegurada a independência desta Entidade Reguladora da Saúde, dado que o Conselho Directivo e o Provedor do Utente são nomeados pelo ministério… E, ainda por cima, o seu mandato transcende o mandato do Governo. A Entidade Reguladora da Saúde fica com um mandato de cinco anos e o Governo só tem uma mandato de quatro. O que vai significar que, independentemente de mudar o Governo e o seu conteúdo programático, a política da saúde terá de se manter a mesma.

Portanto, seja qual for a estrutura, a nova Entidade Reguladora da Saúde não faz sentido?
Provavelmente, faz sentido existir uma Entidade Reguladora da Saúde administrativa, que é exactamente o que está previsto no programa do Governo. Não vejo grandes inconvenientes nesse sentido, uma vez que teria a competência de regulamentar o acesso do cidadão à saúde, numa altura em que existem hospitais públicos, privados e hospitais-empresas. Acho perfeitamente razoável uma entidade que regule o acesso do doente a esses tipos de cuidados de saúde.

Um dos três vectores em que o ministro assenta a criação do novo organismo prende-se, exactamente, com o facto de assegurar o acesso e a equidade à prestação dos cuidados de saúde. Numa altura em que os hospitais SA estão a desenvolver-se, não faz sentido haver este tipo de entidade?
Os hospitais SA foram inventados para retirar do Orçamento Geral do Estado as despesas públicas desses hospitais. Para isso, foram sobrevalorizados os conteúdos dessas unidades hospitalares, nomeadamente no que diz respeito ao mobiliário e ao edifício. Desta forma, os hospitais partiram, economicamente, do zero. De facto, temo-nos apercebido de que, nos últimos meses, tem havido uma política de delimitação do acesso das pessoas a esses hospitais. Ou seja, se forem doentes que tenham subsistemas podem ir, mas se forem doentes do sistema público já começa a haver algumas limitações em termos de cirurgias e de consultas. Em vez de haver uma certa competitividade entre hospitais, estamos a fazer exactamente o contrário. Estamos a fazer uma "desnatação" do sistema, ao tirar doentes que são "baratos" dos hospitais-empresas e levá-los para os hospitais públicos.

Mas esse é um dos principais argumentos utilizados por Luís Filipe Pereira para avançar com a entidade reguladora, uma vez que vai garantir a equidade de tratamento dos doentes…
Mas a entidade pode regular apenas do ponto de vista administrativo. Não precisa de interferir com a criação de *guidelines*, com as coimas a aplicar aos hospitais e aos médicos que prevaricam. Não precisa de interferir com determinados tipo de aspectos como a qualidade, pois já existe um Instituto da Qualidade. Estamos a fazer cada vez mais coisas, para que o produto seja o mesmo.

Entidade Reguladora da Saúde: "Só se é para dar emprego a alguém…"

Acusam também a Entidade Reguladora da Saúde de vir aumentar as despesas, uma vez que há duplicação de competências. Pensa que vão ser os doentes a pagar?
Isso é óbvio. O preço dos cuidados de saúde não tem tendência a diminuir, mas sim a aumentar, em todo o lado do mundo. Os actos complementares de diagnóstico são cada vez mais sofisticados e, por isso, mais caros. Portanto, quem pensa que vai poupar em saúde está enganado, não há possibilidade de poupar. Pode é racionalizar-se os gastos. Se o poupar é prestar piores cuidados… Mas isso tem de ser assumido. Neste momento, estamos em 12º lugar no ranking mundial dos sistemas nacionais de saúde, então dizemos à população que vamos passar para trigésimo. Assuma-se a realidade!

A Entidade Reguladora da Saúde vai acabar por esvaziar a Ordem dos Médicos?
A Ordem dos Médicos não é dos organismos que mais vai sofrer. Mas se o Governo e o Ministério da Saúde delegaram competências na Ordem dos Médicos e se elas vão passar para a Entidade Reguladora da Saúde, obviamente a Ordem fica esvaziada. Além disso, fica com aquilo que ninguém quer que é a componente disciplinar. Passamos a ser um organismo em que os médicos nos pagam para os penalizarmos. Não faz grande sentido. Mas não vai ser só a Ordem dos Médicos. Também a Ordem dos Enfermeiros, a Assembleia da República, os Tribunais e vários institutos ligados ao Ministério da Saúde vão ficar esvaziados de poderes.

Ao criar esta entidade, pensa que o ministro está a tentar desresponsabilizar-se, uma vez que delega em outro organismo estatal várias competências?
Não sei. Não faço juizos de intenções, mas de facto esta entidade de independente não tem nada e, no fundo, é a criação de um ministério dentro do ministério. Não sei exactamente para que serve a duplicação de serviços dentro de um ministério. Só se é para dar emprego a alguém…

Como é que a Ordem dos Médicos pretende combater a implantação deste organismo?
Pretendemos essencialmente que haja bom senso e

que se consiga modificar o conteúdo da entidade. Defendemos que se passe a aplicar uma Entidade Reguladora da Saúde, tal como o Presidente da República sugeriu no documento que regula os Centros de Saúde, e que tenha o conteúdo previsto no programa do Governo.

Médicos queixam-se dos hospitais-empresas

O Hospital de Santo António, no Porto, foi um dos que já foi transformado em sociedade anónima. Já é possível avaliar alguns resultados das modificações que foram introduzidas?
Julgo que temos pouco tempo. Os hospitais SA viveram, até agora, de balões de oxigénio nos seus stocks. Ao fim de um ano, é que vamos ter uma noção do que realmente vai acontecer nessas unidades hospitalares. Partiram com stocks bem recheados, pagos pelo Estado. Agora, vamos ver se realmente se vai conseguir inverter o despesismo.

Estão pessimistas relativamente a este modelo?
Não nos consideramos pessimistas. Não somos completamente contra os hospitais SA. Foram ensaiados vários modelos de gestão diferentes, nomeadamente no Amadora/Sintra, no Hospital de S. Sebastião, e no Pedro Hispano. Na altura, pertencíamos à estrutura que fazia a avaliação nas unidades hospitalares de Matosinhos e de Santa Maria da Feira. Mas, na verdade, as pessoas que estavam mandatadas para o efeito nunca avaliaram nada. Nunca foi feita qualquer avaliação. Assim, antes de se fazer uma avaliação do que quer que fosse, foram implementados outros tipos de modelos que não têm nada a ver com o de Santa Maria da Feira, o de Matosinhos ou do Amadora/Sintra. Fomos para uma quarta experiência, ainda por cima em 31 hospitais, sem haver uma avaliação anterior do que estava a ser feito. Isso é que não nos parece o mais correcto. Parece que houve uma certa pressa, por causa do problema das finanças públicas.

O ministro da Saúde anunciou que, só no primeiro trimestre deste ano, foram poupados 88 milhões de euros com a criação destes hospitais empresas…
Claro! Também vamos ver quantos milhões de euros vão ser poupados no segundo ano. É fácil partir de um hospital com stocks bem recheados, pagos pelo erário público. Vamos ver o que acontece nos anos seguintes.

Têm tido queixas de médicos que passaram a trabalhar em hospitais SA?
Temos tido algumas queixas de hospitais SA (não quero pormenorizar quais), relativamente a contratos individuais de trabalho, às condições de trabalho e à quantidade de medicamentos disponíveis.

"O director clínico não serve para fazer serviço à administração"

Os contratos individuais de trabalhos são um dos problemas mais graves?
Os contratos individuais de trabalho são uma forma diferente de ver a prestação dos empregadores. É evidente que os vemos com algum receio, porque, no fundo, é o fim das carreiras médicas. Uma forma de pensar melhor no futuro dos médicos e dos profissionais de saúde dentro das unidades hospitalares seria a realização de contratos colectivos. Com os contratos individuais de trabalho, o empregado fica muito à mercê do empregador.

Várias estruturas ligadas aos médicos já denunciaram a existência de vários contratos individuais de trabalho feridos de ilegalidade. A Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos já avançou com algum processo?
Tivemos um fórum com os principais parceiros da classe médica e chegamos a acordo em alguns pontos. Penso que é um primeiro passo para termos ideia do que se vai passar. De qualquer maneira, já enviamos cartas aos médicos a aconselhá-los a que, antes de assinarem o contrato individual de trabalho, estejam por dentro das leis, para saberem se

estão a assinar um documento ferido de ilegalidade. Nas Secções Regionais da Ordem terão todo o apoio jurídico.

Mas ainda não se avançou com nenhum processo?
Não, porque os contratos ainda são muito poucos.

A alteração proposta ao Código Deontológico prevê que sejam os directores clínicos a dar conhecimento às Secções Regionais dos contratos individuais de trabalho. Porquê?
Porque os directores clínicos são os principais responsáveis médicos dentro de um Hospital ou Centro de Saúde.

A ordem quer que haja uma maior responsabilização, por forma a que não haja qualquer pacto entre as direcções clínicas e a administração de uma unidade hospitalar?
Exactamente. O director clínico está lá para zelar pela medicina praticada e não para fazer serviço à administração. É bom que pensem nisso.

"Doentes vão ser pior tratados pelos emergencistas"

Apesar de um ano de atraso, no dia 1 de Outubro arranca o projecto de profissionalização da Urgência do Hospital de S. João. O que perspectivam?
Nós ainda não percebemos muito bem como é que se vai proceder a esta profissionalização. Apesar de não fazer urgência há alguns anos, tenho passado por lá com familiares. O grande problema das urgências não são os doentes urgentes, em risco de vida, que estariam muito bem adequados para os tais emergencistas. São os doentes pluridisciplinares, de idade, com doenças de vários foros, que precisam de um médico que faça a integração dessas doenças. Não precisam de um emergencista. Não me parece que o mais adequado seja colocar pessoas com alguma vertente emergencista a tratar de doenças multidisciplinares. Nos EUA, por exemplo, a maioria dos doentes que recorrem às urgências são doentes com patologias urgentes e súbitas. Portanto, é normal que os emergencistas tratem esses doentes. No S. João, pela quantidade de patologias que nós temos, isso não acontece. Fazia mais sentido serem médicos com conhecimento multidisciplinar. Ainda existe outra vertente relativamente às urgências profissionalizadas e com o facto dos doentes serem atendidos por emergencistas. Como a maioria não terá uma patologia urgente, os doentes poderão ser, às vezes, mais manipulados do que se fossem atendidos por médicos multidisciplinares. Além disso, está-se a criar outro problema ao nível das urgências, porque vamos ter médicos muito bem pagos e outros mal pagos, o que vai criar algumas dificuldades a nível laboral.

Portanto, para a SRNOM urgência profissionalizada não é sinónimo de eficácia?
O tempo o dirá, mas penso que não. Percebia melhor se me dissessem que iriam contratar médicos para fazer a triagem. Agora, este tipo de emergencistas não me parece o mais adequado para o tipo de urgências que existem no nosso País. É preciso relembrar que isto também acontece porque, só no Porto, existem 100 mil doentes a descoberto, ou seja, sem médicos de família. Um doente que está constantemente a mudar de médico, que não tem uma continuidade de tratamento, é um doente que vai recorrer muito mais aos serviços de urgência.

Então, pode depreender-se que este modelo vai prejudicar os doentes?
É esperar para ver. O que me parece é que não vai ser grande solução para as urgências.

Mas quando diz que a população que procura as urgências não está dirigida para emergencistas, o doente …
Vai ser pior tratado. O tempo o dirá.

Programa contra as listas de espera "condenado ao fracasso"

Há pouco tempo realizaram uma conferência de Imprensa onde divulgaram que listas de espera tinham aumentado e não diminuído, como defendia o ministro. Este é mais um programa sem sucesso?
Exactamente, acho que está condenado ao fracasso. A primeira coisa que é preciso dizer à população é que listas de espera existem em toda a Europa. Agora, é inadmissível que uma hérnia demore 20 anos a ser operada. Na nossa opinião, estas listas de espera podiam diminuir, bastando fazer uma medida muito simples: dando ao doente a possibilidade de ser operado onde quiser, perante a atribuição de uma senha com o valor com base no custo da cirurgia. Defendemos que o doente possa fazer a gestão da doença, quer seja contratando um hospital público, um hospital SA ou, eventualmente, um privado. Isso já foi, inclusivamente, tentado com êxito noutros países, nomeadamente nos países nórdicos.

Porque é que este Programa de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas está, na vossa opinião, a falhar mais uma vez?
Penso que há vários defeitos. Um deles é não se saber exactamente qual o número de doentes em lista de espera. Temos um número de saúde único, mas, curiosamente, há 12 milhões de cartões para

10 milhões de pessoas. Ou seja, há dois milhões de cartões a mais. Além disso, há pessoas que se inscreveram em várias unidades hospitalares, tentando encontrar a solução mais rápida para o seu problema. O terceiro problema é que me parece que não foram utilizadas todas as capacidades que existem no País. Se não se utilizar as capacidades instaladas no Serviço Nacional de Saúde, público e privado, nunca mais se consegue resolver o problema.

O que pensa da ideia da criação da faculdades de medicina privadas em Portugal?
Nós já fomos contra a abertura de duas faculdades públicas que abriram. Estou à vontade para dizer isso, porque sou de um curso de 700 pessoas. Portanto, se conseguiram dar curso a 700 pessoas em 1973, actualmente também me parece que podem dar a 300 ou 350. Julgo que o numerus clausus tem sido diminuto e foi mantido durante muito tempo. Por isso, acho que vamos ter um problema sério em Portugal daqui a 10 anos. A minha geração, que é dos grandes cursos, vai reformar-se daqui a 10/15 anos. Ou seja, cerca de quatro mil médicos vão para a reforma. Esse é um problema sobre o qual os responsáveis políticos já se deviam ter debruçado. Agora, não temos nada contra as faculdades de medicina privadas, mas pensamos que vamos ter médicos a mais. Vamos deparar-nos com problemas como aqueles que já existe em Itália e Espanha, com muitos médicos no desemprego.

Mas há ou não falta de médicos?
Actualmente, penso que estamos numa situação boa, embora os médicos estejam mal distribuídos. Temos médicos hospitalares a mais e médicos de clínica geral a menos. Mas, provavelmente o rácio médio de médico por habitante está bom em Portugal. Mas é verdade que, há uns anos atrás, não se desbloquearam os numerus clausus como se devia ter feito. Em vez de se terem aceite 150 ou 200 em cada faculdade, deveriam ter entrado 250 ou 300, até para prevenir a eventual falta de médicos daqui por uns anos.

Abertura de faculdades privadas pode obrigar a exame de entrada na Ordem

Pode depreender-se, então, que, embora não sejam contra a criação de uma faculdade de medicina privada, auguram dificuldades para os jovens licenciados?
Exacto. Penso que perante a população do País, temos as faculdades de medicina suficientes. Qualquer nova faculdade que apareça vai formar mais médicos e, a longo prazo, teremos excesso de licenciados neste sector. O numerus clausus já deveria ter sido aumentado há alguns anos. Aliás, o Conselho Regional de Educação tem uma proposta excelente relativamente ao acesso dos alunos às faculdades de medicina, colocando a nota base nos 16 valores. A partir desta nota, os candidatos eram sujeitos a um teste múltiplo nas várias faculdades. No fim, entrariam aqueles que estivessem mais adequados à profissão, porque ter boa nota não é sinónimo de ser bom médico. É preciso ter características diferentes da pessoa que apenas é estudiosa.

Esquecendo os problemas dos números, a abertura de faculdades de medicina privadas seriam uma boa opção?
É evidente que não somos contra a abertura de faculdades de medicina privadas. Achamos é que já existem suficientes. Agora, se quiserem construam mais, desde que tenham qualidade, um bom programa e bons professores. Se isso acontecer, muito provavelmente vamos ter de fazer como a Ordem dos Advogado, ou seja, elaborar um exame para a entrada na Ordem, uma vez que é preciso alguma chancela de rigor e de escolha.

Aumento dos genéricos deve-se a "falta de atenção dos médicos"

Passaram nove meses desde que as novas receitas médicas entraram no mercado. Já é possível fazer um balanço?
A nova receita aumentou substancialmente a burocracia. Era muito mais fácil se pudessem ser computorizadas. Primeiro, porque se percebia muito mais facilmente a letra. Segundo, porque era fácil pôr a receita cá fora com o programa de computador. Em termos de preenchimento manual é muito mais complicado do que eram as antigas e aumentou muito mais o tempo de burocracia na consulta.

Como médico, tem autorizado os genéricos com mais frequência?
Antes de existir a receita nova já optava muitas vezes pelos genéricos. Agora, não aceito é que me mudem a receita.

Mas acha que os médicos, depois desta medida, estão mais sensibilizados para a questão dos genéricos?
Penso que os médicos sempre estiveram sensibilizados para os genéricos. Temos idosos com reformas baixas, muito medicados e temos de ter tudo isso em consideração quando prescrevemos uma receita. Obviamente, não posso passar uma receita de mais de 100 euros, quando ele tem, por mês, 150 euros de reforma. Está visto que não vai fazer a medicação.

Então considera que a nova receita não alterou em nada o cenário da prescrição de genéricos?
Não. Penso que não alterou nada, embora alguns médicos possam ter sido alertados para o problema dos genéricos. Também, diga-se, foram muito mal publicitados. De facto, o mercado dos genéricos tem vindo a aumentar e já vai com uma quota de seis por cento, mas isso também aconteceu nos países da Europa onde foram introduzidos. A sua quota

de mercado aumentou substancialmente até aos 10 por cento, mas depois vieram por ali abaixo e estão, outra vez, nos dois por cento.

O que acha que contribuiu para o aumento dos genéricos?
Acho que, em parte, contribuiu o facto de os médicos não terem a atenção devida no preenchimento das receitas, no sentido de não permitirem a troca de medicamentos. Penso que 50 por cento dos médicos não se incomoda que troquem as suas medicações.

Consegue indicar uma medida positiva do ministro da Saúde?
(Sorriso) Tenho alguma dificuldade em encontrar, assim como do seu antecessor, alguma medida positiva deste ministro. Assim, à primeira vista não consigo dizer nenhuma.

De zero a 20 que nota dá?
Uma nota francamente negativa. Dava-lhe para aí um quatro.

De todas as questões que falámos e que são as linhas mestras do programa deste ministro da Saúde, quase todas são contestadas. Está na altura do ministro sair?
Isso tem a ver com o primeiro-ministro, não tem a ver connosco. Não somos nós que fazemos nomeações no Governo. Agora, vendo que há uma consonância muito grande entre Ordem, sindicatos, associações, coisa que já não se via há cerca de 10 anos, se eu fosse o primeiro-ministro tinha as minhas preocupações.

Esta união pode reflectir-se numa greve?
Sim, pode-se reflectir em várias medidas e a mais drástica e a que nos agrada menos é essa. Mas se tiver de ser... Neste momento, estamos a acertar agulhas, para saber como vamos reagir a determinados diplomas, nomeadamente à Entidade Reguladora da Saúde, que excedeu todos os outros. Tem havido alguma contestação dentro dos partidos do Governo e, portanto, espero que haja o bom-senso para que, quando for a Conselho de Ministros, o diploma seja uma coisa diferente.

Não sente que tem havido por parte deste ministro uma atitude mais firme, uma vez que falamos de uma série de medidas contestadas mas que acabaram por avançar?
Honra lhe seja feita, este ministro tem mexido na Saúde e nem tudo é mau. Algumas coisas não foram as mais adequadas, mas por exemplo os hospitais SA não foram uma medida péssima. Tem os seus pontos negativos e positivos. Mas, também, tirando as receitas e os genéricos, todas as medidas estão a dar os primeiros passos e, por isso, o mal estar pode ainda estar em crescimento...

"A Ordem é um local aonde os médicos devem vir com mais frequência"

Durante o último ano existiu uma aposta forte por parte da SRNOM nas actividades culturais. As iniciativas vão continuar?
Organizamos a Feira do Livro, a Exposição de Artemédica, temos tido vários concertos e espectáculos musicais. Não tem havido uma aposta maior do que aqui há uns anos atrás, tem-se é consolidado as acções que tínhamos pensado e que agora tivemos oportunidade de realizar.

Os médicos têm aderido?
Os espectáculos têm estado sempre cheios e é sinal de que as pessoas vêm cá com gosto. No ano passado, por exemplo, tivemos a Festa de Natal que foi muito aplaudida. Tivemos até que fazer dois espectáculos, porque um não chegou. Este ano, até estamos a programar três ou, eventualmente, quatro espectáculos. A Ordem é o sítio onde os médicos devem vir. Temos, inclusivamente, outras ideias, nomeadamente a de facultar o acesso a uma base de dados, para os médicos poderem fazer as suas consultas sobre os mais variados temas na Internet.

ANTIGO MINISTRO ARLINDO DE CARVALHO ACONSELHA LUÍS FILIPE PEREIRA A OUVIR MAIS OS MÉDICOS

«MODELO CONSENSUAL

ARLINDO DE CARVALHO ASSUMIU A PASTA DA SAÚDE EM 1990, DURANTE O XI E XII GOVERNOS CONSTITUCIONAIS. FOI, ATÉ HOJE, O MINISTRO QUE MAIS TEMPO SE MANTEVE EM FUNÇÕES NESTA ÁREA: QUATRO ANOS. UMA DÉCADA VOLVIDA, ARLINDO DE CARVALHO FAZ UM BALANÇO SOBRE O ESTADO DA SAÚDE EM PORTUGAL: O DÉFICE AUMENTOU EXPONENCIALMENTE, MAS "NÃO HOUVE UM DESENVOLVIMENTO DOS PADRÕES DE PRODUÇÃO IDÊNTICO OU PROPORCIONAL". ENCARA A CRIAÇÃO DOS HOSPITAIS-EMPRESAS COMO UM MODELO "ADEQUADO", MAS NÃO TEM A GARANTIA DE QUE SEJA O MODELO CERTO. É QUE O FUTURO, DEFENDE, TEM DE PASSAR OBRIGATORIAMENTE POR UMA MAIOR LIGAÇÃO ENTRE OS HOSPITAIS, OS CENTROS DE SAÚDE E A REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS.

***(nortemédico)* Qual é a avaliação que faz do estado da Saúde em Portugal?**

(Arlindo de Carvalho) Penso que têm vindo a ser dados alguns passos importantes, no sentido de proceder a alterações significativas nesta área. Existe uma Lei de Bases da Saúde que, aliás, foi elaborada quando eu era ministro da Saúde, em 1990. Essa lei não sofreu grandes alterações e tem resistido aos diversos ministros e Governos. Existe o estatuto do Serviço Nacional da Saúde (SNS) que também está praticamente intacto. De qualquer forma, é preciso proceder às mudanças que se consideram convenientes em cada momento, face à composição etária da população, às expectativas da população e aos meios disponíveis, sejam eles de natureza humana, financeira ou material. No fundo, tem havido uma evolução que, na sua generalidade, é favorável. Sempre baseada numa óptica que é a Lei da Bases da Saúde que nunca foi posta em causa por nenhum dos Governos que sucederam à sua aprovação. Aquilo que se está a passar é uma evolução normal.

DEVE SUBSTITUIR O SEMI-AUTORITÁRIO»

Mas, dez anos depois de ter sido ministro, a Saúde está melhor ou pior em Portugal?
Quem o poderá dizer são os cidadãos. Os profissionais são elementos que estão ao serviço do Sistema de Saúde que, na sua globalidade, existe para satisfazer os cidadãos. As pessoas podem fazer a análise através das estatísticas. De acordo com alguns elementos que têm vindo a público, apesar de tudo, a Saúde não é das áreas mais criticadas pelos cidadãos em geral. Diria que as estatísticas demonstram que esta área também tem vindo a evoluir favoravelmente. Não tão favoravelmente como queríamos, nem tão favoravelmente como os cidadãos desejariam. Em boa verdade, ainda hoje estamos a lidar com listas de espera, quando já não deviam existir, estamos a lidar com faltas de atendimento nos centros de saúde, quando isso já não deveria acontecer. Estamos a registar problemas no atendimento às urgências e no domínio da mulher e da criança. Ou seja, tem havido uma evolução favorável, mas ainda há muito para fazer, no sentido de corresponder às reais expectativas dos cidadãos e dos profissionais.

De quem é a responsabilidade pelo facto de a Saúde não ter evoluído tão favoravelmente como seria desejável?
Tenho que dizer que, de facto, durante o período do Governo anterior houve um conjunto de ziguezagues no domínio dos Cuidados de Saúde Primários, no domínio dos hospitais e da sua gestão e, inclusivamente, em promessas não cumpridas em relação aos profissionais, como o caso das horas extraordinárias. Portanto, o pior que pode acontecer são os ziguezagues que prejudicam o avanço normal do desenvolvimento do modelo de Saúde do nosso País.

Desenvolvimento não acompanhou o aumento da despesa

Já chegou a dizer publicamente que a principal diferença entre a altura em que foi ministro e a realidade actual foi o crescimento do défice na Saúde. Quer com isso dizer que não se conseguiu tirar proveito das apostas financeiras que existiram nesta área?
Sim. Hoje, não temos dúvidas nenhumas sobre isso. A evolução das disponibilidades financeiras para o SNS tem vindo a aumentar substancialmente nos últimos 10 anos. Mas a um ritmo que não é compatível com o ritmo a que aumentaram as despesas noutras áreas da governação. O que é certo, e as estatísticas e os elementos de contabilidade do Estado demonstram isso claramente, é que não terá havido um desenvolvimento dos padrões de produção idêntico ou proporcional à despesa do SNS.

Quem deve ser responsabilizado por esse facto?
Se os gastos são maiores e não se tem um desenvolvimento proporcional, ou a culpa é da organização ou é da gestão. Aparentemente, o Ministério da Saúde e este Governo estão a atacar esse problema pelo lado da organização. Espero que dê resultado, na medida em que se houver uma melhor organização do SNS poderemos ter, com o mesmo nível de despesa, uma melhoria de atendimento aos cidadãos.

Nesse sentido, a criação dos hospitais-empresas pode ser uma solução para acabar com o despesismo no sector da Saúde?
Penso que é uma evolução normal. O estado a que as coisas chegaram não podia levar a outra saída que não fosse esta. Ou seja, a despesa na Saúde não podia estar a crescer a um ritmo tão elevado. Ainda por cima, estava a colocar-se as instituições num nível de endividamento sem controlo. Não havia nenhuma em que não fosse necessário fazer um orçamento rectificativo.... Alguma coisa tinha de ser feita. Neste momento, o modelo que está a ser seguido parece-me ajustado à realidade. Vamos ver se é o modelo adequado e certo. A mim parece-me ser adequado, mas não tenho a garantia de que seja o modelo certo. Por uma razão muito simples. Não podemos ver a Saúde numa óptica de hospitais, porque não são apenas estes que gastam dinheiro. Todo o SNS gasta dinheiro: a prevenção, os Cuidados de Saúde Primários, o sistema hospitalar e o sistema extra-hospitalar… Hoje, em Portugal, existe um défice. Temos a primeira rede, os Cuidados de Saúde Primários, a segunda rede, os Cuidados Hospitalares, mas falta-nos a terceira rede que é a dos Cuidados Continuados. Sem esta, a despesa recai inteiramente sobre a rede de cuidados de saúde diferenciados que são os hospitalares ou até mesmo sobre os Cuidados de Saúde Primários. Há muita gente que devia ser acompanhada numa cama «fria», ou seja, num sistema de saúde de cuidados continuados que é mais barato, mas que, para o efeito, produz o mesmo resultado.

Experiência no Amadora/Sintra devia terminar

Antes da tomada de posse do actual Governo, existiam em Portugal três modelos distintos de gestão hospitalar. No entanto, o novo ministro da Saúde optou por avançar com um quarto modelo, deste vez em 31 unidades hospitalares. Parece-lhe a medida mais correcta?
Penso que aí poderá haver algum desfasamento e poderá estar aqui alguma falha em relação ao desenvolvimento futuro. Não considero que seja possível fazer a gestão de um hospital sem que se faça a gestão simultânea dos elementos que lhe estão agregados, designadamente os centros de saúde e eventualmente a rede de cuidados continuados. O cidadão que precisa de cuidados de saúde tanto vai ao hospital, como ao centro de saúde, como à rede de cuidados continuados se ela existir. Deveria ser o sistema a gerir o cidadão, por forma a encaminhá-lo para o local mais adequado e onde os recursos disponíveis fossem menos dispendiosos. Mas só poderá fazê-lo se tiver uma gestão coordenada destes três tipos de prestação de cuidados. Tem de ser o sistema a indicar o caminho do cidadão e não o contrário, pois isso dá origem a que se escolha o modelo mais dispendioso e se sobrecarregue o sistema. Eu diria que é uma quarta experiência que está a ser levada a cabo e que despreza as experiências anteriores. Hoje, acho que nas três anteriores havia potencialidades para se fazer a evolução do sistema.

No entanto, não houve qualquer avaliação sobre os resultados nos três modelos. Corre-se o risco de o novo, implementado em 31 hospitais, acabar por se revelar um fracasso?
Não penso nisso. Acho que atingimos um ponto que não tem retorno. Daqui para a frente terá de se avançar. Não se pode voltar atrás. É impensável pegar num hospital que foi transformado em empresa e voltar ao sistema anterior. Agora, é preciso fazer alguns ajustamentos, em função dos resultados. É preciso fazer uma avaliação, no final deste ano, e detectar o que não está em conformidade com os desejos, ou o que não correu de acordo com o previsto. Então, eventualmente, teremos de compensar os desvios com resultados de outras experiências já realizadas do sistema hospitalar.

Considera que esta foi uma medida precipitada de Luís Filipe Pereira?
O estado de despesa a que chegou o SNS tinha de levar os governantes a tomarem medidas rápidas e eficazes. Esta foi uma medida rápida. Pretende ser eficaz. Vamos fazer a avaliação no final do ano.

Um dos casos mais paradigmáticos é a experiência que decorre no Hospital Amadora/Sintra e que tem sido muito contestada…
O problema do Hospital Amadora/Sintra era uma questão simples, à partida, e que se tornou complicada ao longo dos anos. Não pode haver uma experiência isolada num meio de um SNS que tem centenas de instituições. Mas estamos com uma experiência isolada desde 1995! Não é possível estar indefinidamente com uma experiência sem se dizer se serve ou não. Se serve, vamos agarrar no modelo do Hospital Amadora/Sintra e estendê-lo a diversas unidades de saúde, com características idênticas. Não podemos estar em experiência toda a vida. Ou serve, ou não serve. Como é único e funciona isoladamente, é mais fácil ser atacado. Não sou um defensor nem um delator desta experiência. Até porque, os elementos que vêm a público são contraditórios. Até hoje, continuamos sem saber se, de facto, é verdade o que diz o Tribunal de Contas, ou o que diz a comissão nomeada para fazer a avaliação. E ainda não há uma posição definitiva sobre a matéria. Acho que, como experiência, devia-se terminar com ela. Se é boa, é para repetir. Se não é, acaba-se.

Despesismo pode ser combatido com gestão dos recursos humanos

Na sua opinião, que medidas deveriam ser tomadas para evitar o despesismo na área da Saúde?
Quando estive no ministério, foi feito um trabalho de grande qualidade pelo departamento de Recursos Humanos, com o apoio de entidades externas. Foi feita uma avaliação dos recursos humanos, designadamente de enfermeiros e médicos, no sentido de saber qual seria a evolução das saídas e das entradas até 2010. Chegámos à conclusão de que não seria necessário recorrer à importação de médicos e enfermeiros se mantivéssemos o nível de formação estabelecido nesse documento. O ritmo de formação foi seguido. No entanto, estamos a importar médicos e enfermeiros. É uma coisa que não se entende, porque todos os elementos de estudo que foram realizados nessa altura levavam a concluir que não seria necessário. Por isso mesmo, há aqui uma clara necessidade de fazer uma melhor gestão dos recursos humanos, nomeadamente dos que são altamente especializados. Não tenho dúvidas nenhumas de que há médicos a mais nos hospitais do Litoral e médicos a menos nos do Interior. O mesmo se passa com os

profissionais de enfermagem que, cada vez mais, terão de ser direccionados para o Interior do País. Mas essa operação compete ao Ministério da Saúde e às Administrações Regionais de Saúde. Há muitos extra-quadro a trabalhar no Litoral, mas, em contrapartida, há vagas disponíveis no Interior que estão a ser preenchidas em regime de contrato de prestação de serviços ou em regime de contrato individual de trabalho por médicos estrangeiros. Esta situação é altamente penalizadora para os jovens portugueses que quiseram seguir os seus estudos nesses ramos e não tiveram oportunidade devido aos numerus clausus.

No tempo de Manuela Arcanjo, chegou a haver um projecto de lei no sentido de avançar com incentivos para deslocar os profissionais. Esta medida já devia ter saído da gaveta?
É óbvio que as coisas têm de passar por aí. Não se pode agarrar numa pessoa e dizer que vai para Bragança, Mirandela ou Beja. Tem de se criar condições para os transferir. Estou de acordo que haja verdadeiros incentivos, quer no domínio da progressão da carreira, quer no aspecto remuneratório, quer no domínio, inclusivamente, do reagrupamento familiar.

Teoricamente o projecto de lei não singrou por falta de dinheiro. Acha que o Estado pouparia se avançasse com o documento, evitando, assim, por outro lado, a contratação de profissionais estrangeiros?
O Estado hoje chegou a um momento que tudo o que faz é no sentido de poupar. Já reparamos nisso. Há vários meses a esta parte não se conhece uma medida que o Governo goste de anunciar. Todas as medidas são no sentido restritivo da despesa. O que acontece é que o Estado ao não dar os incentivos aos médicos e aos enfermeiros para irem para determinadas áreas está, por outro lado, a gastar mais dinheiro e a provocar insatisfação nos jovens importando mão-de-obra estrangeira. Acho que, neste aspecto, há claramente um erro de cálculo.

Carreiras médicas não protegem a qualidade dos cuidados de saúde

Os contratos individuais de trabalho são uma consequência da criação dos hospitais SA. e estão a causar grande polémica junto dos profissionais da saúde. Como vê esta nova relação laboral?
Quando foram criadas empresas públicas, no tempo do PREC, os empregados eram trabalhadores por conta de outrem no regime do contrato individual de trabalho. Não se pode estar numa empresa com o regime do funcionalismo público, porque são incompatíveis. O contrato individual de trabalho é um regime mais liberal, mas também proporciona uma maior liberdade ao trabalhador. Além disso, ainda permite, em princípio, um melhor nível de remuneração, porque exige concorrência, competitividade e, naturalmente, exige que a entidade patronal remunere em conformidade com o desempenho, o que não acontece, infelizmente, com a função pública.

Mas há quem defenda que contratos individuais de trabalho são o fim das carreiras médicas.
Os sindicatos têm toda a razão em dizer isso. O que acho é que se têm de encontrar carreiras adaptadas. Os sindicatos estão habituados a trabalhar com as empresas públicas e não públicas. Nas empresas que são do Estado também existem carreiras. Não são é carreiras com o sistema e modelo que há na Função Pública. Mas também existem. Os sindicatos sabem muito bem como se vão adaptar ao novo regime, na medida em que as carreiras médicas vão, num prazo mais ou menos curto, desaparecer nos hospitais-empresa. Ninguém ainda sabe, e presumo que o Governo também não, como é que vai evoluir o hospital-empresa. Ficará 100 por cento do Estado? Ficará 80 por cento do Estado? Introduzirá capital privado e em que percentagem? E, nessa altura, como se interligam as forças de decisão nesses hospital? Portanto, isto não é estático e estou convencido que, a médio prazo, vai haver uma evolução.

Concorda com a ideia de que o fim das carreiras médicas pode traduzir-se em piores cuidados de saúde?
Não considero que as carreiras médicas protejam a qualidade dos cuidados de saúde. É evidente que a carreira tem regras de formação, tem regras de evolução bastante exigente, mas não podemos ir por esse caminho. Podemos ver isso com outras empresas que foram do Estado e que hoje prestam bons serviços, como é o exemplo da EDP e da PT. Pôr em causa os cuidados de saúde pela ausência das carreiras médicas é um exagero e é um argumento pouco recomendável para pôr em cima da mesa. As carreiras médicas tal como elas são, serão substituídas por outro modelo de carreira que, naturalmente, terá de ser negociado com os sindicatos, com a Ordem e a entidade patronal que no primeiro momento é o Estado, mas num segundo momento pode ser uma entidade patronal mista.

Centros de saúde e hospitais têm de dialogar

Um dos problemas que existe no nosso País passa-se nos Cuidados de Saúde Primários. É sabido que não tem havido aposta nos centros de saúde, ao longo dos últimos anos. Não é popular para um ministro apostar nesta área?
Todos os governantes fazem as mais belas declarações sobre os Cuidados de Saúde Primários, mas, na prática, investem nos hospitais. É mais visível e tem notoriedade. Eu próprio fiz declarações de amor em

relação aos Cuidados de Saúde Primários, mas a verdade é que os grandes investimentos vão no sentido de proteger os hospitais. Até porque é sobre os hospitais que recai uma maior atenção por parte do cidadão. Ou seja, quando o sistema não responde, a última etapa é o hospital. Se essa também não responde, aí explode-se e a queixa passa a ter uma amplitude mais vasta. De qualquer das formas, penso que nada se resolverá no domínio da saúde se não houver uma interligação entre o hospital e a rede dos Cuidados de Saúde Primários. O modelo do serviço local tem de ser implementado a nível nacional, utilizando mais ou menos aquilo que se tentou experimentar em Matosinhos.

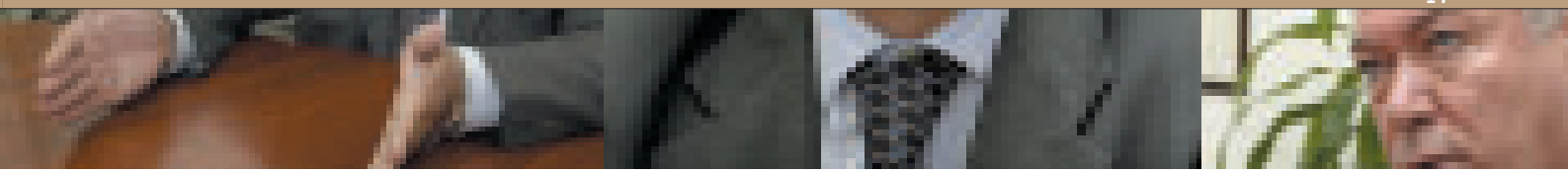
O diploma sobre os Cuidados de Saúde Primários de Luís Filipe Pereira acabou por não singrar. Na sua opinião, como se pode reformular o sistema?
Tenho a certeza de que passará por deixar de ter o Centro de Saúde isolado, passando a haver uma ligação com o hospital. É preciso que o médico de família saiba que tem, se necessitar, o hospital para dar continuidade aos tratamentos do seu paciente, que pode dialogar através do sistema de informação com o hospital e que pode dar sequência à sua consulta. É preciso que haja um sistema de informação global, a que todos possam aceder e em que exista um diálogo transparente entre os Centros de Saúde e as unidades hospitalares. Actualmente, o que acontece é que os médicos dos Centros de Saúde sentem-se pouco apoiados, para não dizer desapoiados, uma vez que o hospital fala cada vez mais para si. O hospital-empresa tem uma tendência para falar consigo próprio, porque tem de responder a uma entidade que é o Ministério da Saúde. Se não está de acordo com as regras gerais o ministério vai puni-lo. Por isso, o Centro de Saúde tende a ficar isolado, uma vez que o hospital inclina-se a dialogar com o patrão e não com os que estão ao lado.

Programas contra as listas de espera devem acabar

Outro problema sobre o qual também já falou aqui são as listas de espera. Actualmente, há um novo programa de combate, mas a verdade é que os números parecem não baixar. Qual é o verdadeiro problema?
Os problemas das listas da espera são antigos e os profissionais que trabalham na área da saúde sabem que não é possível atender todas as pessoas no mesmo dia. É preciso fazer uma programação. Mas, combater as listas de espera é um objectivo totalmente indispensável, para que o cidadão esteja minimamente satisfeito e para que o sistema seja eficaz em relação ao cidadão. Agora, não se pode é estar sempre em combate às listas de espera com medidas conjunturais. Na minha opinião, o sistema, através do SNS e através da sua rede, tem de ser capaz de eliminar as listas de espera. As instituições do SNS não podem, de maneira nenhuma, estar à espera que venha um apoio monetário, através do combate às listas de espera, pois podem estar a gerar novas listas de espera. Pode dar-se este efeito perverso. Ou seja, os hospitais podem acabar por não fazer o serviço que estava programado, mas acabam por ser beneficiados porque são remunerados por combater listas de espera. Espero que esta seja a última vez que exista um programa de combate às listas de espera. Daqui para a frente, e dada as modificações que têm vindo a ocorrer no SNS, devem ser criadas condições para que sejam as unidades, em cada momento, a resolver esta questão de uma vez por todas.

Parece-lhe que a atribuição de senhas aos doentes pode ser uma boa solução?
Essa solução estava preconizada e equacionada na Lei de Bases e no regulamento do SNS, ao prever a criação do Seguro Alternativo de Saúde. O cidadão era o dono da sua senha e procuraria a instituição que melhor o servisse. Este seria o modelo ideal, na medida em que, de uma vez por todas, se respeitavam três princípios fundamentais: a liberdade de escolha do cidadão em relação à instituição, a liberdade de escolha do médico por parte do cidadão e a introdução da competitividade nas instituições, porque as unidades públicas que perdessem utentes, naturalmente, ficavam prejudicadas. Este seria era o modelo ideal e que, na altura em que era ministro, estava concebido para entrar em vigor em 1994. Não foi possível, porque saí e o ministro Paulo Mendo não lhe deu sequência. Mas fico muito contente por ver que a SRNOM ter vindo a defender isso. Se a medida tivesse sido implementada nessa altura, tenho a certeza que não andaríamos com os problemas nem de listas de espera, nem de gestão de hospitais, nem de falta de médicos, nem de enfermeiros. Não diria que teria sido a cura para todos os males, mas teria sido uma receita eficaz quase a 100 por cento.

Daria, a título de conselho, este modelo ao actual Ministro da Saúde?



Penso que este modelo já não é possível. Tudo tem o seu tempo. Os passos que foram dados entretanto tornam quase impossível voltar a este modelo. Na altura, tínhamos vários caminhos e eu decidi que devíamos seguir o do Seguro Alternativo de Saúde. Não fui capaz de o levar a cabo e o meu sucessor, Paulo Mendo, não lhe deu continuidade. Os outros ministros também não, até porque o meu modelo era muito mais liberal do que o dos socialistas. Agora, o Dr. Luís Filipe Pereira deu-lhe um outro destino que também é mais ou menos liberal, mas que já não é compatível com o modelo referido.

Entidade reguladora é uma táctica política

Um dos temas que está na ordem do dia é a Entidade Reguladora da Saúde. Como é que vê esta medida?
A entidade tem vindo a sofrer uma contestação quase generalizada por parte das organizações, nomeadamente do Fórum Médico que é uma organização vastíssima. Mas como é que aparece a Entidade Reguladora da Saúde? Aparentemente teria sido uma encomenda do Presidente da República, aquando da discussão do diploma dos Cuidados de Saúde Primários. Então, se calhar, o Governo está a dar satisfação a uma posição assumida pelo Dr. Jorge Sampaio. Agora, não se sabe é se o Presidente da República fez a encomenda nos rigorosos termos em que o Governo está a apresentar o projecto de diploma, ou se defendia que o organismo deve ter um papel mais mitigado. De facto, a Entidade Reguladora da Saúde como está projectada no diploma tem um papel vastíssimo e diria até que se substitui ao Ministério da Saúde em grande parte das circunstâncias. É bom, no entanto, salientar que as entidades reguladoras são uma ideia dos Estados modernos. No nosso País, inclusivamente, já foram criadas entidades reguladoras em diversas áreas que têm por objectivo proteger o cidadão. Na Saúde, não será diferente. O que acho é que esta entidade reguladora é apresentada como se não existisse Ministério da Saúde. Então, o Infarmed não é uma entidade reguladora? A própria Direcção-Geral de Saúde não tem funções de entidade reguladora? Se este diploma for aprovado da forma como está, há muito para desfazer no âmbito do Ministério da Saúde. Há quase que desfazer o ministério por inteiro, porque a entidade reguladora substitui o ministério na sua quase totalidade.

Pensa então que o ministro vai recuar?
Acho que é uma versão que está em curso, mas que não vai ser aprovada. Penso que corresponde a uma táctica política.

Que táctica política? Pedir a mais, para depois negociar e chegar a um entendimento?
Provavelmente. (sorriso)

Faz sentido existir esta entidade?
Acho que sim. Por acaso, na área da saúde, em países que conheço da União Europeia e da OCDE, não existe nenhuma Entidade Reguladora da Saúde, mas isto não quer dizer que não venha a haver. Nada impede que Portugal seja pioneiro. Não me parece é que as entidades reguladoras tenham sido criadas em conflitualidade com os sistemas existentes. Penso que este modelo corresponde a uma táctica política que será objecto de ajustamentos.

Governar significa saber dialogar

Várias das políticas da Saúde aqui abordadas foram contestadas pelos médicos. O ministro não soube cativar os profissionais para as reformas que quis fazer?
O problema é que a área da Saúde mexe com um bilião e 200 milhões de contos e sempre que se toca em coisas como a gestão dos hospitais, os centros de saúde, a gestão dos medicamentos, está-se a bulir com alguns interesses instalados. Os médicos até nem são os maiores interessados, mas penso que o ministro, no futuro, os vai ouvir mais.

Acha que se isso não acontecer não vai resistir no Governo?
Eu acho que no futuro ele vai ouvir cada vez mais os médicos. Qualquer governante tem de ter em conta os seus parceiros. Hoje governar não significa impor. Significa ser determinado, significa ser rigoroso e transparente, mas significa também saber dialogar. Há medida que o tempo decorre e as eleições se aproximam, recomenda-se que se passe de um modelo semi-autoritário, para um modelo mais consensual.

Que conselho daria ao ministro da Saúde?
(risos) Acho que ele não recebe conselhos de ninguém. Mas por aquilo que estivemos a conversar, o que respondi na última pergunta.

Gostaria de voltar ao Governo?
Tudo tem o seu tempo e este é um tempo de uma geração mais nova. Uma geração que, aliás, reclama o poder. A política não pode ser uma estrada em que os que estão à frente entopem sistematicamente os que vêm atrás. Portanto, as expectativas das gerações modernas são diferentes de há 10 ou 15 anos. O meu tempo já passou.

Hernâni Alberto Martinho Vilaça

CURRICULUM DESENVOLVIM

Elaborar um *Curriculum vitae* (CV) em Medicina continua a constituir um desafio a quem, em alguma fase da sua carreira profissional, necessita explanar a sua trajectória, etapas, objectivos programados e conseguidos, por forma a poder constituir-se em Candidato à obtenção de um título ou qualificação, à ocupação de um lugar de carreira ou desempenho de cargo ou ainda, como se vem desenhando em alguns países, à concordância dos seus pares sobre a sua (permanente) actualização, legitimando-o para que continue a ser considerado como possuidor de capacidade técnico-científica para o seu desempenho profissional (*recertificação*).

A circunstância de integrar um grupo de trabalho internacional no âmbito da UEMS (União Europeia dos Médicos Especialistas), dedicado ao "ensino pós-graduado", de ter publicado, suponho, a primeira reflexão em Portugal sobre a forma e conteúdo do CV (1972), de o ter discutido na SRN da Ordem dos Médicos (simposium para Internos – 2001) e fundamentalmente ter integrado numerosos Júris da Carreira Médica Hospitalar e da Titulação pela O.M., motivaram o meu desejo para mais uma vez me debruçar sobre este tema, não sendo a esta decisão alheia a leitura do "consultório de opinião" da MEDICOM de 28.02.03, da autoria da Dig.ª Prof.ª Dr.ª Maria do Céu Machado, subordinado ao título *CV – o modelo perfeito*. Escrito num estilo conciso, extremamente pragmático, aponta directrizes na perspectiva de quem já viveu largamente uma experiência de avaliação de médicos nas diferentes fases de graduação e desempenho, tornando desejável a sua divulgação nacional muito para além do âmbito de um boletim informativo regional.

Vai longe o tempo do exercício imaginativo de contar a vida profissional sem documentação que substancie a experiência adquirida, muitas vezes com uma enumeração de gestos e actos "por palpite" (com um empolamento de números a maior parte das vezes involuntário).

A permanência do Médico, enquanto Interno, sempre no mesmo Serviço ou integrando a mesma equipa do S.U., permitia aos Directores respectivos uma opinião sobre o mesmo, baseada mais nos aspectos de relação pessoal com os seus superiores do que traduzir a evolução técnico-científica desejável ou até a sua capacidade de trabalho (tantas vezes mais aparente do que real), numa postura de *"yes man"*, determinante na definição do interesse do Serviço ou Instituição.

Mas os tempos mudaram e a legislação passou a conter uma especificidade própria para cada etapa da vida profissional traduzida em items e alíneas dos diversos capítulos da formação, permitindo a elaboração de *"grelhas"* de aferição que possibilitando uma avaliação quantificada, permitem uma classificação absoluta e relativa dos diferentes concorrentes, eliminando, pelo menos teoricamente, algumas das injustiças de antanho.

Daqui deverá sair uma primeira regra na elaboração do CV:

- Seguir, mencionando-a, a legislação pelo qual vai ser orientado o CV; é útil, no seu início, mencionar o fim a que o mesmo se destina (obtenção de tal ou tal grau, ou o provimento de este ou aquele cargo), bem como o documento específico que regulamenta o acto e data da sua publicação.

A elaboração do CV *de acordo com a legislação reguladora* facilita a tarefa de quem o avalia, correndo no entanto o risco de o transformar num documento seco sem sequência aparente (Prof.ª M.ª do Ceu Machado) mas que a imaginação pode ultrapassar. Não esquecer, no entanto:

1. Índice paginado
2. Etapas da carreira profissional – académica, hospitalar e cuidados primários
3. Títulos profissionais
4. Cargos desempenhados (quais, onde e quando)
5. Estágios noutras áreas ou Instituições
6. Actividade de investigação – resultados e publicações relacionadas
7. Outras publicações, comunicações e participação em reuniões científicas (palestras, mesas redondas, painéis, reuniões de consenso, etc.)
8. Actividade docente
9. Actividades integradas na Educação Médica Permanente / Desenvolvimento Profissional Contínuo – acções de formação, cursos, congressos, simposia, etc.
10. Participação em Júris (Presidente ou Vogal) – exames e concursos.

Idealmente, um *índice cronológico* permite uma visão clara do percurso profissional do Candidato.

Na introdução do CV, a ***apresentação*** do autor é formal com a sua identificação, podendo ter interesse a nomeação dos locais ou circunstâncias em que decorreu a sua evolução, tantas vezes moduladores da personalidade, integração sócio-cultural, motivos e ambições a par dos seus interesses extra-profissionais, integrando os espaços e motivos de ócio; diria que o CV deve dar a conhecer a *Obra e o Homem*.

Falar da tomada de opção pela Medicina e por esta ou aquela Especialidade poderão ter algum sentido desde que não exprima simplesmente uma elevada classifi-

VITAE, LOG-BOOK, PORTFOLIO E ENTO PROFISSIONAL CONTÍNUO

cação liceal ou a ocupação de uma vaga sobrante aquando da distribuição...

No que respeita às publicações, é fundamental a menção da autoria ou co-autoria das mesmas, tradutora da capacidade de trabalhar em grupo e do papel desempenhado no trabalho.

Uma nota que me parece importante refere-se à descrição, tantas vezes exaustiva, que por vezes se lê dos Serviços ou Centros em que decorreu algum estágio, designadamente se fora da Instituição mãe; mais do que um enumerado de áreas funcionais, quadro médico, número de camas, etc., perfeitamente supérfluo, deverá sim conter uma referência, embora sucinta, sobre as patologias tratadas, técnicas terapêuticas ou de investigação clínica disponíveis, resultados obtidos, ou seja, uma definição dos níveis de qualidade, parâmetro de referência tantas vezes na base da escolha desse centro pelo candidato. Marcante também é, por vezes, o nome dos Directores ou Chefes quando, só por si, constituem a referência nacional ou internacional; frequentemente estes elementos constam dos relatórios do respectivo estágio, insertos no *portfolio* (anexo). Aliás, a referência aos Directores sob cuja orientação ou chefia se trabalhou bem como ao directo responsável dentro do sector, alem de curricular é ainda de boa educação. Uma análise crítica, incisa e precisa, de carácter construtivo, constitui seguramente um parâmetro de valorização.

Numa época em que, curricularmente, toda a actividade formativa tem de ser documentada, em que a *avaliação contínua* se afirma como desiderato invalidando cada vez mais a manipulação de dados e principalmente desde que, na pós graduação, se criou a figura do *orientador de formação*, a existência do "*log-book*", documento vivo em constante actualização, cada vez faz mais sentido; toda a actividade é registada cronologicamente, avaliada periodicamente pelo orientador de formação que possui assim um inestimável documento para reclamar perante as direcções dos serviços a cuja responsabilidade se encontra acometida a preparação do Interno, melhoria das suas condições de aprendizagem e técnicas de desempenho a par da formação contínua, propondo-o para a frequência deste ou daquele curso ou congresso, acção de formação ou estágio, analisando ainda, criticamente, os relatórios obrigatórios destas acções.

Um factor em análise diz respeito à credibilidade do orientador de formação, desempenho que por si só constitui elemento curricular na carreira para além da pós graduação e cuja escolha, na imensa maioria das situações, não obedece a qualquer critério, sendo feita mais ou menos *por rotação* à medida que vão chegando internos ao Serviço e sem qualquer participação do interessado.

É pois gratificante verificar a preocupação crescente nesta área por parte de algumas Instituições e particularmente da Ordem dos Médicos ao promover cursos de orientadores de formação, integrados nas acções do Desenvolvimento Profissional Contínuo, nos quais são ministradas as bases de pedagogia essenciais a quem tem a obrigação de ensinar ou orientar, bem como a avaliação das capacidades didácticas requeridas. A qualificação assim obtida constituirá o verdadeiro elemento curricular dos profissionais interessados na orientação de formação, sendo a sua ulterior avaliação resultante dos resultados práticos obtidos pelos seus orientados.

Não se compreende também como, sendo o Internato um sector tão importante na formação dos futuros especialistas e consequentemente do "*pool*" disponível para o mercado de trabalho médico, não esteja estruturado, a nível institucional, em Departamento do qual constaria um Director com o respectivo Secretariado, os Directores de Departamento com Serviços envolvidos na preparação de internos e os Orientadores de Formação; integraria a sua responsabilidade a edição do "*Manual do Interno*" no qual se encontrariam definidos os programas de preparação nas suas componentes científica e técnica e contendo o *log-book* do Interno; a estruturação dos estágios obrigatórios e voluntários, cronograma do internato, análise dos trabalhos de revisão ou investigação propostos para o interno, distribuição pelas diferentes equipas de urgência e atribuição dos orientadores de formação constituiriam as suas tarefas primordiais, tendo ainda a obrigação de organizar as actividades de Ensino Médico Permanente ao promover ciclos de conferências, palestras, reuniões de consenso, calendarizar os congressos e cursos nacionais e internacionais e ainda auditar internamente e periodicamente os resultados da sua actividade. Tal é, na minha opinião, o meio mais eficaz de uma instituição, departamento ou serviço se afirmarem como centros de excelência para o ensino pós-graduado (o antigo internato de cirurgia dos Hospitais Civis de Lisboa, p.e.), como é prática corrente em alguns Centros estrangeiros há largos anos (p.e. Baragwanath Hosp. – Joanesburgo – África do Sul); neste conceito reside a tendência crescente internacionalmente, para a "*certificação de qualidade*" dos centros formativos, até agora da responsabilidade dos *Colégios de Especialidade da Ordem dos Médicos* ao definirem a *idoneidade* para o internato bem como a *capacidade formativa* de cada centro em número e quota de formação (número de anos do internato que o centro pode assegurar e quais).

De igual modo, cada estágio específico, curso, congresso ou reunião que se frequentou, é objecto de um relatório crítico a que se anexa o respectivo programa e a documentação comprovativa de presença; tal documentação será compilada num *portfolio* a que o Júri se reportará sempre que lhe pareça conveniente (constitui o actual anexo/s dos CV entre nós); representa ainda o

elemento mais importante no contexto do *Desenvolvimento Profissional Contínuo*, já que pode ser sempre anexado ao *"processo individual"*, seja na Instituição onde decorre a sua vida profissional, seja na Ordem dos Médicos; em nossa opinião substitui com enorme vantagem o sistema de *"créditos de formação"* que episodicamente algumas associações científicas tentam impôr na Comunidade Europeia.

Vemos pois que o, chamêmo-lo assim, volume principal do CV deve ser preciso, inciso e conciso, cronológico e terminando com um quadro sinóptico sempre que para tal haja lugar. Deverá ainda conter as classificações atribuídas ao longo do Internato bem como as *"informações"* que entre nós constituem o simulacro das *"cartas de recomendação"* tão comuns nos países anglo-saxónicos.

De igual modo são devidos os agradecimentos mais ou menos formais conforme a marca ou arquétipo representado por cada um dos contemplados nos agradecimentos; felizmente que alguns de entre nós tiveram o privilégio de ter trabalhado com personalidades que nos souberam impor o seu cunho; seja-me permitido um agradecimento póstumo a duas dessas personalidades que em tempos diferentes me marcaram profundamente, o Professor Cruz Ferreira (Instituto de Medicina Tropical – Lisboa) e o Professor Dr. Luiz Tuca Barceló (Cirurgia Oncologica – H. de la Santa Creu e San Pau – Barcelona).

É ainda de bom tom não esquecer nos agradecimentos os restantes elementos de acção médica, universo em que o interno vive quotidianamente, não só do Serviço como do resto do Hospital, nos sectores de contacto permanente como são os laboratórios, imagem, etc..

A enumeração dos gestos ou actos técnicos no CV deve contemplar algum tipo de ordenação, sempre o mesmo ao longo de todo o CV, seja por patologias, seja por actos praticados, em ordenação anatómica ou sistemática, assinalando-se a actividade desempenhada no âmbito do Serviço de Urgência e na rotina; particular atenção merece a toponímia de gestos ou técnicas que ostentam nomes próprios; quando tal é o caso, há que respeitar escrupulosamente a descrição do Autor (ex.: operação de MILES); se houve lugar a técnicas modificadas, mencionar o autor da modificação (ex.: op. de MILES, modif. de NOTHARAS). Igual importância assume a grafia correcta evitando ainda a confusão de nomes foneticamente parecidos (ex.: sonda de LEVINE e *shunt* de LE VEEN), já que traduz informação literária contra conhecimento "de ouvido".

A expressão dada ao CV, assume diferentes formatos conforme a graduação ou provimento a alcançar, sendo de presumir que o seu volume relativo vá sendo progressivamente reduzido nos capítulos de componente técnica para privilegiar aspectos do Desenvolvimento Profissional Contínuo adequados ao perfil solicitado.

Acabada a pós graduação a prova de competência técnico-científica está feita começando a impor-se a defesa das opções técnicas ou clínicas, análise de resultados, discussão da morbi-mortalidade num clima de *"peer review"* tradutora de um elevado padrão de qualidade, bem como uma tomada de posição na organização do grupo que se integra.

É comum os CV dos Internos das áreas cirúrgicas, incluirem um capítulo de análise da morbimortalidade, completamente descabido já que se trata de actividade tutelada, logo, sob a responsabilidade de terceiros; alem do mais, tal poderá ser interpretado como uma crítica mal alinhavada ao Serviço respectivo que deve sim proceder às suas auditorias internas, que se expressam através dos trabalhos que estudam os resultados em determinada patologia ou segundo determinada técnica, esses sim muitas vezes acometidos aos internos, *como aliás se encontra definido no regimento dos exames finais de internato*.

Não tem também qualquer cabimento a referência expressa de que uma ou outra atitude reflete o protocolo em uso noServiço; diria o espanhol: *"por supuesto..."*.

Nos CV elaborados para concurso de provimento, constitui uma mais valia a inclusão de um *"projecto de trabalho"* para o lugar ou função a concurso; é muitas vezes pertinente a expressão de um perfil diferente do delineado, na vertente organizacional do sector, por vezes critério de escolha. Entra aqui todo o *armamentarium* que o DPC representa ao dotar o Médico com conhecimentos para alem dos aspectos técnico científicos, essenciais no actual conceito de orgânica institucional que nos confronta com áreas tão diversas como *qualidade, auditoria, peer review, gestão de recursos humanos e econometria de saúde*, visando a optimização da qualidade dos cuidados prestados com a redução de custos possível; a gestão privada traz ainda outras variáveis como são o *equilíbrio entre os interesses do empregador e a Sociedade*, sem descurar a satisfação própria no trabalho desempenhado (CPD of Medical Doctors – Federação Mundial para a Educação Médica –, Copenhaga Outubro de 2002).

Deste documento gostaria de citar, para terminar, a definição de *Desenvolvimento Profissional Contínuo*: Período de educação e treino dos Médicos iniciado após a formação básica e pós-graduada e ao longo da vida de trabalho profissional; assume-se como imperativo ético e profissional, constituindo um pré requisito para a melhoria da qualidade nos cuidados de saúde.

Em aposição à pós-graduação regida por normas específicas, o DPC implica mais uma actividade de *aprendizagem auto-dirigida*, baseada na prática, do que um treino supervisionado.

O DPC visa manter e desenvolver competências (conhecimento, expertise e atitudes) do médico individual, essenciais para enfrentar as necessidades, em transformação, dos pacientes e sistemas de administração de cuidados de saúde, por forma a responder aos novos desafios do desenvolvimento científico em medicina, das entidades licenciadas para a saúde e da Sociedade.

O conceito de *Educação Médica Contínua* tem vindo a ser progressivamente substituido pelo *Desenvolvimento Profissional Contínuo*, dada a sua maior abrangência, residindo a responsabilidade da sua implementação na *profissão médica e no médico individual*, não havendo na maioria das Comunidades, enquadramento jurídico na sua regulamentação.

No mesmo documento e para meditação, pode ainda ler-se:

...a motivação para uma vida inteira de estudo e aprendizagem deveria ser um critério para a selecção de estudantes candidatos às Escolas Médicas, devendo nortear as diferentes fases da educação médica... (a quem interessar).

Ordem dos Médicos, CRN, Agosto de 2003

Hernâni Alberto Martinho Vilaça

DÚVIDAS...

Carta aberta ao Senhor Ministro da Saúde)

Maria João Pestana
Especialista em Medicina Geral e Familiar.
Membro Consultivo do Distrito Médico do Porto da OM

Excelência:

Agradeço a carta-circular que Vossa Ex.a me enviou como médica da carreira de Medicina Geral e Familiar.
Esta circular, que tenta esclarecer dúvidas, produziu em mim o efeito exactamente contrário – aumentou as minhas dúvidas.
Porque este é também o sentimento geral dos colegas com quem tenho falado, permito-me sugerir ao senhor Ministro que nos esclareça sobre as questões a seguir apresentadas, pelo que antecipadamente fico muito grata.

Primeira dúvida

É sobre a seguinte afirmação logo no início do texto de Vossa Ex.a: "tem crescido a insatisfação dos cidadãos em relação aos Centros de Saúde".
Como médica prestadora de cuidados de saúde dentro do sistema, sinto-me ferida com esta afirmação, que considero inexacta.
Poderá Vossa Ex.a informar-me sobre aquilo em que se baseia para chegar a esta conclusão?
Será que os cidadãos deixam de procurar os Centros de Saúde, dando assim sinais de terem perdido a confiança neles?
Muito pelo contrário. A procura tem vindo constantemente a aumentar, pela razão simples de que melhorando a qualidade da oferta e para o mesmo preço... a procura logicamente aumenta.
Serão os nossos índices de Saúde maus? Seguramente não. São dos melhores do Mundo, e melhoraram com a criação da carreira médica de Medicina Geral e Familiar.
Será o Serviço Nacional de Saúde português inferior aos outros serviços públicos?
Também não é. O SNS foi considerado o melhor serviço público português.
Serão as reclamações dos utentes que sugerem a insatisfação dos cidadãos?
Talvez. Mas mesmo independentemente de, na maioria, não terem fundamento sério, elas não têm também significado estatístico atendendo ao elevadíssimo número de actos médicos praticados diariamente nos Centros de Saúde.

Segunda Dúvida:

Na minha profissão de médica, não aprendi nada de leis. Tenho no entanto a noção de que um Dec.-Lei é o instrumento mais forte na regulamentação de qualquer sistema de relação Estado-cidadão.
O projecto de Dec.-Lei que chegou ao conhecimento público continha graves agressões às carreiras médicas conducentes à sua descaracterização e extinção, e deixava os profissionais de saúde em situação precária e desmotivante.
Não falo sequer nos utentes que, sem que se apercebam de momento, irão ficar prejudicados pela perda da qualidade do serviço que lhes é prestado.
Parece por demais evidente que o documento elaborado por Vossa Ex.a não obedeceu a preocupação de qualidade mas antes a objectivos económicos.
A minha leitura e as minhas as conclusões são estas, e coincidem com as interpretações da generalidade dos que leram o documento.
A dúvida que eu tenho é pois a seguinte:
Partindo do princípio que o Sr. Ministro não iria faltar à verdade quanto às promessas feitas na carta que nos enviou, pergunto se a carta de um Ministro vale mais do que um Decreto, ou se existe outro projecto de Decreto que não é do conhecimento público e que nos dá as garantias que faltam naquele a que tivemos acesso ?

Terceira dúvida

Assim como sou ignorante de leis também sou ignorante de ciências de gestão e organização.
Gostaria pois de conhecer o fundamento da afirmação do Sr. Ministro de que a organização dos Centros de Saúde irá ser “mais eficaz, mais justa, mais estimulante, e de melhor qualidade”.
Nada disto transparece do projecto de Decreto-Lei a que tivemos acesso, nem ninguém parece capaz de vislumbrar estes aspectos. A não ser talvez os trezentos e tal gestores a convidar?

Peço pois a Vossa Ex.a que esclareça estas dúvidas sobre matéria tão importante para todos nós como médicos e como utentes que também somos.
Ao contrário da inovação terapêutica onde os procedimentos são exaustivamente ensaiados em laboratório, em política as alterações têm que ser feitas logo em escala real sobre a população real.
Por isso nada deveria ter sido mudado sem ouvir previamente alguns dos que têm experiência nesta matéria tão delicada, incluindo as forças que estão no terreno, às quais temos a honra de pertencer.
Senhor Ministro, teríamos tido o maior gosto em ajudar, mas não fomos consultados.
Agora o mal está feito. Mas tudo se pode emendar. Se a carta-circular se transformar num novo Decreto-Lei...

Com os meus mais respeitosos cumprimentos.

ALIANÇA HISTÓRICA!

GENERALIDADE DAS ESTRUTURAS REPRESENTATIVAS DOS MÉDICOS CONTESTARAM CONTRATOS INDIVIDUAIS DE TRABALHO E PROPUSERAM ALTERAÇÃO AO CÓDIGO DEONTOLÓGICO

Vários contratos individuais de trabalho já assinados por médicos estão feridos de ilegalidades, inclusivamente do ponto de vista constitucional. O alerta foi dado por seis organizações representativas da classe que se apresentaram unidas em torno da defesa dos interesses dos profissionais médicos. Naquela que é tida como uma «aliança histórica» – há mais de 10 anos que as várias entidades não se uniam –, a primeira medida deste «G6» dos médicos passou por uma proposta de alteração ao Código Deontológico que transfere dos médicos para os directores clínicos a responsabilidade de remeter aos Conselhos Regionais da Ordem uma cópia de todos os contratos individuais de trabalho celebrados com as várias instituições de saúde. Em causa está, segundo o comunicado conjunto emitido (texto integral na página ao lado) "a imposição de limitações inaceitáveis ao exercício da liberdade de expressão dos médicos sujeitos a contrato individual, o que significa, na prática, proibir os médicos de denunciar situações de discriminação e violação dos direitos dos doentes". Ou seja, "os médicos têm de se calar sob pena de colocarem em causa o seu vínculo laboral", condenou Mário Jorge, da Associação Portuguesa dos Médicos de Saúde Pública.

A alteração proposta ao Código Deontológico e consequente transferência de responsabilidades, explicou Eduardo Mendes, da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, é "um passo para nível superior" que "permite, de uma forma mais distanciada, à Ordem dos Médicos dar o seu parecer quanto ao cumprimento dos valores éticos e deontológicos". E caso não cumpram a directiva, advertiu o presidente da SRNOM, Miguel Leão, "os directores estão sob risco de penalização disciplinar".

O novo regime contratual é também contestado do ponto de vista da formação e das carreiras médicas. As organizações estão preocupadas com a estabilidade dos profissionais de saúde que, com o contrato individual de trabalho, "vêem negados os direitos fundamentais, como a oportunidade de progredir na carreira e a investigação científica". Ou seja, "existem poderes discricionários por parte dos órgãos de administração das unidades de saúde" que, como alertou Armando Gonçalves, da Associação de Médicos de Carreira Hospitalar, "podem vir a desarticular os médicos, criando condições anormais e afectando o trabalho em equipa".

De acordo com o Sindicato Independente dos Médicos, o ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira, já foi avisado das questões inerentes ao novo vínculo laboral. E, por isso, "se diz desconhecer os problemas, está a mentir", acusou Carlos Arroz, coadjuvado nas críticas por Merlinde Madureira, da Federação Nacional dos Médicos. "O melhor é habituarem-se a ouvir o ministro dizer que não sabe, porque cada vez mais vai ser uma figura honorífica, sem responsabilidades sobre o Serviço Nacional de Saúde", ironizou.

Para as organizações representativas dos médicos é necessário haver "abertura para o avanço de negociações colectivas de trabalho (à semelhança do que aconteceu no Hospital Amadora/Sintra), por forma a criar mecanismos de diferenciação técnica".

nortemédico Texto **Patrícia Gonçalves** ¥ Fotografia **Anjos e Faustino**

CONTRATOS INDIVIDUAIS DE TRABALHO

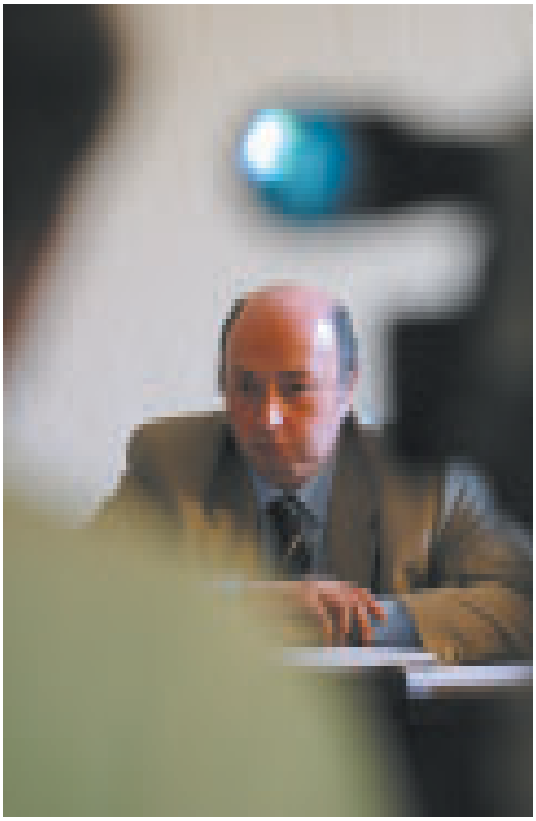
– COMUNICADO CONJUNTO –

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS MÉDICOS DA CARREIRA HOSPITALAR
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS MÉDICOS DE CLÍNICA GERAL
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS MÉDICOS DE SAÚDE PÚBLICA
CONSELHO REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS
FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS
SINDICATO INDEPENDENTE DOS MÉDICOS

As estruturas signatárias, reunidas no Porto, para debater as implicações dos contratos individuais de trabalho, no dia 18 de Setembro de 2003, a convite do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, subscrevem o seguinte comunicado:

1 – A legislação recentemente produzida relativamente a Centros de Saúde e Hospitais consagra os contratos individuais de trabalho. A mesma legislação, sem consignar qualquer tipo de negociação colectiva, implica:

a) a imposição de limitações inaceitáveis ao exercício da liberdade de expressão dos médicos sujeitos a contrato individual, o que significa, na prática, proibir os médicos de denunciar situações de discriminação e violação dos direitos dos doentes, tal como impõe a Constituição da República, a Carta de Direitos dos Doentes e o Código Deontológico dos Médicos;



b) inexistência de garantia de diferenciação técnica e, com base nesta, de hierarquização funcional médica;

c) a existência de poderes discricionários por parte dos órgãos de administração das unidades de saúde, quer no que se refere ao regime de trabalho dos médicos, quer no que se refere aos mecanismos de protecção social;

d) a ausência de uma política coerente de formação médica, quer no que respeita aos internatos quer no que respeita ao desenvolvimento profissional contínuo após a especialização, com especial relevância nos Hospitais SA e nos Centros de Saúde;

e) o impedimento dos médicos exercerem as suas funções de investigação através da proibição da divulgação de quaisquer dados relativos aos resultados da sua prática profissional.

2 – Neste contexto, as estruturas signatárias adoptam consensualmente:

a) a apresentação, pelo CRN da OM ao Plenário de Conselho Regionais da Ordem dos Médicos da seguinte proposta de alteração ao Código Deontológico dos Médicos "É dever deontológico do Médico Director ou Responsável Clínico das organizações, instituições ou entidades referidas no número anterior remeter um exemplar daquele contrato ao Conselho Regional da Ordem dos Médicos da área de inscrição do médico, por iniciativa própria ou por determinação do Conselho Regional";

b) exigir a abertura de negociação colectiva de trabalho para os médicos em respeito pelo disposto pela Lei 23/98;

c) exigir a consagração de mecanismos de diferenciação técnica em todos os regimes contratuais independentemente da sua vigência no sector público, privado, cooperativo ou social, de forma a assegurar a equivalência técnica e a liberdade de circulação dos médicos;

d) manter encontros periódicos com vista à troca de informações e à análise de qualquer questão relativa a contratos individuais de trabalho e a outras matérias relevantes para o exercício profissional dos médicos;

e) elaborar um guião relativo a contratos individuais de trabalho para o qual se assegura desde já a mútua colaboração dos respectivos consultores jurídicos.

EXPOSIÇÃO EM OUTUBRO NA SRNOM

PAULA CRUZ TEM QUADROS QUE «DEMORAM ANOS A PINTAR»

PARA PAULA CRUZ VALE TUDO NA PINTURA: CARVÃO, CIMENTO, GESSO, ACRÍLICO, ESMALTES, VITRAIS, TECIDOS... POR ISSO É QUE OS QUADROS, POR VEZES, DEMORAM ANOS PARA FICAREM CONCLUÍDOS. ELA FAZ UMA PINTURA INTENSA, EM QUE EXPRIME TUDO AQUILO QUE SENTE. O MÊS DE OUTUBRO FOI A ALTURA ESCOLHIDA PARA PAULA CRUZ EXPÔR NAS INSTALAÇÕES DA SRNOM. DEZ QUADROS GRANDES, COM PREDOMÍNIO DO PRETO E DO VERMELHO.

Paula Cruz não começa e acaba um quadro. Começa vários ao mesmo tempo. Por isso demoram muito tempo até ficarem concluidos:
– Expresso-me com toda a liberdade e misturo vernizes com coisas que demoram muito a secar. Molhado com molhado... demora anos. É uma técnica mista, com vários materiais. Utilizo aquilo que, na altura, sinto que vai interagir com o que estou a fazer.

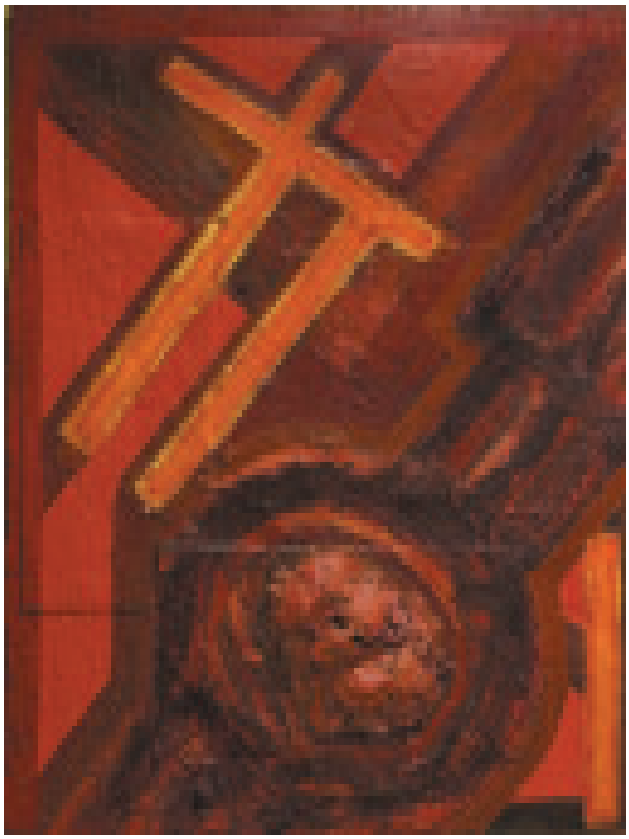
As exposições da artista, como a da Ordem dos Médicos (patente até 28 de Outubro), são caracterizadas pela intensidade da pintura:
– É também uma forma intensa de comunicar, seja pela matéria, seja pela côr. Não programo o que vou fazer. As coisas surgem de uma forma emocional. Não é que tudo seja por acaso. Mas as coisas tomam essa liberdade.
Paula Cruz colocou em exposição dez quadros grandes, de 2,00x1,60 m, para se poder apreciar a intensidade das cores:
– Utilizo muito o preto e o vermelho. O preto tem muito a ver com sabedoria. Trata-se de uma côr que condensa as outras. Tem também a ver com o oculto, o inconsciente. O vermelho é a vida, é a paixão, é a força.
O certo é que as reacções ao trabalho de Paula Cruz têm sido positivas:
– Sinto que as pessoas têm curiosidade de ver coisas novas e diferentes. Claro que tudo fica mais fácil se se conseguir primeiro uma certa projecção no estrangeiro. Até porque, em Portugal não há qualquer apoio. Como autodidacta, não tenho acesso a bolsas ou subsídios.
Por isso mesmo, a divulgação da obra sobrepõe-se ao intuito lucrativo.

EXPRESSAR TUDO O QUE SE SENTE

Paula Cruz nasceu no Porto e tem um estúdio de pintura na Ribeira, junto ao Rio Douro:
– Estou satisfeita com a reacção das pessoas. Como os quadros estão carregados de emoções e espiritualidade, quero que tenham interacção com o espaço, onde quer que eles estejam. Que seja a forma de uma pessoa se contactar a si própria, através de uma meditação, para cada um conquistar, em si, um bocadinho da sua essência. Gostava que os meus quadros transmitissem essa mensagem. É uma boa forma de dialogar com as pessoas, através dos quadros, que adquirem uma alma própria e podem partilhar com a outra alma que está presente. Já não é uma energia minha, mas do quadro.
A artista trabalhou com antiguidades durante 20 anos. Só a partir daí se interessou a sério pela pintura:
– Nas antiguidades também estava próxima da arte. Mas ao fim de duas décadas achei que precisava de espaço para o meu autoconhecimento, a minha espiritualidade e contactar com as coisas que realmente me fazem sentir viva.
Para Paula Cruz, arte não é só pintura. A artista já fez uma incursão por outros caminhos:
– Sempre senti uma grande criatividade interior. Além da pintura escrevo também um bocadinho de poesia. Editei o meu primeiro livro em 1997, no Brasil, chamado "Consciência Mutante". Era sobre tudo o que sinto, da maneira como vejo o Mundo, que é de uma forma existencialista, profunda e intensa. Trata-se de uma busca do conhecimento de mim própria, de uma busca da minha essência. De fazer transparecer a minha alma.
Paula Cruz já escreveu, entretanto, mais um livro, editado pela "Amores Perfeitos" e o gosto pela escrita até surgiu antes da pintura:
– Só me dedico à pintura, a cem por cento, desde 1998.
A partir dessa altura, a artista apostou forte nesta área, como forma de expressar as emoções:
– Expresso tudo aquilo que sinto, onde invoco Deus, onde deixo transparecer a minha alma.

EXPOSIÇÕES EM BERLIM E EM NOVA IORQUE

Expressionismo abstracto é o estilo que mais seduz a pintora, onde se revê na forma que mais gosta de comunicar. E responde com desassombro quando se lhe pergunta qual é o pintor-referência...
– Não tenho nenhuma referência. A minha referência é a busca de mim própria.
Mas Paula Cruz cede quando se lhe pede um ou dois pintores que aprecie...
– Kandinsky e Marc Chagal. Mas não me identifico com eles. Nem com eles nem com ninguém. Têm obras que me fascinam mas não os sigo. Isso nunca me foi incutido nem eu aceitaria. Sou autodidacta. Não tenho limites para me expressar.
A artista também não hesita quando se lhe pede que nomeie um quadro:
– Bosch. É um alemão do século XVI. É o surrealismo avassalador e ao mesmo tempo realista. Cheio de aves, de grutas e coisas um bocado maquiavélicas. Mas são coisas

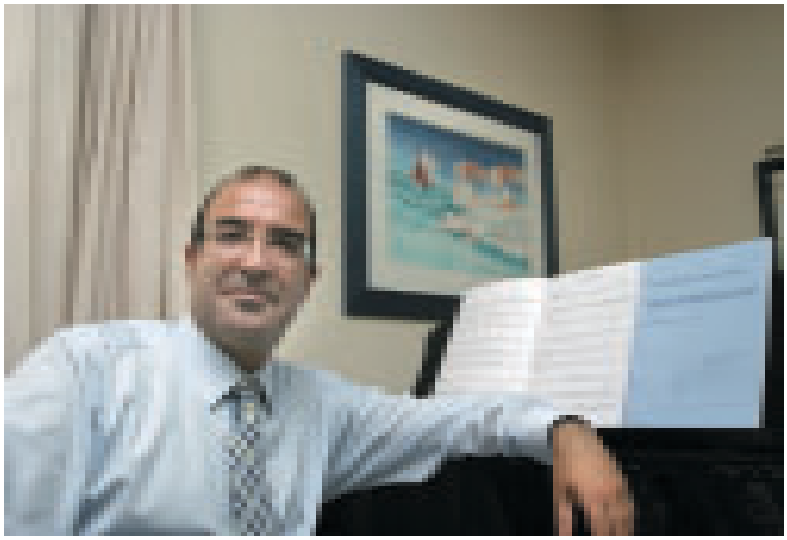


intrínsecas à Humanidade, à forma como nós muitas vezes agimos para sobreviver.
Apesar de já ter uma experiência de cinco anos, Paula Cruz só começou a expôr este ano. Ao longo deste tempo completou umas dezenas de obras, mas só agora estão a ser mostradas ao público:
– As coisas estiveram a crescer para depois serem divulgadas. Comecei por fazer uma mostra na Galeria João Lagoa, no Porto. Depois fiz duas exposições em Berlim. Inaugurei depois a da Ordem dos Médicos e depois sigo para uma exposição colectiva em Nova Iorque. Talvez ainda faça uma outra exposição em Lisboa, ainda este ano...
O mercado internacional é a grande aposta de Paula Cruz, que faz uma escolha criteriosa no estrangeiro:
– Para Nova Iorque apostei em trabalhos que poderiam comunicar melhor com o mercado internacional, o mercado poderoso e competitivo como é o norte-americano.
Para trás ficou também uma experiência muito positiva nas exposições de Berlim, na perspectiva de divulgação da obra de Paula Cruz.

nortemédico Texto **Rui Martins** ¥ Fotografia **António Pinto**

RUI SOARES DA COSTA,
MÉDICO E COMPOSITOR DE «MAR PORTUGUEZ»

«PROJECTO FOI MUITO BEM ACOLHIDO PELO PÚBLICO»



«MAR PORTUGUEZ» É O ÚLTIMO TRABALHO DO MÉDICO E COMPOSITOR RUI SOARES DA COSTA. O PROJECTO TEVE O APOIO DA FUNDAÇÃO FERNANDO PESSOA, FOI APRESENTADO NO MUSEU SOARES DE REIS A 10 DE JUNHO E "MUITO BEM RECEBIDO PELO PÚBLICO". DURANTE O INÍCIO DO PRÓXIMO ANO, PREPARA-SE PARA PERCORRER O TERRITÓRIO NACIONAL E O ESTRANGEIRO. MAS, AINDA DURANTE ESTE ANO, O TRABALHO VAI PODER SER OUVIDO NA CASA DO MÉDICO. O CD TAMBÉM ESTÁ PARA BREVE...

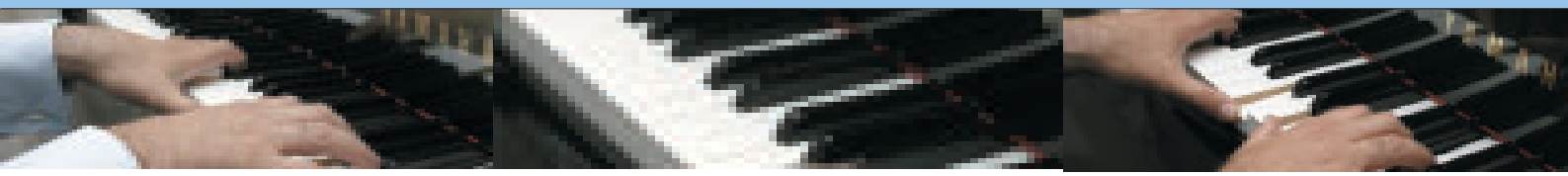
Tinha apenas três anos quando foi «descoberto» para a música, de forma fortuita. Na altura, Rui Soares da Costa descia a Travessa do Carregal trauteando uma canção, quando, à porta do antigo Conservatório de Música do Porto, a directora da instituição o ouviu. "Estavam a recrutar crianças para a introdução à música e, por isso, perguntou à minha mãe se não queria inscrever-me nessas aulas", conta. A mãe assentiu e foi a partir de então que a música entrou, definitivamente, no seu mundo e nunca mais saiu...

Só muitos anos mais tarde, apareceu o gosto pela medicina. Rui Soares da Costa tinha acabado o ensino secundário e tinha também de fazer a escolha para a formação universitária. A música era, sem dúvida, uma das hipóteses, pois estava certo de que esta era uma área que nunca queria abandonar. Chegou a ponderar a hipótese de abraçar a vida de artista, não como concertista, mas como regente de orquestra e compositor. Porém, para seguir o sonho teria de sair de Portugal, uma vez que, ainda hoje, não existe no nosso País um curso de regência. Além disso, em 1975, recorda, "a música era vista como um acto fascista e burguês. As orquestras estavam a ser extintas e, por isso, a música estava muito pouco presente".

Tentando ser o mais realista possível e querendo optar por algo que "gostasse", acabou por ingressar na Faculdade de Medicina do Porto. Sem esquecer a influência paterna – o pai também era médico –, Rui Soares da Costa decidiu escolher a especialidade de cirurgia. Porquê? "Porque gosto do contacto com as pessoas e de fazer qualquer coisa por elas. Dentro da medicina, a cirurgia tem a vantagem de me permitir ver a minha intervenção directa nos doentes a curto prazo", explica. Apesar das horas de estudo e das várias actividades naturais de um estudante, a música nunca deixou de estar presente na sua vida. Até porque a encara "como um complemento para manter o bem-estar psíquico".

Actualmente, aos 45 anos de idade, consegue ser médico e músico, apesar de "ser muito difícil" conciliar as duas vertentes. "Confesso que não é tão fácil como isso. Implica uma programação atempada dos tempos livres e, de vez quando, o sacrifício pessoal e da família que se vê sonegada da nossa presença", justifica. Toca piano e já experimentou o gosto de dirigir duas orquestras de cordas no Porto. "Inesquecível", classifica. Mas o caso de Rui Soares da Costa não é único. Por isso mesmo, formou um grupo com mais dois amigos médicos. Os «Medici Ensemble» já actuaram em diversos momentos e prometem continuar juntos.

Sem nunca deixar sair a música da sua vida – apenas não gosta de "heavy metal e rock da pesada" –, o cirurgião leva para os blocos operatórios os seus discos preferidos. Maioritariamente, refere, música clássica, "porque tem uma fluidez e tem outro sumo". Por isso, na sala do seu consultório, Rui Soares da Costa também não dispensa um mini-disc, de onde sai uma melodia harmoniosa. "Alguns doentes ficam muito contentes, porque também gostam, e nunca tive nenhum doente que não gostasse", garante. Foi com a música de fundo que começámos a nossa conversa…



(nortemédico) **– Como surgiu a ideia de pegar no texto da «Mensagem», de Fernando Pessoa, e começar a compôr a música?**
(Rui Soares da Costa) – Há 20 anos que tenho esta ideia. Em harmonia com o que vai permitindo a minha vida, tenho o hábito de musicar as palavras de poetas portugueses. Aliás, a 10 de Junho, o concerto do «Mar Portuguez», no Museu Soares dos Reis, foi apresentado não só com este trabalho, mas como uma súmula de várias obras que fiz para canto e piano que compreendeu obras de Luís de Camões, Almeida Garrett e Florbela Espanca. Inclusivamente, também estou a preparar um trabalho musical sobre Ary dos Santos que é um poeta do qual não gosto de toda a obra, mas que tem peças fabulosas, com uma cor fantástica nas palavras. De qualquer das formas, o concerto de apresentação do «Mar Portuguez» só foi possível dada a ajuda da Fundação Fernando Pessoa, a instituição que abraçou o projecto que apresentei. Ao mesmo tempo que apresentamos o trabalho ao público, lançamos também obra em formato de livro, numa edição que está à venda, com o mesmo nome. Além disso, para breve está prevista a gravação de um CD, com os 12 temas que compreendem a obra «Mar Portuguez» de Fernando Pessoa.

Quando compõe, como lhe surgem as ideias?
Este é um trabalho particular, porque peguei numa obra de Fernando Pessoa. Tinha um texto que me inspirou de alguma forma. É muito rico, já que evoca imagens poderosíssimas e ambientes que tentei, de alguma forma, reproduzir na música e interligar com o texto, de forma a criar uma obra uniforme. Modéstia à parte, acho que foi conseguido. Penso que está uma obra boa. Pelo menos foi bem recebida, quando foi apresentada. Por isso, posso dizer que este foi um trabalho cujo o texto influiu muito na música. Mas, isso nem sempre acontece. Quando temos música pura, é aquilo que vai dentro da nossa cabeça e todo o conhecimento das regras de harmonia e contraponto que não são, ao contrário do que algumas pessoas julgam, limitativas. Acho que as regras são uma orientação, depois o importante é saber quebrar as regras.

Já referiu que, para este projecto do «Mar Portuguez» obteve o apoio da Fundação Fernando Pessoa. Mas nem sempre é fácil encontrar este tipo de apoios no nosso País, pois não?
Até me considero com alguma sorte. Julguei que seria muito difícil reunir os apoios necessários para levar avante o projecto do «Mar Portuguez», uma vez que implica a realização de 11 concertos pelo País inteiro. Vamos seguir os caminhos do Infante D. Henrique. Vamos ao Porto, à Covilhã, Viseu, Coimbra, Lisboa, Sines, Lagos, Sagres, Ceuta e ilhas descobertas em tempo de vida do Infante, Madeira, Açores e Cabo Verde. Um programa deste tamanho implica verbas altas que só foram possíveis com o apoio da Fundação Fernando Pessoa. Foi mais de um ano de trabalho, mas tive sorte em encontrar um parceiro. No entanto, faço outras coisas. Sou sócio de uma editora de música, a «Renascimento Musical Edições, Lda», que se preocupa em recuperar o património português. Com o meu sócio, o maestro Ivo Cruz, tentamos recuperar a música portuguesa que ninguém conhece, porque não está editada. A nossa editora foi, por exemplo, a primeira a publicar áreas de ópera portuguesa. Temos feito um vasto trabalho de recuperação e de divulgação, mas os apoios para isso se fazer são terríveis. Já conseguimos publicar cerca de 50 panfletos, já recuperámos algumas obras nacionais de valor, algumas já foram executadas pela primeira vez em 200 anos. Isso dá-nos alguma alegria e algum orgulho, mas não deixa de ser um trabalho árduo.

E, na sua opinião, a que se deve essa dificuldade em encontrar apoios?
Portugal não tem uma escola de música. Vai-se a França, Alemanha, ou Áustria e eles têm orgulho nas peças. Toda a gente ouve falar em Bethoven, em Strauss ou em Ravel…. Eles continuam a fomentá-los e publicam-nos. No nosso País, as pessoas perderam o hábito de ir a concertos. Em França, por exemplo, a cidade de Lille (que tem mais ou menos o tamanho do Porto) tinha uma orquestra caduca. A câmara local resolveu apostar na orquestra e, para isso, contratou um maestro. Em cinco anos, a orquestra passou a ser convidada para o exterior, a gravar discos e tem todos os concertos da sua temporada preenchidos oito dias depois dos bilhetes serem postos à venda.

Porque é que decidiu optar por não tocar no concerto que contempla o trabalho «Mar Portuguez»?
Não quis tocar neste concerto, embora vá tocar na Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, porque sou médico e tenho muito orgulho nisso. É também uma forma de homenagear a Ordem e a minha classe. Mas, quando fiz o programa, não quis ser eu a tocar, quis apenas fazê-lo como compositor. Perdoem-me o egoísmo, mas quis gozar um bocado aquilo que fiz.

nortemédico Texto **Patrícia Gonçalves** ¥ Fotografia **António Pinto**

MAR PORTUGUEZ,
concerto para canto e piano
Programa

I PARTE
Sonetos de Luís de Camões
- Aqueles claros olhos que chorando ficavam…
- O céu, a terra, o vento sossegado…
- Aquela triste e leda madrugada…
- Correm turvas as águas deste rio…
- Mudam-se os tempos, mudam-se as vontades

Dois sonetos de Florbela Espanca
- Desejos vãos
- Vaidade

Folhas Caídas (excertos) de Almeida Garrett
- Barcarola
- Voz e aroma

II PARTE
Mar Portuguez
Música: Rui Soares da Costa
Soprano: Picky Resende
Pianista: Jaime Mota

PARA UMA HISTÓRIA MÉDICA PORTUENSE - XIII

DR. A. S. MAIA GONÇALVES

Dezembro de 1977, final do mandato de Eva Xavier, foi mês de eleições na Ordem dos Médicos, que se realizaram no dia 17.

Eleições muito especiais, e históricas, já que foram as primeiras a acontecer obedecendo ao novíssimo ritual dos recentemente aprovados novos Estatutos da Ordem dos Médicos. Foi, de facto, e curiosamente, nesse mesmo ano de 1977, ao fim de tantos anos, tanta canseira e tanta polémica, de tantas Comissões especiais e Conselhos Regionais que, com data de 18 de Junho, apareceram publicados esses novos Estatutos (Dec. Lei nº 282/77), ao que não faltou o parecer favorável do Conselho da Revolução, confirmando a sua constitucionalidade, consagrando a Ordem dos Médicos nos termos, na extensão e nas competências consideradas satisfatórias pela esmagadora maioria dos seus associados. Definitivamente arrumado, e a contento da maioria, ficou, pois, o controverso assunto, o "âmago", o "busilis da questão", que tanta tinta havia feito correr. Naquele mês de Junho de 1977, num dia caprichosamente memorável, algures entre o dia de Santo António e o de São João, ficou enterrado o velho, e cansado, cavalo da discórdia, que, assim, não mais poderia ser "montado" por quem pretendesse continuar a fazer dele "cavalo de batalha". Daquela batalha – porque outras batalhas, da mesma Guerra, se definiam no horizonte e se seguiriam a breve trecho. Era transparente.

Mas esse dia, muito para além de dia de enterro de coisas ultrapassadas, foi também dia de "nascimento" de uma novíssima Ordem dos Médicos. Nem exagero será afirmar que mais que um virar de página, foi um autêntico virar de volume. Uma NOVA ERA. Terem-no conseguido, após plebiscito nacional, em tempo de activo PREC declaradamente socializante, foi, compreensivelmente, sentido por aqueles dirigentes como verdadeiro troféu, vitória, motivo de regozijo geral. E de tal sorte o sentiram que o Conselho Nacional Executivo de 7 de Dezembro de 1978 deliberou, muito justamente, instituir o dia 18 de Junho como "O Dia do Médico".

Tal como nas eleições de 1975, nas de 1977 voltou a reinar o mesmo espírito de duelo entre duas listas candidatas e inconciliavelmente opostas. Uma (lista A) representada pelos continuadores dos últimos vencedores, a que chamarei de reformistas; e a outra, contendo os nomes, pelo menos alguns, e o espírito dos vencidos de 75, adeptos da rotura.

Analisando os números referentes à participação e divisão dos votos pelas duas listas candidatas, poderemos afirmar que desta vez houve:

1. Um número praticamente sobreponível de votantes (2.173 em 1975 e 2.129 em 1977).
2. Uma maior percentagem de votantes nos "vencedores" (de 1.680 em 1975 subiram, em 1977, para 1.740 – mais 60 apoiantes);
3. Uma franca redução dos que votaram na lista "perdedora" (de 446 em 1975, desceram para 265 em 1977 – menos 181 apoiantes).

Esta fria e objectiva linguagem dos números revela que a clivagem e o fosso entre as duas "linhas de força" se acentuaram a favor dos que já tinham vencido em 1975, e voltaram a ganhar em 1977.

Depois da conquista, em Junho de 1977, da oficialização da Ordem dos Médicos, nos termos que a maioria dos médicos desejavam, esta retumbante vitória da lista A, em Dezembro do mesmo ano, foi a chave que encerrou um ciclo histórico mas, simultaneamente, abriu as portas de uma nova esperança, novos compromissos e novas responsabilidades.

Todos os protagonistas desta vitória tiveram rosto, e é justo que os seus nomes constem nesta crónica, tanto a nível Regional como, o que aconteceu pela primeira vez, ao nível Distrital.

Para o Conselho Regional do Norte: Aníbal António Gil de Sousa Justiniano; António Germano de Pina da Silva Leal; António Luís Abranches do Canto Moniz; Artur Manuel Osório Morais de Araújo; Belmiro dos Santos Patrício; David Maurício da Costa Carvalho; Eva Miranda Xavier; José Guimarães dos Santos; José Maria de Mesquita Montes; José Remísio de Castro Lopes e Raúl Vasconcelos Nascimento Fonseca.

Para a Assembleia Regional do Norte: Bernardo Maria Pereira Teixeira Coelho; José Bárbara Branco; João Carlos Prazeres de Azevedo Franco e José Manuel Sanches Pinto Vasconcelos.

Para o Conselho Disciplinar Regional do Norte: António Queirós Marinho; Daniel dos Santos Pinto Serrão; José Cardoso da Silva; Maria da Conceição Fernandes Marques e Osvaldo Ferreira Bonifácio.

Para o Conselho Fiscal Regional do Norte: Jacinto Adriano Ferreira Alves de Magalhães; Álvaro de Almeida Guimarães e José Carvalho de Oliveira.

Da mesma lista A, vencedora, faziam ainda parte os nomes para as novas representações, a nível dos denominados Distritos Médicos (DM) de Braga, Bragança, Porto, Viana do Castelo e Vila Real de Trás-os-Montes.

• BRAGA • Assembleia Distrital – Presidente: João Afonso Brandão de Almeida; Vice-Presidente: Hélder da Costa Machado; Secretários: José Licínio Vieira Félix, Nuno Barroso Martins Pacheco. Conselho Distrital – Alberto da Silva Faustino de Andrade, Fernando António Carvalho de Andrade, José Álvaro Barbosa Ferreira, José Fernando de Lima, José da Silva Martins. Membro Consultivo ao Conselho Regional: José da Silva Martins.

•BRAGANÇA • Assembleia Distrital – Presidente: Maria Olinda Lopes Montanha; Vice-Presidente: Fernando António Neto Pires de Carvalho; Secretários: Francisco José Calejo Pires, José Hamilton Geraldes Coelho Ferro Beça. Conselho Distrital – António Francisco Urze Pires, António José Moreira Pires, José Aurélio Ferreira Mexedo Carvalho Machado, Mário Augusto Rafael, Simão Carlos Silva. Membro Consultivo ao Conselho Regional: António Manuel Caiado Ferrão.

• PORTO • Assembleia Distrital – Presidente: Miguel de Macedo Teixeira; Vice-Presidentes: Nuno Berrance Correia de Abreu, Rui Manuel Pimenta da Costa, Tiago Manuel Ferreira Delgado. Conselho Distrital – Agostinho Guilherme Pinto de Andrade, António Henrique Ramos Gameiro dos Santos, António de Sousa Antunes de Azevedo, Aurélio Jorge da Silva Macedo e Cunha, Maria da Graça do Carmo Fernandes da Rocha Reis. Membros Consultivos ao Conselho Regional: Amadeu José de Campos Costa; António Fernandes de Oliveira Barbosa Ribeiro Braga, António José Abreu Gomes da Silva, António José dos Santos Moreira da Silva, António Lourenço de Oliveira, António Nogueira da Rocha Melo, Carlos Fernando Vieira da Silva Torres, Ernesto Frederico Vieira Braga, José Carlos Carrilho Vieira Santos, Maria Natália Pereira Fortuna de Oliveira, Mário Leão da Cunha Ramos, Serafim António França Paranhos Gomes.

• VIANA DO CASTELO • Assembleia Distrital – Presidente: Alfredo Eduardo Lourenço Pinto; Vice-Presidente: Manuel Martins Borlido Laranjo. Secretários: António Jácome da Silva Ramos, Jorge Vieira de Lemos Pacheco Viana. Conselho Distrital – João António de Araújo Pimenta, João Alberto Serra Copeiro Granado, José Cruchinho Pina da Silva Leite Manuel. Joaquim Gonçalves Ribeiro Manuel José da Costa. Membro Consultivo ao Conselho Regional: José Maria Rodrigues de Carvalho.

•VILA REAL •Assembleia Distrital – Presidente: António Passos Coelho; Vice-Presidente: Camilo de Matos Silva de Araújo Correia; Secretários: Manuel António Cruz Gomes, Manuel Romão Melo Brás de Magalhães. Conselho Distrital – Armando Augusto Miranda de Carvalho, João Henriques Carvalhais dos Santos, José Manuel de Oliveira Abreu. Membro Consultivo ao Conselho Regional: José Monteiro de Carvalho.

Em flagrante contraste, a lista B, a lista perdedora, continha um número incomensuravelmente mais reduzido de nomes, pois apenas apresentava os candidatos aos órgãos Regionais, isto é: quatro elementos para a Assembleia Regional, onze para o Conselho Regional e três para o Conselho Fiscal Regional.

Do cabaz eleitoral fazia também parte, naturalmente, a eleição para o cargo de Presidente da Ordem dos Médicos, o Bastonário. Para esse cargo perfilaram-se Albino Aroso Ramos e A. Gentil Martins. Por razões burocráticas, a data teve que ser adiada para o dia 6 de Maio de 1978. Foi eleito A. Gentil Martins.

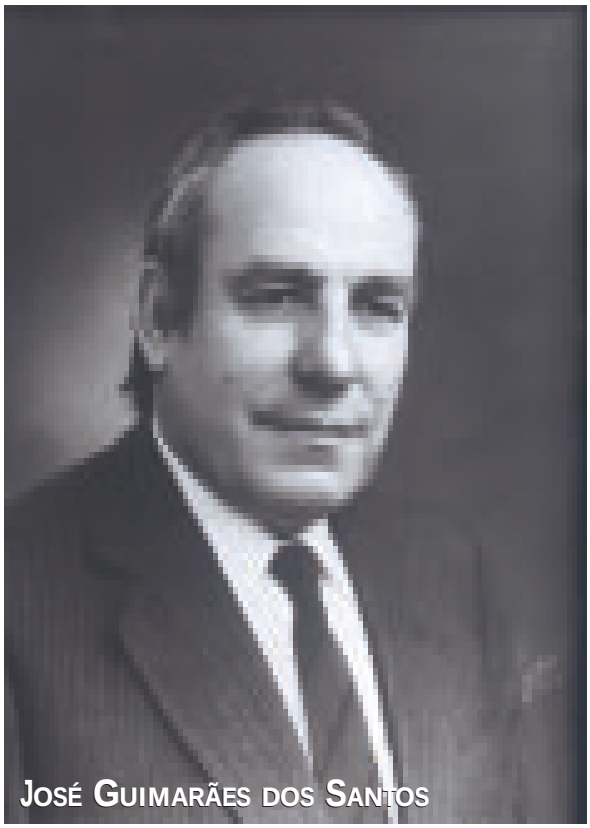
Toda esta imensa abrangência, tanto na mobilização como na efectiva participação nos diferentes órgãos do Poder (Regional e Distrital), que esteve na base da estrondosa e esmagadora vitória da lista dos reformistas, em 1977, esteve também, seguramente, na explicação da "estabilidade" que a seguir se instalou, traduzida na permanência de José Guimarães dos Santos na Presidência do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos durante os 3 mandatos seguintes, isto é desde os princípios de 1978 até finais de 1986.

Não referindo a sua participação no CR anterior, foram 9 anos consecutivos de estabilidade directiva (caso único na história deste CR), que permitiram a planificação e concretização de uma estratégia. Isso não significou, porém, que não continuassem a existir as dificuldades, para não dizer hostilidades, por parte dos Governos Constitucionais, de Lisboa, cuja instabilidade e mudanças frequentes constituíam uma das primeiras dificuldades negociais. A título de exemplo e apenas para corroborar o que digo, recordo que durante o curto período de tempo (3 anos) deste primeiro mandato de José Guimarães dos Santos sucederam-se cinco (5) Governos Constitucionais, cada um com o seu Ministério da tutela. Acrescento as datas das tomadas de posse para mais facilmente se poderem relacionar com os eventos que estamos descrevendo: desde o II Governo, de Mário Soares, que tomou posse em 23.01.1978; passando pelo III, de Nobre da Costa, que tomou posse em 28.8.1978; ao IV, de Mota Pinto, que tomou posse em 21.11.1978; ao V, de M. Lourdes Pintassilgo, de posse em 31.07.1979; ao VI, de Sá Carneiro que tomou posse em 03.01.1980.

Para o ouvir falar da sua experiência/passagem pela Presidência dos CRN da OM, José Guimarães dos Santos teve a amabilidade de me receber, desta vez, com promessas de outras futuras conversas, amabilidade que aqui agradeço penhoradamente.

Como sempre tenho feito com os anteriores, vou deixar um resumo do perfil profissional e humano de J. Guimarães Santos. Com pedido de desculpas, tenho que resumir muito, pois o seu curriculum completo daria, ele só, para muitas páginas desta revista.

José Guimarães dos Santos nasceu em 17 de Outubro de 1934 no lugar de Paçô, da freguesia de S. João de Ver, do Concelho de Santa Maria da Feira, filho de José Francisco dos Santos e de Palmira dos Santos Guimarães.



José Guimarães dos Santos

Frequentou o Posto de Ensino de Paçô, a Escola Primária de Santa Maria da Feira, o Colégio dos Carvalhos, o Liceu de Alexandre Herculano, no Porto, e a Faculdade de Medicina de Coimbra, onde se licenciou em Julho de 1958. Esteve nos Estados Unidos, onde o pai então se encontrava, e aí frequentou o Internato Geral do Schenectacly Hospital, de New York, o Internato de Cirurgia no City Hospital, o Mount Sinai Hospital de New York, foi Chefe de Residentes de Cirurgia e Fellow de Cirurgia no Hospital Mount Sinai, Monitor e Assistente do Mount Sinai Medical School e especialista pelo American Board of Surgery.

Foi director do Hospital Central Dr. Corvalho, em Dili, Timor, Chefe do Serviço de Cirurgia Vascular do Hospital S. Marcos, em Braga, Chefe de Clínica do Instituto Português de Oncologia, Presidente da Comissão Instaladora do IPO-Porto, Director do IPO-Porto e Membro da Comissão Coordenadora Nacional do IPO.

Membro Consultivo da Direcção da Sociedade Portuguesa de Oncologia, Membro Activo do *European Organization for Research and Treatment of Cancer*, Delegado de Portugal às Reuniões da União Internacional Contra o Cancro e da Associação Médica Mundial. É membro da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, Sociedade Portuguesa de Cirurgia, Sociedade Europeia de Oncologia Cirúrgica, Grupo Europeu de Linfáticos, Academia de Ciências de New York, entre outras.

Especialista em Cirurgia Geral e Cirurgia Vascular pela Ordem dos Médicos. Presidente da Comissão Organizadora das 1as Jornadas Internacionais de Oncologia, dos 1º e 2º Congressos Nacionais de Oncologia e do 6º Congresso Nacional de Medicina, entre diversos outros científicos.

Foi distinguido com várias condecorações, medalhas e prémios, entre as quais a Medalha de Mérito Municipal do Concelho de Santa Maria da Feira, atribuída pela Câmara Municipal em 1986.

Logo no começo do exercício do seu mandato, em 2 de Janeiro de 1978, foi feita a distribuição dos cargos pelos elementos seguintes: Presidente – J. Guimarães dos Santos; Vice-Presidente – Eva Xavier; Tesoureiro – Castro Lopes; Secretário – Raúl Nascimento da Fonseca; Secretário-Adjunto – Davide Carvalho.

De igual modo foram nomeados: a) Representantes ao Conselho Nacional Executivo: Guimarães dos Santos, Eva Xavier e Belmiro Patrício. b) Representantes ao Plenário dos Conselhos Regionais: Guimarães dos Santos, Artur Osório e Aníbal Justiniano.

Os membros Consultivos do Conselho Regional elegeram entre si um Coordenador com funções de dinamização e Previdência do seu Plenário, havendo, ainda, um secretário em regime de alternância. Como Coordenador foi eleito Amadeu Campos Costa.

Na mesma oportunidade foram criados os seguintes grupos de trabalho: Segurança Social: Mesquita Montes (Coordenador), Serafim Paranhos Gomes e Leão Ramos. Ensino e Educação Médica: A. Silva Leal (Coordenador), Canto Moniz e António Braga. Serviço Nacional de Saúde: Artur Osório (Coordenador), Eva Xavier, Lourenço de Oliveira e Moreira da Silva. Medicina Livre: Carlos Torres (Coordenador), Queirós de Faria, Amadeu Campos Costa, Gameiro dos Santos e Eurico de Almeida. Internato de Policlínicos: Davide Carvalho. Departamento Laboral: Belmiro Patrício.

Por tudo quanto ficou dito, o primeiro mandato deste novo CR, sob a esclarecida presidência de J. Guimarães dos Santos, foi igualmente o primeiro a pôr em prática, a experimentar a nova abrangência e a nova dinâmica conferidas pela entrada em funcionamento das novas estruturas orgânicas, nomeadamente os Órgãos Distritais, os Conselhos Consultivos e os Colégios das Especialidades.

Com os primeiros, o CR, tal verdadeiro centro neurológico supra-segmentar, procurou manter-se em contacto e sintonia permanentes, monitorizando-a fielmente, toda a "periferia".

Com os Colégios das Especialidades pretendeu imprimir uma elevada dignidade profissional dos médicos, assegurando aos titulares a universalidade da sua formação, "na convicção firme de que só essa elevada qualificação dos médicos poderia constituir paredão intransponível contra a mediocracia que se procurava institucionalizar no País".

Fôra já em 1977 – durante o mandato de Eva Xavier, portanto – que, por proposta de Guimarães dos Santos, a SRNOM elaborou um projecto de Regulamentação dos Colégios de Especialidades que depois acabou sendo aprovado, em Inter-Regional, como Regulamento-tipo que orientou a definição dos respectivos Regimentos, cuja aprovação final, na generalidade, se registou no último ano deste primeiro mandato, em 1980.

Uma vez assente uma tal estratégia de qualidade, ficou clara, flagrante, a insuficiência das instalações, na altura existentes na sede, onde tantos Colégios pudessem reunir e laborar, e haver lugar para Encontros e Congressos. A partir de então começaram a pensar em "mudarem-se".

Lembrou Guimarães dos Santos que, na altura, não havia na cidade nem instalações nem equipamentos capazes de albergar grandes reuniões ou Congressos, razão pela qual os primeiros projectos para essas novas instalações, ao quererem preencher essa lacuna, chegaram a tomar proporções grandíloquas, mas depois tiveram que retroceder para dimensões mais consentâneas. E, assim, foi a génese da actual e esplêndida "Casa do Médico". Cabe-me agora o dever de realçar a integridade moral de Guimarães dos Santos quando, na conversa que me concedeu, me afirmou que a aquisição desta Casa do Médico só foi possível graças à concorrência de várias circunstâncias favoráveis, mas também, e em grande medida, ao espírito de colaboração e solidariedade dos Conselhos Regionais de Coimbra e de Lisboa, o que nós, os do Norte, nunca deveremos esquecer.

O ano de 1978 ficou inolvidável pela "galvanização da Classe aquando da histórica jornada de luta de 13 de Junho de 1978". Iniciativa exclusiva e arrojada do CR do Norte (Coimbra e Lisboa desvincularam-se desta forma de luta), foi denominada de "suspensão temporária de trabalho" mas teve, no entanto, um êxito indiscutível tanto junto dos médicos como na aceitação da população em geral. Por deliberação do CR do Norte, o dia 13 de Junho – dia, portanto, da primeira greve na história da luta sindical dos Médicos Portugueses – passou a ser assinalado em toda a Região Norte como "O Dia do Médico Livre".

Ainda em 1978, foi criada a Especialidade de Medicina do Trabalho, procedendo-se às formalidades regulamentares para a atribuição do título por consenso.

Antes da entrada em vigor do Regulamento, realizaram-se, na SRN, exames para as seguintes Especialidades: um (1) para Anestesilogista, e 3 (três) para Cardiologista.

Dos já enunciados 3 grandes pilares para o livre exercício da Medicina (Estatutos da Ordem, Estatuto do Médico nos Serviços Oficiais de Saúde e o das Carreiras Médicas) ainda somente o primeiro tinha sido alcançado. Faltava muito que andar.

Entremeado nestes três pilares pairava o Serviço Nacional de Saúde (SNS), procurando impor-se e instalar-se nem que para tal tivesse que derrubar aqueles pilares. Por isso era vital que os dois primeiros se instalassem previamente, e a ordem cronológica entre eles não seria indiferente: depois de garantida a integridade da Instituição, como órgão colectivo, impunha-se de imediato garantir as qualidades tanto do profissional executante, o médico, como do produto do seu trabalho, isto é, a Medicina que os médicos iriam praticar, fosse "na privada" fosse nos Serviços Oficiais do Estado.

Por isso, a próxima batalha deveria ser a do Estatuto do Médico nos Serviços Públicos.

Nesta linha de pensamento, "o ano de 1979 constituiu um outro marco histórico na longa caminhada para a dignificação dos Médicos e da Medicina Portuguesa. Perante sucessivas negociações sem qualquer resultado, não restou à Classe Médica outra alternativa. A Secção Regional do Norte, já com experiência anterior no plano de luta sindical, liderou o processo e arrastou as restantes Secções Regionais. Apoiados na determinação inquebrantável dos médicos da Região Norte, levou-se a cabo, com pleno êxito, a mais longa greve médica da Europa (começou no dia 19 de Julho de 1979, conseguindo a adesão de mais de 90% dos médicos da Região Norte, prolongando-se até ao dia 26 de Agosto), forçando um poder político hostil a promulgar o Estatuto do Médico, bastião que uniu a Classe na luta contra uma funcionalização aviltante e na defesa de uma Medicina qualificada, humanizada e digna da Sociedade livre em que pretendemos viver".

No respeitante a novas Especialidades, o Conselho Nacional Executivo, deliberou, em 1979:

l – A aprovação, por consenso, dos primeiros Especialistas em Medicina do Trabalho;

2 – A criação da Especialidade de Medicina Interna;

3 – A fusão das Especialidades de Ginecologia e Obstetrícia.

Quanto ao número de exames de Especialidades na SRNOM, ao contrário dos parcos três (3) do ano de 1978, é de registar um surto elevado, em 1979, com 35 exames, e no ano de 1980 um número ligeiramente inferior: 31.

Em Janeiro de 1980 reapareceu, com o nº1, a Revista da Ordem dos Médicos. Mensal, com novas dimensões e novo aspecto gráfico. No Editorial da 1ª página de rosto, assinado pelo Bastonário António Gentil Martins, afirma-se que "pretende-se que esta Revista seja a tradução visível do valor da Medicina Portuguesa, da sua contribuição para a Medicina Universal e simultaneamente reflexo da capacidade e dos interesses sócio-profissionais de todos os médicos".

Em chegando ao final do seu primeiro mandato, em 1980, J. Guimarães dos Santos pôde, com toda a propriedade, escrever no respectivo Relatório Anual, entre outras coisas:

"Concluído o mandato referente ao triénio de 1978-1980, poderemos concluir com legitimidade que, apesar dos obstáculos e frustrações, foram atingidos muitos dos objectivos que nos propusemos concretizar:...

1 – Elaborar os Regulamentos dos Colégios de Especialidade que irão regularizar e padronizar o seu funcionamento;

2. Codificar e aprovar um Código Deontológico adaptado à evolução social e científica deste século;

3. Fazer promulgar o Estatuto do Médico;

4. Elaborar o projecto do SNS da Ordem dos Médicos;

5. Assinar as primeiras Convenções com os SMS, etc…

Contudo persistem sem solução adequada alguns dos problemas que mais preocupam a Classe Médica, nomeadamente a estruturação das Carreiras Médicas...".

REVISTA DA ORDEM DOS MÉDICOS

A LITURGIA DO TEMPO

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

PARTE VI

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.

A ÚLTIMA MANHÃ

Esta manhã parto sozinho
No comboio da ilusão
Vou rua abaixo
Ao longo do canal São Martinho
Para trás ficam os gritos os ais
Os estoiros no coração
Amarro-me ao granito dos cais
Ponho-me a boiar na imaginação
Alimento-me de cores
De cheiros
De rumores
De fugazes nevoeiros
E de peixes que saltitam
Nos anzóis dos pescadores
Faço-me embalar
Por canções que compus
Durante a noite
À luz de velhos lampiões

Esta manhã
Tudo me parece um hino à vida
Será do rio que corre
Livre e alegremente
Será das folhas
Que o Outono despeja
No cinzento da avenida
Será do vento
Que baila lento
Nos braços do arvoredo
Até os pombos me acompanham
Sem fome nem medo

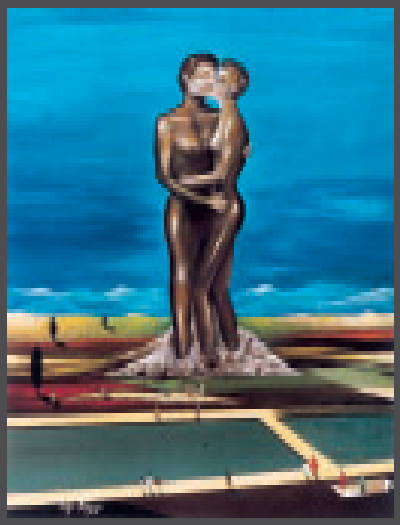
Esta manhã
A minha alma passeia
Cheia de todos os cansaços
É como uma estrela sem brilho
Ou um espelho em estilhaços
Ao longo do canal São Martinho
Ela passeia passeia
Mas não vive não existe
Esta manhã não parto
Alegre ou triste
Esta manhã parto sozinho

CHEGUEI

Observa o Sena
Que desliza
Sinuoso
Macio
Como a pele de uma mulher
Sereno
Sem uma brisa
A agitar-lhe a alma
E diz baixinho
À cidade que te escuta
Aqui me tens Paris
Venho para te conhecer
Para te conquistar
Com as minhas rimas de poeta

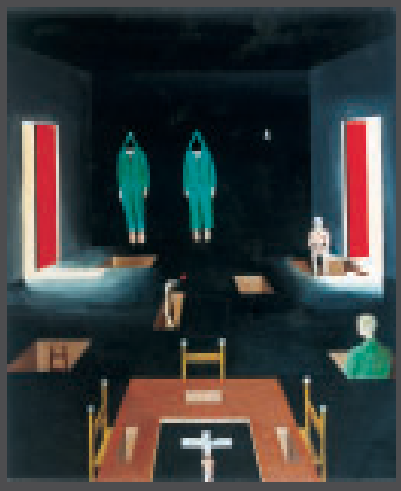
DESPERTAR

Acordo agora
Em manhãs alheias
A passear a alma
Para lá da memória
Por atalhos longínquos
Sou pedinte
Sou vagabundo
Viajo sem ter para onde ir
No interior de uma prisão
Grande como o mundo
Percorro as ruas
À procura de um rosto
Que me lembre a tua sombra
No umbral da minha porta
Chego às janelas de todos os palácios antigos
E olho para o coração de toda a gente
Que não chora como eu choro
Desesperadamente



TU E EU

Nada poderá separar-nos
Nenhuma ponte
Nenhuma barreira
Nem mesmo o mar
Ainda menos a palavra divina
Que dizem ser a fronteira
Entre a vida e o acabar
Nada poderá separar-nos
Meu amor
Minha esposa
Minha seiva eterna
Nenhuma força humana
Poderá impedir-me
De viver
E até de morrer
No chão da tua alma

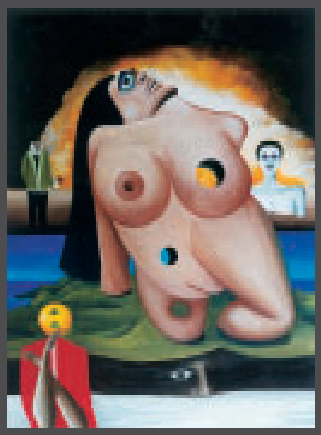


PARA SEMPRE

A minha dor
É angústia que rói em silêncio
É doença a espalhar-se pelo corpo
Lá onde a alma vai
É porta atrás de porta
A fechar-se entre ti e mim
Para sempre
É sol a morrer devagarinho
Entre as paredes da minha demência

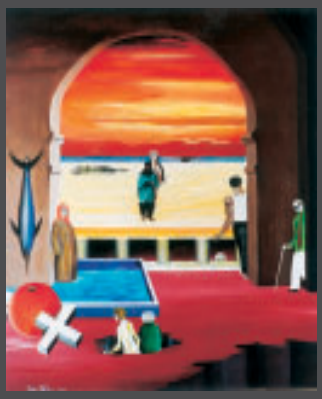
Amanhã as estações serão cinzentas e frias
E só haverá chuva
Chuva chuva chuva
Amanhã já não receberei notícias tuas
Mas vou ficar quieto e atento
Nos degraus da minha porta
Como um cão à espera do dono
E pensarei em ti noite e dia

Alguém
Talvez a senhora do andar de cima
Irá buscar-me livros à biblioteca
E a minha roupa à lavandaria
E andarei sempre limpo
Vestido de branco
De branco de branco de branco
O cansaço de esperar é tanto
Que deixo partir à deriva
O que resta das minhas forças
Já não sinto
Já não penso
Há no fundo de mim
Um desassossego que apavora
A estranha sensação de já estar morto
Seja como for
Irei de vez em quando passear
Lá em cima no meu quarto
Como se passeasse
Ao longo de um passeio florido
À beira-mar
E ao cair da noite
Um pouco antes
Quando o sol ainda hesita
Por detrás do horizonte
Sentar-me-ei na esplanada
Onde havia aquela orquestra
Que tocava as músicas de Gershwin
Ou caminharei na praia
Apoiado à bengala do último sonho
E os meus passos quase sem peso
Irão por caminhos que doem
Por tê-los percorrido outrora a teu lado



A meio da noite
Abrirei os enormes reposteiros azuis
Para olhar lá para o fundo do céu
À espera de um aceno teu
E haverá chuva
Chuva chuva chuva
Já não ouço senão o bater da chuva
A substituir em mim o bater do coração

Quando o sono se tornar pesado
Quando esse sono
Que é como tampa de caixão
Se tornar o meu estado em cada instante
Fecharei
Todas as portas do meu reino
E partirei sem olhar para trás



Deixarei na escuridão do meu quarto
As recordações mais felizes
O eco do teu riso e do meu choro
O reflexo dos meus desejos mais secretos

Amanhã estarei tão perto de ti
Que sentirei carnalmente
O teu sopro
Misturado com o da Morte

No meio sono
Já não ouço ruído de gente
Aqueles que por aqui passam
Ouço-os apenas
Na imaginação
Gente talvez
Mas como a das histórias que ninguém lê

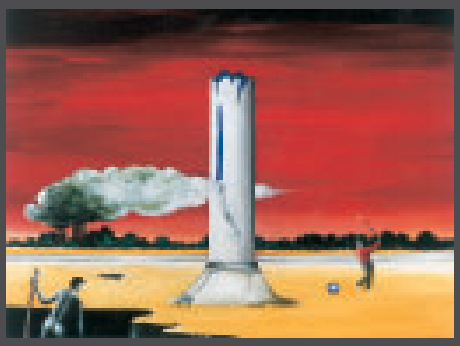
Agora tudo se apaga
Vou pé ante pé
Só há silêncios
Cada vez mais sono
A consciência ausenta-se
Dissolve-se no vácuo de um tempo
Surdo e opaco

Mais tarde
Num dia claro
Tão claro como neve sonhada
Reconhecerei nitidamente
A tua voz e o teu rosto
Terá chegado o momento de fechar o livro
De colar as páginas umas às outras
Todas as páginas sem excepção
Adormecerei com o livro sobre os joelhos
E de novo haverá chuva
Chuva chuva chuva

Ó meu amor
Como me transformei
Como me tornei frágil
Transparente
Branco branco como o olhar das nuvens

Ah! Se pudesses voltar
Levar-te-ia a essa esplanada
Fronteira única entre a terra e o mar
Escutaríamos uma vez mais as músicas
Que tanto embalaram os nossos sonhos
Em seguida iríamos ajudados pelo vento
Enfiar-nos no ventre do oceano
E nunca mais nos separaríamos

Mas não voltarás
E amanhã ou depois de amanhã
Estarei fora de tudo
Para lá dos limites do espaço e do tempo
Longe de qualquer enigma humano
Num território
Que sempre imaginei na minha carne
Banhado pelo meu sangue
Aí pela última vez
Escreverei o teu nome
Nos muros escuros
Escuros
Escuros
Escuros
Da eternidade



NUM DIA ESTRANHO

Num dia estranho
Cheio de um sol suspeito
Fugimos pela única porta possível
E fomos até ao mar
Onde vivemos felizes
Fora do mundo
Fora da vida

Nos lábios tínhamos apenas
O sabor do sal
E nos corações
O desejo de amar

Tudo o que vinha de ti
Misturei-o com as minhas dúvidas
Recebeste-me no teu ventre
Como num leito vasto e acolhedor
E acabei por esquecer a angústia e a dor

Penetraste a minha alma
Com palavras novas e vitais
Que tão bem sabias murmurar
Aos meus ouvidos
E pelo poder de uma voz
Da tua voz
Eu voltava uma vez mais
À ilha da minha infância

Será que ainda te lembras
Daquelas falésias
Que tinham um pé na praia
E outro pertinho do infinito?
Durante a noite
Arrancávamos segredos
A essa sombra multiforme
A esses estranhos colossos
Que tinham por vezes
Um rosto de estrela
De vaga
De vento
De criança
Como barcos aventureiros
Procurávamos um outro sol
Um novo horizonte
Bêbados de sal
Bêbados de amor
Éramos os navegadores
De um reino antiquíssimo
Em busca de algo
Que se busca
Quando o amor é mais do que amar

Ah quem sabe quem sabe
Se tivéssemos procurado bem
Teríamos talvez encontrado
Para além
De todos os oceanos
De todas as terras de homens
Um porto diferente
Sem barcos nem faróis
Um lugar único e prodigioso
Ou mais prosaicamente
Uma praia de areia fina
Só para nós os dois

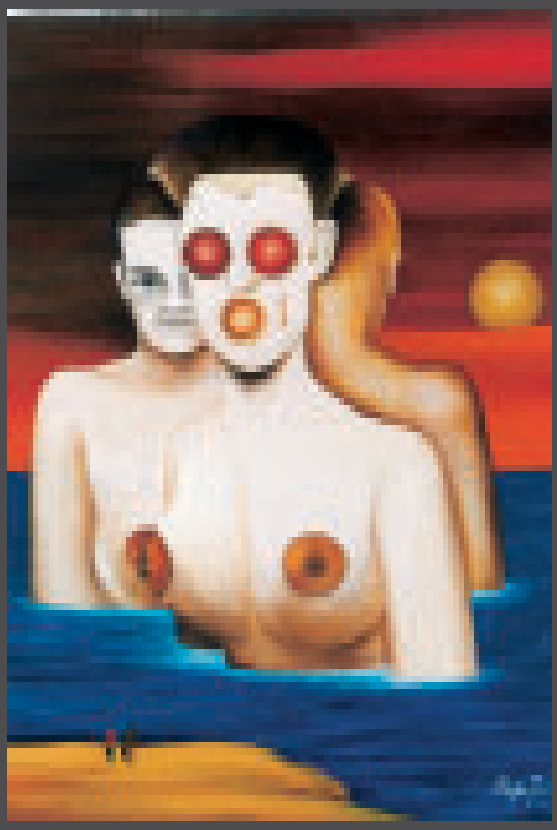
MEU AMOR

O meu amor
Quero-o divino
Indomável como o vento
Sem raízes nem barreiras
Viajante clandestino
Em países sem fronteiras
Nos confins do universo
Mas não longínquo
No sorriso dos meus lábios
Mas inexplicável

O meu amor
Quero-o misterioso
Irresistível
Sem falsos pudores
Totalmente imoral
Sem forma nem ideia
Absoluto como um ideal
Único como um sonho secreto
Eterno como uma fracção do tempo
Mas sem hora real

O meu amor
Nascerá no meu ventre
Longe de todas as dúvidas
À sombra bendita
De todas as árvores sobreviventes
Anunciado no canto matinal
De todas as aves do mundo

O meu amor
Levá-lo-ei recém-nascido
Até esse país de sol e de mar
Onde as estrelas
Se alimentam de mel e de sal
E onde lhe construí uma cabana
Como se constrói o altar
De uma catedral



MIRAGEM PRODIGIOSA

No fundo do poço
Onde vivem
Numa festa orgíaca
Todos os peixes dos oceanos
E onde por vezes o sal
Vivifica o mar
E a areia se torna
Poeira de astro
Receberás a forma de mulher
Extremamente bela
E o teu corpo sensual
Esfregar-se-á contra o meu
Até se transformar
Num charco de sangue
Fecundo como um sol

Puxarei em todas as direcções
Para norte para sul
Para leste e para oeste
As franjas do teu corpo
E parecerás imensa
Os teus braços à tua volta
Desenharão
Linhas confusas
Angustiantes
E o teu crânio
Erguer-se-á como um altar necessário

Colocarei por detrás da tua sombra
Um falo gigante
Protegido por uma couraça de betão
E em toda a tua pele fulgirão
Milhares de espelhos
De lâmpadas
De focos cintilantes

Assim nem mesmo o nevoeiro
Mais opaco
Poderá ocultar-te
E os olhos dos homens
Ao longo da costa
Distinguir-te-ão facilmente

Seja como for
Serás sempre
Uma miragem prodigiosa

3 DISCOS & 3 LIVROS

AS SUGESTÕES DA DEPUTADA ELISA FERREIRA

É DEPUTADA DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA PELO PARTIDO SOCIALISTA, PORTISTA E A PRIMEIRA MULHER A PARTICIPAR NA PÁGINA DE SUGESTÕES DA «NORTEMÉDICO». ELISA FERREIRA, TAMBÉM EX-MINISTRA DO GOVERNO DE ANTÓNIO GUTERRES, ACEITOU PARTILHAR COM OS LEITORES DESTA REVISTA ALGUNS DOS LIVROS E DISCOS QUE "VALEM A PENA"...

Música

CAMERATA BRASIL: *BACH IN BRASIL*

As 14 faixas de «Bach In Brasil» juntam o chorinho brasileiro aos contrapontos de Bach para acabar com os preceitos que dividem o popular do erudito. Coube ao norte-americano e dirigente da secção de clássicos da EMI inglesa, Gerald Seligman, reunir estes dois géneros. O resultado? Camerata Brasil, um grupo composto por oito elementos, onde se juntam o cavaquinho, bandolim, viola caipira, violão, guitarra de sete cordas, contrabaixo, pandeiro e percussão, conjuntamente com um pianista, um saxofonista e um violinista. O grupo interpreta sobretudo Bach e ainda alguns compositores populares, tais como Abel Ferreira (grande solista de clarinete e saxofone) e Pixinguinha (o virtuoso flautista e saxofonista, considerado o maior génio da história do choro). O Choro brasileiro teve a sua origem na música barroca e erudita trazida para o Brasil pelos portugueses, nascendo a partir de danças europeias (polcas e as "schotischs"), fundindo o estilo sentimental português e a força rítmica africana. A não perder…

HOWE GELB: *THE LISTENER*

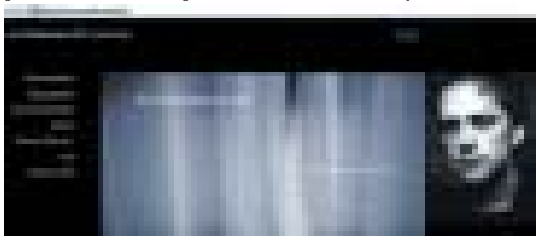
Howe Gelb regressa com o seu segundo álbum a solo, gravado na Dinamarca e nos EUA. «The Listener» transporta consigo as derivações da sua personalidade, tendo já conseguido os aplausos por parte de crítica. «Piango» e «Felonious», duas faixas deste disco, deixam transparecer traços de um Lou Reed, de um Thelonious ou de um Johnny Cash. Mas as notas conduzem-nos pela América de cactos e dos cowboys, salões de swing e cafés de blues. Com um percurso musical de duas décadas, Howe Gelb, músico e principal compositor dos veteranos Giant Sand, dos Band of Blacky Ranchette, dos OP8

(colectivo que junta os Giant Sand a Lisa Germano) já passou por Portugal e, segundo quem assistiu ao concerto, deixou o público perfeitamente encantado. O melhor é também não perder este CD…

TORD GUSTAVSEN TRIO: *CHANGING PLACES*

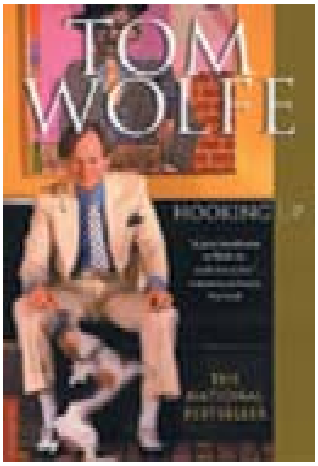
O som do pianista norueguês Tord Gustavsen já ganhou uma quantidade impressionante de reacções positivas em todo o mundo. «Changin Places» leva aos amantes da música melodias que encantam, canções de um frescor atraente, contudo sofisticado. Lançado na Noruega em Janeiro deste ano, o CD bateu o número de vendas, o que é raro para um álbum instrumental. Tord Gustavsen no piano, Harald Johnsen no contrabaixo e Jarle Vespestad na bateria são o trio responsável por «Changing Places». O disco, gravado em Oslo, é composto por 13 faixas e é revelador de um descomprometimento por parte dos músicos, em busca da beleza. O baterista Jarle Vespestad é sentido como o que de melhor se ouve durante muito do tempo, enquanto o baixista Harald Johnsen fornece uma sustentação encantadora.

No excelente site do artista (www.tordg.no/trio/) pode encontrar, para além de uma biografia e excertos de críticas, algumas amostras das suas músicas. Faça-lhe uma visita.

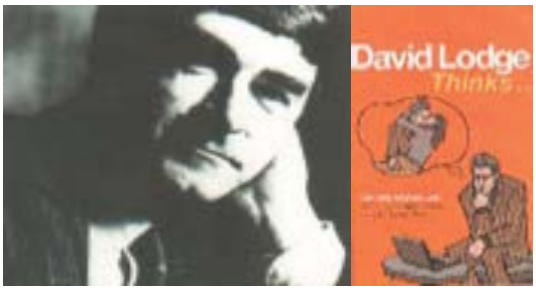


Livros

Tom Wolfe: *Hooking Up*



Tom Wolfe nasceu em 1931 na cidade de Richmond, em Virgínia, nos Estado Unidos, mas foi em Massachusetts que, em Dezembro de 1956, iniciou a sua carreira de jornalista no «Springfield Union». "Contador de histórias da vida real", Tom Wolf faz parte da corrente do «novo jornalismo» americano, provando que o jornalista não é um mero observador dos factos, mas uma verdadeira personagem nas situações que descreve. Por isso, nos seus romances, o escritor não renega a sua carreira profissional. Depois de cerca de uma dezena de livros editados, «Hooking Up» é uma das suas mais recentes obras. Publicado em 2000, reúne um conjunto de textos e histórias sobre as mudanças que ocorreram nos últimos anos na sociedade americana, com diversos temas, desde a sexualidade dos jovens, a genética e neurociência, ao nascimento do Silicon Valley, à crise da arte e ao que ele chama "senilidade azeda dos intelectuais de esquerda". Ou seja, tal como nas habituou em «A Fogueira das Vaidades» ou «Um Homem em Cheio», Tom Wolf insiste no tom provocatório e corrosivo, carregado de ironia. O retrato da América de hoje é traçado por um dos mais mediáticos e controversos escritores deste país.



David Lodge: *Pensamentos Secretos*

«Pensamentos Secretos» conta a história de um homem que sabe o que quer. Ralph Messenger é director do prestigiado Centro de Ciências Cognitivas «Holt Belling», da Universidade de Gloucester e, por isso, é amplamente solicitado como referência incontornável no desenvolvimento da inteligência artificial e no estudo da consciência: "a última fronteira da investigação científica". Prestes a atingir os 50 anos, Ralph Messenger tem motivos para se sentir satisfeito, graças ainda à fortuna da mulher, Carrie, com quem tem um acordo tácito, dada a sua conhecida faceta de mulherengo: a normalidade é mantida, desde que as suas aventuras não invadam o território dela. É nesta parte da história que aparece Helen Reed, uma escritora famosa que ainda chora a dor da morte súbita do marido. Atraído por Helen, Ralph usa a sedução do seu trabalho para fascinar a escritora que, a todo o custo, tenta resistir. Porém, as reservas existentes são pulverizadas por uma série de acontecimentos e descobertas que confirmam de forma dramática toda a verdade contida numa frase de Ralph: «Nunca podemos saber ao certo o que a outra pessoa pensa». Crítico e romancista, David Lodge foi professor universitário, em Inglaterra, durante 10 anos. Em «Pensamentos Secretos», o escritor orquestra um romance de ideias inesquecíveis, proporcionando uma reflexão cultural séria.

João Ubaldo Ribeiro: *Miséria e Grandeza do Amor de Benedita*

As 115 páginas da «Miséria e Grandeza do Amor de Benedita» chegaram à editora do baiano João Ubaldo Ribeiro por e-mail, e foi também em formato electrónico que o livro esteve disponível aos leitores, durante os primeiros cinco meses de vida. Foi a primeira vez que o Brasil viu o lançamento de um peso pesado da literatura brasileira ser produzido exclusivamente para a Internet. E quem não conseguiu esperar pelo livro em folhas de papel, teve de desembolsar quatro reais (menos de um euro e meio) para conseguir saber o que se passava no segundo capítulo do livro. João Ubaldo Ribeiro já vendeu mais de 800 mil livros no Brasil.

«Miséria e Grandeza do Amor de Benedita» conta a história de Deoquinha Jegue Ruço, e versão nordestina de um Don Juan, casado com a ingénua Benedita, esposa exemplar e compreensiva que perdoa as incontáveis aventuras amorosas do marido. A juntar ao humor, o escritor introduz na sua obra o suspense, exactamente quando Deoquinha aparece morto na cama de uma de suas amantes. É a morte da personagem central que dá partida à narrativa e que reconstrói a trajectória desse conquistador, pai de vários filhos bastardos. Mas é a figura quase mítica de Benedita que motiva toda a intriga, contrariando as prováveis expectativas com um final surpreendente…

nortemédico Texto **Patrícia Gonçalves**

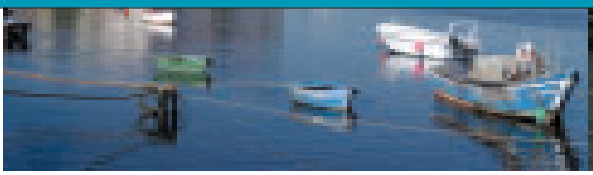
«VIAJAR COM...» OS CAMINHOS DA LITERATURA

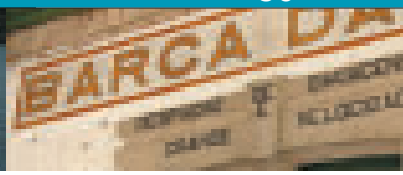
Imagine-se a viajar pelo Norte de Portugal guiado pela mão experiente e mágica dos nossos escritores. Imagine-se, simultaneamente, a viajar por dentro dos caminhos da literatura, descobrindo paisagens, cores e sons que eles nos deixaram. Pois bem, a imagem pode tornar-se bem mais real a partir do próximo ano, quando os roteiros «Viajar com…» estiverem disponíveis nas livrarias portuguesas.

Os escritores escolhidos são 10. Aquilino Ribeiro, Camilo Castelo Branco, Eça de Queiroz, Ferreira de Castro, Guerra Junqueiro, João de Araújo Correia, Miguel Torga, José Régio, Teixeira de Pascoaes e Trindade Coelho são tidos como referências incontornáveis na literatura nacional. As suas obras são testemunhos vivos da História portuguesa, retratando, de uma forma ou de outra, a cultura dos nossos antepassados. Mas o projecto da Delegação Regional da Cultura do Norte pretende ir para além das palavras, valorizando o pormenor, as referências culturais e geográficas que permitem seguir os passos do escritor. Por isso, «Viajar com…» pretende ser um meio de divulgação do património cultural da região Norte de Portugal através da vida e da obra de autores portugueses, alertando para os monumentos, paisagens, produtos, hábitos e costumes que são evidenciados na escrita. Através dos roteiros pretende-se promover os recursos culturais da região Norte de Portugal e contribuir para a sua potenciação socioeconómica, com base numa lógica de cooperação entre entidades que desenvolvem as suas actividades no domínio do Património e da Literatura, com forte suporte nas tecnologias da informação e das comunicações.

INICIATIVA JUNTO DAS ESCOLAS

Helena Gil é a responsável pelo projecto e não esconde o entusiasmo com que se envolveu na iniciativa. A ideia dos roteiros, explicou à revista «nortemédico», surge na sequência de uma experiência realizada junto das escolas. O primeiro passo era divulgar o livro e promover a leitura junto da comunidade educativa. “Tivemos o envolvimento de mais de 600 professores. Promovemos uma série de iniciativas pelos estabelecimentos de ensino, produzimos cartazes e 10 desdobráveis sobre 10 autores portugueses”, relata. Os resultados alcançados, revela, “excederam as expectativas” e “os contactos desenvolvidos junto de várias entidades, nomeadamente as autarquias, serviu para aprofundar ideias e perceber as potencialidades que a relação da Literatura/Património representa”. Assim, e em simultâneo com várias entidades – desde a Casa Museu José Régio, até à Fundação Eça de Queirós, passando pela Fundação Calouste Gulbenkian, até ao Ministério da Educação –, foi possível abraçar “um projecto mais consistente”.





Aquilino Ribeiro lançado

«Viajar com… Aquilino Ribeiro» é o primeiro fruto de um longo e árduo trabalho. Foi o primeiro roteiro a ser editado e, à semelhança do que vai acontecer com os restantes, possui diversos excertos das obras mais conhecidas do escritor, como «Cinco Réis de Gente» ou «Um Escritor Confessa-se». O segundo, de José Régio, está pronto a ser lançado, esperando-se que, até Dezembro, todos os roteiros estejam disponíveis.

A primeira fase de edição dos roteiros, como referiu Helena Gil, será restrita e apenas destinadas às câmaras municipais, escolas e a entidades sem fins lucrativos, onde, obviamente, os livros podem ser consultados, mas nunca comercializados. No entanto, após a conclusão do projecto, "é possível que já no primeiro trimestre do próximo ano, todos os roteiros comecem a ser comercializados, dado o potencial interesse que terá para a população portuguesa". "Queremos reforçar a acção junto das escolas e comunidades educativas e também, junto do público em geral e dos visitantes da região", acentua a responsável pelo projecto, acrescentando que esta iniciativa poderá trazer um impacto "profundo" na região.

Página na Web

Mas a Delegação Regional da Cultura do Norte não quer ficar pelo papel. Preparado está também uma rede que será estruturada com base na telemática, tirando partido das actuais capacidades que as tecnologias da informação e das comunicações disponibilizam. A página na Web já está disponível. Segundo Helena Gil, "qualquer cidadão pode visitar de forma simples essas páginas onde existe toda a informação relativa às actividades culturais que existem em todo o Norte do País". A ideia, aponta, "é implementar uma lógica de cooperação e de troca de experiência que corresponde a uma necessidade sentida por todos os participantes e que possibilitará pensar e estruturar a actividade das associações com base em premissas ao nível regional". Para isso basta apenas escrever o endereço: www.viajarcom.org

nortemédico Texto **Patrícia Gonçalves** ¥ Fotografia **António Pinto**

Em destaque… Miguel Torga e João Araújo Correia

Miguel Torga e João Araújo Correia são dois dos escritores escolhidos para dar forma aos roteiros promovidos pela Delegação Regional da Cultura do Norte. Mas para além de partilharem o gosto pela escrita, ambos possuem a particularidade de se terem licenciado em Medicina. A «nortemédico» foi saber um pouco mais sobre eles…

Adolfo Correia Rocha nasceu em 1907, numa pequena aldeia do concelho de Sabrosa (S. Martinho de Anta), no distrito de Vila Real. Serviu numa casa rica de uns senhores da sua aldeia, passou pelo Seminário de Lamego e, com apenas 13 anos, foi mandado pelos pais para o Brasil para trabalhar na fazenda de um tio paterno, a Fazenda de Santa Cruz, no Estado de Minas Gerais, onde passa a maior parte da adolescência. Em 1925, regressou a Portugal, onde concluiu o liceu e acaba por se matricular, três anos depois, na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Em 1939 decide montar consultório em Leiria. Apesar dos momentos mais conturbados, a vida levou-o novamente para a cidade onde tirou o curso. Em Coimbra abriu consultório no Largo da Portagem, onde exerceu a especialidade de otorrinolaringologia durante mais de cinquenta anos. Homem de hábitos, ia todos os dias ao consultório, de eléctrico ou de trolley, passando primeiro pela tipografia ou pelas livrarias da Baixa, e detendo-se na Central, e mais tarde no café Arcádia, onde se juntava a uma pequena tertúlia. Com vista sobre o rio e a cidade, o consultório era a sua "janela" sobre o mundo. O homem que escolheu o pseudónimo de Miguel Torga para deixar ao mundo, em verso ou em prosa, títulos como «Criação do Mundo», «Orpheu Rebelde», «Diário» ou, simplesmente, «Portugal».

João Araújo Correia nasceu na Régua, mais precisamente em Canelas do Douro, em 1899. Em mais de oitenta anos, bem contados como escritor e médico (e, de passagem, assinale-se que foi sepultado em Canelas do Douro em 1 de Janeiro de 1986, quando completava exactamente nesse dia 87 anos de idade), a sua criação literária, repartida pela crónica, novela, conto, temas linguísticos, notas camilianas e colaboração regular em jornais e revistas sempre foi uma constante. Autor de «Folhas de Xisto» e de «Contos Durienses» foi considerado como um dos escritores mais puros e classicistas na arte de escrever e de contar. Narrador de excepcional virtuosismo literário, João de Araújo Correia modela em pequenos pedaços de prosa as pessoas, os lugares e as coisas à sua imagem e semelhança. Homem que sempre se manteve ligado ao seu povo duriense, existem na sua obra páginas e páginas de prosa, barroca por vezes, mas por onde perpassa de modo fulgurante laivos de profundo humanismo, porque as suas histórias, folhas caídas de uma árvore que não envelhecera, mantêm essa inconfundível característica de vida vivida em todos os planos.

SECÇÃO REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS

INFORMAÇÃO INSTITUCIONAL

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

1 – FORMAÇÃO MÉDICA

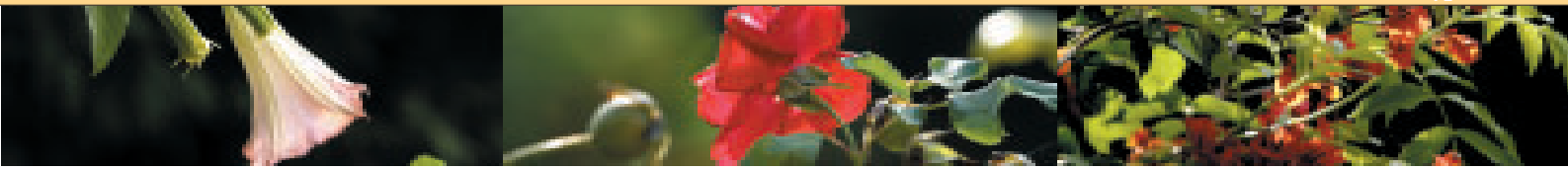
1 – A propósito da nova legislação sobre internatos, o CRN emitiu os comunicados que constam dos DOCUMENTOS A E B, incluídos no dossier especial "Relações com o Ministério da Saúde" (pág. 66).

2 – Face à revogação do Despacho do Coordenador da Sub-Região de Saúde do Porto, que mereceu uma referência elogiosa no número anterior (número 15 da nortemédico), o CRN enviou aos médicos de Medicina Geral e Familiar e aos órgãos de comunicação social a informação que consta do DOCUMENTO C (dossier "Relações com o MS", pág. 67).

3 – O CRN emitiu a Nota de Imprensa que consta do DOCUMENTO D (também incluído no dossier "Relações com o MS", pág. 67) elogiando a decisão do Senhor Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde de ter acolhido a posição da Ordem dos Médicos de proceder ao alargamento do tempo de formação do internato complementar da especialidade de Saúde Pública para 48 meses.

2 – DISCIPLINA, ÉTICA E DEONTOLOGIA

1 – Na sequência do encontro promovido pelo Conselho Regional do Norte com a ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS MÉDICOS DA CARREIRA HOSPITALAR, a AS-



SOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS MÉDICOS DE CLÍNICA GERAL, a ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS MÉDICOS DE SAÚDE PÚBLICA, a FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS e o SINDICATO INDEPENDENTE DOS MÉDICOS, objecto de notícia na página 22 desta revista, foi elaborado o Comunicado Conjunto que consta da página 23.

2 – O CRN homologou a constituição da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital da Prelada, cujos membros são os seguintes: Dr. Estêvão Samagaio (Presidente), Dr. António Meireles (Vice-Presidente), Padre António Pinto, Dr.ª Guiomar Fontes, Dr.ª Manuela Pereira Leite, Dr.ª Cláudia Rocha e Enf. Lígia Oliveira.

3 –O CRN homologou a constituição das Comissões de Ética para a Saúde das seguintes unidades de saúde: Centro de Hemodiálise da Santa Casa da Misericórdia de Vila Verde, Centro de Hemodiálise da Santa Casa da Misericórdia de Vila Nova de Gaia, Unidade de Hemodiálise da Santa Casa da Misericórdia de Santo Tirso, Unidade de Hemodiálise da Misericórdia de Guimarães e Dinefro, Diálises e Nefrologia SA. Os membros destas comissões são os seguintes: Prof. Doutor Levi Guerra, Prof. Doutor Jorge Polónia, Prof. Doutor Jorge Lume, Dr. Fernando Carbó, Frei Bernardo Domingues, Dr. Gonçalo Correia da Silva e Enf. Margarida Silva Vieira.

3 – ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

1 – O CRN emitiu o Documento 1 (pág. 42), no sentido de alertar todos os médicos quanto à necessidade de, de acordo com o Código Deontológico dos Médicos, cumprirem a Tabela de Nomenclatura e Valor Relativo de Actos Médicos.

2 – O CRN deliberou patrocinar a proposta dos colegas António Marques, John Rodrigues Preto, Renato Bessa de Melo e Salvador Massada, constante do Documento 2 (pág. 43), relativamente à organização de um Sistema Integrado de Trauma. Para integrar o grupo de trabalho, que permita executar aquela proposta, foi solicitada a colaboração das Direcções dos Colégios de Anestesiologia, Cirurgia Geral e Ortopedia e às Comissões Técnicas da Sub-Especialidade de Medicina Intensiva e da Competência em Emergência Médica. O CRN acompanhará o desenvolvimento deste projecto através da Assessora do CRN, Dr.ª Maria José Machado Vaz.

3 – O SIM enviou para conhecimento do CRN a posição do Provedor de Justiça relativamente à duração do trabalho semanal dos médicos e que este enviou ao Senhor Ministro da Saúde (Documento 3; pág. 43). Aquela demonstra a razão que assiste aos médicos bem como a absoluta incoerência do Ministério da Saúde.

4 – Um conjunto de médicos da Maternidade Júlio Dinis interpôs recurso suspensivo de uma deliberação do Conselho de Administração da ARS-Norte e do Conselho de Administração daquela unidade Hospitalar, relativamente à prestação de trabalho extraordinário. O Tribunal Administrativo do Círculo do Porto deu provimento àquele recurso suspendendo a eficácia da deliberação daqueles Conselhos de Administração. Pela sua relevância jurídica, técnica e política transcreve-se, no Documento 4 (pág. 44), o texto do acórdão daquele tribunal.

5 – Face às disparidades e incongruências dos números divulgados por diversas entidades relativamente ao PECLEC (Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas), o CRN enviou ao Senhor Ministro da Saúde o ofício que consta do Documento E (destacado no dossier "Relações com o MS", pág. 68). Tendo em conta a ausência de qualquer resposta do Senhor Ministro da Saúde, o Conselho Regional divulgou em conferência de imprensa o texto que consta do Documento F (também no dossier "Relações com o MS", pág. 68) e deliberou deixar de comparecer às reuniões da Comissão de Acompanhamento do PECLEC que funciona no âmbito da ARS-Norte. Na sequência de números fornecidos pelo Senhor Ministro da Saúde onde se comprova o fracasso do referido programa, o CRN realizou uma conferência de imprensa onde foi divulgado o Documento G (dossier "Relações com o MS", pág. 69).

6 – Na sequência do debate parlamentar realizado com o Senhor Ministro da Saúde relativamente às consequências da vaga de calor que atingiu o País, o CRN emitiu o comunicado que consta do Documento H (dossier "Relações com o MS", pág. 70).

7 – O CRN nomeou para integrarem a Comissão de Verificação Técnica de Medicina Física e Reabilitação os colegas Abílio Mendes Silveira, Maria Helena Fecha Duro, Jorge Silva Moreira, Maria Luísa Patrício, Maria Manuela Gonçalves Silva, Maria Beatriz Alves Sá, Fernando Pontes e Jorge Manuel São Bento.

8 – O CRN nomeou para integrarem a Comissão de Verificação Técnica de Radiodiagnóstico os colegas Abel Salgueiro, António Miranda Rodrigues, Cármen Nogueira, Jorge Santos Oliveira, Maria do Carmo Ferreira Vasconcelos, Pedro Varzim Miranda e Pedro Bicho.

4 – POLÍTICA DO MEDICAMENTO

1 – O Conselho Nacional Executivo aprovou o parecer do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas relativo ao novo modelo de receita médica que consta do Documento 5 (pág. 48).

2 – Face à deliberação do INFARMED de retirar do mercado um lote do medicamento genérico ácido Acetilsalicílico Ratiopharm, 100 mg, comprimidos, o CRN divulgou em conferência de imprensa o Documento 6 (pág. 49).

3 – Pela sua relevância, e com a devida vénia ao Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, transcreve-se no Documento 7 (pág. 49) o parecer do Jurista daquele Conselho Regional relativamente ao novo modelo de receita médica o qual é absolutamente subscrito pelo CRNOM.

5 – ORGANIZAÇÃO REGIONAL

1 – A Universidade Fernando Pessoa realizou, a pedido do CRN e sem quaisquer encargos para a Ordem dos Médicos, um inquérito de opinião, anónimo, a 464 médicos pretendendo avaliar o grau de consonância dos médicos da região Norte com o programa e estilo de actuação dos Corpos Gerentes da SRN. Os resultados desse inquérito resumem-se nas páginas 52 e 53 desta revista.

Doc. 1

CELEBRAÇÃO DE CONTRATOS DE CONVENÇÃO E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

– DELIBERAÇÃO DO CRNOM –

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, com o contributo de vários colegas que têm vindo a expressar as suas preocupações sobre a matéria referenciada em epígrafe, entende produzir uma reflexão relativamente à celebração de contratos de convenção e prestação de serviços médicos e à necessidade do cumprimento da tabela de nomenclatura e valor relativo de actos médicos (TNVRAM) aprovada pela Ordem dos Médicos.

Independentemente do juízo de valor que cada um possa fazer quanto à sua adequação absoluta ou relativa, no contexto de inovações técnicas e tecnológicas em crescimento permanente e do aparecimento de novos modelos de organização dos serviços de saúde (públicos, privados, cooperativo, mutualista ou social), certo é que a referida tabela é um indicador técnico precioso que se repercute nos planos ético e deontológico da actividade médica.

Neste contexto, importa fazer uma reflexão pedagógica quanto à necessidade de cumprir com os valores mínimos estabelecidos na TNVRAM e fundamentar essa reflexão de acordo com articulado do Código Deontológico dos Médicos.

Não pretende o CRN dificultar minimamente a celebração de quaisquer acordos dos médicos com entidades terceiras, mas simplesmente salvaguardar a qualidade técnica dos actos praticados e, deste modo, a excelência dos cuidados prestados aos doentes. Esta excelência é, do nosso ponto de vista, indissociável da dignidade e dignificação da profissão médica e torna-se obrigatória à luz do enquadramento ético e deontológico vigente.

Na verdade, nos termos do artigo 26º do Código Deontológico o "**médico que aceite o encargo ou tenha o dever de atender um doente obriga-se por esse facto à prestação dos melhores cuidados ao seu alcance**". Todos concordaremos que, a menos que o médico aja dolosamente, esta disposição não faz depender, no estrito âmbito da actividade clínica, a qualidade e qualificação dos serviços prestados da remuneração auferida ou a auferir. Contudo, é fácil demonstrar que, no exercício de actividades médicas que exijam elevados investimentos em equipamento e tecnologia e que deles dependam, a qualidade dos actos pelos quais o médico é evidentemente responsável é incompatível com o exercício de actos em que a prática de custos reduzidos, em vez da qualidade, passa a ser o critério principal. É, aliás, este o sentido do artigo 28º do Código Deontológico que estabelece que "**o médico deve procurar exercer a sua profissão em condições que não prejudiquem a qualidade dos seus serviços e da sua acção**".

Uma lógica de prestação de cuidados médicos baseada na angariação de doentes e no lucro a qualquer preço colide, obviamente, com o preceituado no artigo 6º do Código Deontológico já que este prevê que "**o médico não deve considerar o exercício da Medicina como uma actividade orientada para fins lucrativos, sem prejuízo do seu direito a uma justa remuneração**".

A aplicação do princípio da justiça, no exercício da actividade médica, é, evidentemente, um princípio de aplicação multilateral que abrange, como vimos, os direitos de cada médico, mas também os deveres de cada médico perante os doentes e os deveres de cada médico para com os seus pares. Por isso, o Código Deontológico prevê, no seu artigo 81º, que "**as tabelas de honorários aprovadas pela Ordem dos Médicos devem constituir a base do critério de fixação de honorários**" ainda que atendendo "**à importância do serviço prestado, à gravidade da doença, ao tempo despendido, às posses dos interessados e aos usos e costumes da terra**". Ainda que tais variáveis se refiram especificamente à relação directa médico-doente que não passa por quaisquer entidades intermediárias contratantes, a contemplação daquelas, no âmbito deontológico, visa, objectivamente, a protecção de todos os doentes.

Os deveres de cada médico perante os seus colegas e perante os doentes decorre, ainda e exemplarmente, da concorrência dos Artigos 26º (acima citado) e do Artigo 82º quando este define, com evidente simplicidade, que "**o médico não deve reduzir os quantitativos dos seus honorários com o objectivo de competir com os Colegas, devendo respeitar os mínimos consignados nas tabelas referidas no Artigo 81º**".

A necessidade de garantir o cumprimento das disposições do Código Deontológico a que nos referimos está ainda expressamente consignada nos Artigos 123º e 124º do mesmo Código. Deste modo, prevê o Artigo 123º, no seu n.º 1, que "**o exercício da Medicina em instituição pública, cooperativa ou privada, deve ser objecto de contrato escrito, devendo ser remetido um exemplar ao Conselho Regional da Ordem dos Médicos da área de inscrição do Médico**" e no seu n.º 3 que "**o estatuto profissional do médico em instituição prevista nos números anteriores não pode sobrepor-se às normas da deontologia profissional nem aos deveres que para ele resultam da relação Médico-Doente**". É, pois, no sentido de garantir o cumprimento da ética e da deontologia médicas que o Código Deontológico dos Médicos prevê, nos termos do Artigo 124º, que "**O Conselho Regional da Ordem dos Médicos deve pronunciar-se no prazo máximo de três meses, sobre a compatibilidade dos instrumentos de contratação ou provimento referidos nos números 1 e 2 do artigo anterior com as deveres da deontologia profissional, valendo o silêncio como aceitação**".

No contexto dos novos modelos de organização dos serviços de saúde (em que avulta a contratação individual de trabalho sem negociação colectiva) e de tentativas sistemáticas de entidades estranhas à profissão médica para reduzirem os custos dos seus serviços, à custa da qualidade dos serviços a prestar aos doentes e à custa da digna remuneração dos médicos, entende o CRN entende fazer este alerta a todos os colegas, relembrando que o não cumprimento do espírito e da letra das disposições acima citadas constitui, objectivamente, infracção deontológica que, a todo o custo, deve ser evitada e combatida.

Doc. 2 (25-06-03)

SISTEMA INTEGRADO DE TRAUMA

– GRUPO DE TRABALHO DE TRAUMA DA SRNOM –

Grupo de Trauma - Hospital de S. João

Ex.mo Sr. Dr. Miguel Leão
Digníssimo Presidente do CRNOM

A abordagem e o tratamento do doente com trauma grave tem tido uma evolução constante e rápida, acreditando-se na necessidade de actuação de uma equipa médica multidisciplinar e com elevada diferenciação técnica e clínica.
Por questões óbvias de ética médica, será essencial e é justo que todos os doentes que sofram de uma lesão, devam ser tratados com um nível de excelência, independentemente do local onde sofreram o acidente e onde sejam tratados. Esta realidade impulsiona a criação de sistemas integrados de trauma.
Um sistema integrado de trauma pressupõe uma rede de cuidados de trauma, com níveis diferentes de recursos (é impensável todas as áreas de cuidados poderem tratar todo o tipo de doentes), mas dentro de cada área o exercício da actividade deverá ser de excelência em função e de acordo com os recursos disponíveis.
O Grupo de Trauma do Hospital de S. João tem-se dedicado a esta área de intervenção, e recentemente, com o intuito de uniformizar a linguagem clínica e operativa no atendimento do doente com trauma grave, impulsionou e integra um grupo de trabalho de trauma da Administração Regional de Saúde – Região Norte. Este projecto tem como missão a implementação de um Sistema Integrado de Trauma da Região Norte, sendo um projecto-piloto a impulsionar a nível nacional.
Um Sistema Integrado de Trauma pressupõe a abordagem do doente em diferentes áreas e níveis de actuação – no local do acidente, no centro de saúde ou hospital da área, no hospital de referência, pelo que importa definir com clareza e rigor os valores científicos padronizados para cada uma dessas áreas de intervenção.
Nesse sentido este grupo de trabalho é da opinião que a Ordem dos Médicos tem a legitimidade em poder proporcionar a criação de normas clínicas e operativas em trauma, podendo ser o garante científico das mesmas, bem como a entidade reguladora e avaliadora da sua implementação.
O Grupo de Trauma do HSJ e o Grupo de Trabalho de Trauma da ARS-Norte vem muito respeitosamente solicitar a V. Ex.a a criação de um grupo de trabalho de trauma, sob a égide da Ordem dos Médicos, por forma a desenvolver normas clínicas e recursos padrão (standards) em trauma, em função dos diferentes níveis de actuação.
Pelo facto de o trauma ser de abordagem e tratamento pluridisciplinar, somos da opinião que o referido grupo de trabalho deveria ter representantes dos colégios de especialidade das disciplinas base da área do trauma, nomeadamente:
Colégio de Especialidade de Anestesiologia
Colégio de Especialidade de Cirurgia Geral
Colégio de Especialidade de Ortopedia
Competência em Medicina de Emergência
Competência em Cuidados Intensivos

São proponentes deste Grupo de Trabalho da Ordem dos Médicos:

Dr. António Marques, Assistente Hospitalar Graduado de Anestesiologia, Director do Serviço de Urgência do Hospital Geral de S. António, Grupo de Trabalho de Trauma da ARS-Norte
Dr. John Rodriques Preto, Assistente Hospitalar de Cirurgia Geral, Hospital de S. João, Grupo de Trauma do Hospital de S. João
Dr. Renato Bessa de Melo, Assistente Hospitalar de Cirurgia Geral, Hospital Sª da Oliveira – Guimarães
Grupo de Trabalho de Trauma da ARS-Norte
Dr. Salvador Massada, Chefe de Serviço de Anestesia e Cuidados Intensivos, Hospital de S. João, Coordenador do Grupo de Trabalho de Trauma da ARS-Norte, Presidente da Comissão de Coordenação de Trauma do Hospital de S. João.

Com a mais elevada consideração,

Salvador Massada

Doc. 3

DURAÇÃO DO TRABALHO SEMANAL DOS MÉDICOS

– POSIÇÃO DO PROVEDOR DE JUSTIÇA ENVIADA AO MINISTRO DA SAÚDE –

"Sua Excelência
O Ministro da Saúde
Assunto: Duração do trabalho semanal dos médicos – cumprimento da Directiva 93/104/CE

1. Em 13 de Maio de 2002 enviei a Vossa Excelência cópia do ofício remetido ao seu antecessor, no qual suscitei a questão da prática corrente, pelos médicos integrados no SNS, de horários semanais de 54 horas por semana (incluindo 12 horas de trabalho extraordinário). Referi, então, que o problema se me afigurava resolúvel através de aplicação de norma idêntica à constante do artigo 16.º, n.º 2 da Directiva referida em epígrafe, ou seja, de fixação de um período de referência não superior a quatro meses para efeitos de aferição do cumprimento de uma duração semanal de trabalho de 48 horas (incluindo as horas extraordinárias), como se estabelece no artigo 6.º, n.º 2 da referida Directiva.

2. Dignou-se Vossa Excelência responder-me (ofício n.º 4447, de 19 de Julho de 2002) afirmando que, em seu entender, o Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de Março, e o Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de Março, não contrariariam as disposições da Directiva comunitária em causa.

Sublinhou, todavia, que a questão reside nas 12 horas máximas de trabalho extraordinário que o médico pode ser obrigado a fazer, as quais, no cômputo total com o regime de 42 horas, fazem ultrapassar as 48 horas previstas na Directiva. Nesta situação – acrescentou Vossa Excelência – haverá então que estabelecer um período de referência para aferição da duração média de trabalho semanal, nos termos do n.º 2 do artigo 16.º da Directiva, de modo a que a média de duração semanal de trabalho cumpra o limite de 48 horas (últimos dois parágrafos do referido ofício de Vossa Excelência).

3. Ainda no mesmo ofício, e a terminar, refere Vossa Excelência que o artigo 17.º, n.º 2, ponto 2.1., alínea c) i) da mesma Directiva prevê que os Estados possam introduzir derrogações ao disposto no artigo 16.º, n.º 2 da Directiva, nos termos precisamente previstos naquela disposição. E conclui que "não obstante esta margem de apreciação que se concede aos Estados-membros no que respeita ao período de referência a fixar para fins de aplicação do artigo 6.º, devem ser sempre respeitados os direitos mínimos consignados na Directiva, resultando do n.º 4 do artigo 17.º que o período em referência não pode, em caso algum, exceder doze meses".

4. Concordando no essencial com a interpretação de Vossa Excelência quanto aos termos da Directiva, permito-me, todavia, discordar de que a faculdade de derrogação ao n.º 2 do artigo 16.º da mesma Directiva (prevista no artigo 17.º, supra referenciado) possa alargar o período de referência até doze meses.

Com efeito, o que se dispõe no artigo 17.º, n.º 4 é que "a faculdade de aplicar derrogações ao ponto 2 do artigo 16.º, prevista nos pontos 2.1 e 2.2 do n.º 2 e n.º 3 do presente artigo, não pode ter como efeito a fixação de um período de referência que ultrapasse **seis meses". Só podem ser fixados períodos de referência que não ultrapassem, em caso algum, doze meses, por via de convenções colectivas ou acordos celebrados entre parceiros sociais**.

5. Nesta sequência, dirigi a Vossa Excelência o ofício 13343, de 26 de Setembro de 2002, no qual lhe solicitava informação sobre os termos e prazo em que poderia ser estabelecida medida de fixação de um período de referência dentro do

qual a duração do trabalho dos médicos do SNS não excedesse 48 horas, incluindo horas extraordinárias, por forma a compatibilizar-se a legislação e a prática nacionais com a Directiva comunitária em causa.

6. A resposta do Gabinete de Vossa Excelência (ofício n.º 2979, de 11 de Abril último) remete-me para um ofício do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde, dirigido ao Chefe do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto de Vossa Excelência, e finaliza com a elucidativa informação de que "a solução a encontrar, no caso em apreço, terá de enquadrar-se no quadro de mutação institucional e normativa em curso neste Ministério".

7. Compreenderá Vossa Excelência, Senhor Ministro, que eu manifeste a minha compreensão e, do mesmo passo, a minha enorme perplexidade face à informação recebida.

Compreensão – na medida em que se refere que a actual reestruturação do SNS, ao nível da reforma da gestão hospitalar, prevê a possibilidade de alteração do regime jurídico-laboral dos funcionários públicos, podendo os hospitais celebrar convenções colectivas de trabalho, nas quais se estabeleça um período de referência para aferição da duração média semanal de 48 horas.

Perplexidade – enquanto me é referido que "a adopção desta medida exige o levantamento cuidado e exaustivo das várias realidades existentes, com a subsequente análise casuística de cada estabelecimento hospitalar, em termos de determinação do número médio de horas extraordinárias realizadas semanalmente por médico, por forma a aferir qual o período de referência que cobrirá todas as situações".

E daí que "torna-se particularmente difícil neste momento, estabelecer um prazo para a implementação daquela medida...".

8. Extraio da informação transmitida que o Ministério da Saúde (de hoje e de ontem) não detém o mínimo conhecimento sobre o número de horas extraordinárias realizadas semanalmente por cada médico, em cada unidade hospitalar – o que, convirá Vossa Excelência, representa uma completa ausência de bons procedimentos de gestão de recursos humanos e de controlo orçamental.

9. Diria, pois, que a criação do modelo de gestão hospitalar de natureza empresarial, aplicado já a vários hospitais, com a nomeação de qualificados gestores, ao invés de dificultar a aplicação da medida proposta, cria melhores condições para a viabilizar. E por isso me surpreende se diga que esta reestruturação torna particularmente difícil estabelecer um prazo para o estabelecimento daquela medida.

10. Ao contrário do que se poderia supor, não estamos a falar de uma medida reconduzível a meras questões de condições de trabalho (sem embargo da importância destas, naturalmente). Do que se trata, essencialmente, é de enquadrar e fazer observar prescrições mínimas de segurança e de saúde em matéria de organização do tempo de trabalho (cf. preâmbulo e artigo 1.º, n.º 1 da Directiva em causa).

11. Ora, neste exacto contexto, não é lícito ao Provedor de Justiça ignorar que a prática habitual de horários semanais de 54 horas por parte de médicos do SNS coloca em risco as suas condições de saúde e segurança na execução do trabalho e, reflexamente, a qualidade dos cuidados médicos a prestar aos cidadãos, com as inerentes potenciais consequências, que me escuso de explicar, por tão óbvias.

12. E, sendo assim, reitero a Vossa Excelência a necessidade de conceder prioridade à preparação e oportuna execução da medida em causa, com observância dos procedimentos estipulados na Lei n.º 23/98, de 26 de Maio.

13. Admitindo que o quadro de mutação institucional e normativa em curso no Ministério da Saúde dificulta uma adopção imediata da referida medida – do mesmo passo que, ao invés, as novas condições gestionárias só poderão favorecê-la, sob pena de as mutações conduzirem ao fixismo da actual situação –, dirigir-me-ei oportunamente a Vossa Excelência para inquirir sobre os resultados da posição que assumi e tenho transmitido a Vossa Excelência.

Prevaleço-me da oportunidade, Senhor Ministro, para apresentar os meus melhores cumprimentos,

H. Nascimento Rodrigues"

Doc. 4 (17-07-03)

HORAS EXTRAORDINÁRIAS

– ACÓRDÃO DO TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DO CÍRCULO DO PORTO SUSPENDENDO A EFICÁCIA DE DELIBERAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA ARS DO NORTE E PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA MATERNIDADE DE JÚLIO DINIS –

"TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DO CÍRCULO DO PORTO – SUSPENSÃO DE EFICÁCIA N.º 345/03

I. RELATÓRIO

1ª - **MARIA AUGUSTA NEVES DA CUNHA AREIAS SOBRINHO SIMÕES**, casada, médica, residente na Rua Damião de Góis 329-4º Dto, 4050-277, Porto;
2ª - **MÁRCIA DE PINHO MARTINS**, solteira, médica, residente na Travessa Nova do Corim, 64, 4425-125 Águas Santas;
3ª - **MARIA GILBERTA DA COSTA CASTRO E FONTES NEVES DOS SANTOS**, casada, médica, residente na Cidade de Mindelo, 98,4100-169 Porto;
4º - **RUI MANUEL DE JESUS CAROLINO**, casado, médico, residente na Rua Hintze Ribeiro, 496-1 º E, 4450 Leça da Palmeira;
5ª - **ANA MARIA VALENTE DE SOUSA GUEDES**, casada, médica, residente na Rua Teixeira de Pascoaes, 207-3º Esq.º, 4460-431 Matosinhos;
6ª - **ANA MARGARIDA BOURA DE BARROS ALEXANDRINO**, casada, médica, residente na Rua Conselheiro Veloso da Cruz, 887, 4º Dto., 4400 Vila Nova de Gaia;
7ª - **MARIA ALEXANDRA MOTA ALMEIDA**, casada, médica, residente na Rua do Teatro, 11 – 2º Dto., Porto;
8ª - **MARIA PAULA CORREIA CELESTINO SOARES**, casada, médica, residente na Rua Diogo Cão, 121, 4450 Leça da Palmeira;
9ª - **MARIA FILOMENA VENTURA CAMÕES DE ALMEIDA ARAÚJO**, casada, médica, residente na Av. Sidónio Pais, 190, r/chão Esq., 4100--465 Porto;
10ª - **ANA CRISTINA MENDES DE SOUSA BRAGA**, casada, médica, residente na Rua St Luzia, 901-11º A, 4250-420 Porto;
11ª - **ELISA EUGÉNIA BARROS PROENÇA FERNANDES**, casada, médica, residente na Rua D. Manuel I, Edifício Portobelo, Bloco B, 2º Dto 4490 Póvoa do Varzim;
12º - **JOAQUIM ROGÉRIO MARIZ COELHO MENDES**, casado, médico, residente no Largo Monte das Pintas, 45, 4465-696 Leça do Balio;
13ª - **MARIA LUÍSA DA CUNHA LEAL ANTUNES LOPES**, casada, médica, residente na Rua Padre Américo, 336, 6º Dto, 4465-195 S. Mamede Infesta;
14º - **JOSÉ AUGUSTO POMBEIRO VELOSO**, casado, médico, residente na Rua do Relógio, 223, 3º Dto, 4200 Porto;
15º - **ARTUR JOSÉ FERNANDES ALEGRIA FERREIRA**, casado, médico, residente na Praceta Nova do Picão, 34, Canidelo, 4400-524 Vila Nova de Gaia; e
16ª- **ALBERTINA ALICE MOREIRA DA SILVA METO QUEIRÓS PAUPÉRIO**, casada, médica, residente na Rua Diogo Brandão, 55-3º, 4050-129 Porto;

vieram requerer a suspensão da eficácia da deliberação do CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE de 27 de Fevereiro de 2003, no sentido de "requisitar parcialmente a partir do dia 1 de Março do corrente ano os médicos Pediatras necessários do quadro da Maternidade Júlio Dinis para prestar serviço nas Equipas de Urgência de Pediatria do Hospital de S. João"; e dos despachos do PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA MATERNIDADE JÚLIO DINIS de 28 de Fevereiro de 2003 e de 6 de Março de 2003, que, em execução da referida requisição genérica do C.A. da ARS Norte de 27.2.03, requisitou os Requerentes Maria Augusta Areias Sobrinho Simões e Márcia Pinto Martins para prestarem serviço de Urgência no Hospital de S. João de 1 para 2 de Março de 2003 (despacho de 28 de Fevereiro); e requisitou os Requerentes Maria Gilberta Santos e Rui Carolino para prestarem idêntico serviço de 9 para 10 de Março de 2003 (despacho de 6 de Março); bem como de todos os futuros despachos do mesmo tipo que, em execução da

dita deliberação o Presidente do C.A. da Maternidade Júlio Dinis venha ou possa vir a produzir.
Alegaram, para tanto e em síntese, que todos os Requerentes têm incluído no seu horário de trabalho a prestação de 12 horas por semana de serviço de urgência na Maternidade de Júlio Dinis, e todos nela cumprem o seu horário completo, bem como, com excepção do Requerente Rogério Mendes, 12 horas de serviço extraordinário, o que significa, desde logo, que é falso o pressuposto em que assenta a requisição da ARS, de que "há recursos disponíveis, nomeadamente Pediatras/Neonatologistas, na Maternidade Júlio Dinis" e que as decisões suspendendas, acarretando que sejam excedidas as 12 horas semanais em serviço de urgência como período semanal máximo a realizar pelos médicos da carreira hospitalar, colocam em situação de ilegalidade e de violação do art. 31º, n.º 5 do DL n.º 73/90, de 06.03 os Requerentes, violando o interesse público prevalecente, que é o da garantia do bom atendimento dos doentes, pelo que se encontra preenchido o requisito do art. 76º, 1. b) da LPTA: a suspensão requerida não só não determina grave lesão do interesse público, como, pelo contrário, assegura em primeira linha a defesa desse interesse; para além da defesa do seu horário estatutário, os médicos Requerentes têm também, por si próprios, interesse relevante na suspensão dos actos requeridos, pois é real o risco de, em situação de estresse, de sûrmenage, devido à duplicação, na mesma semana, de uma noite sem dormir em serviço de Urgência Hospitalar, e de um horário excessivo – 66 em vez de 54 horas –, cometerem um erro de diagnóstico ou de terapêutica, que pode ser fatal, podendo ser responsabilizados em sede disciplinar, cível ou criminal, por imperícia, negligência ou ofensa das leges artis, podendo além disso algum doente correr riscos e ficar com lesões duradouras ou mesmo falecer, por acção ou omissão que lhes seja imputável, sendo impossível reparar os danos que de um erro de diagnóstico ou terapêutica possam decorrer, pelo que se encontra igualmente preenchido o requisito do art. 76º, n.º 1, a) da LPTA e o processo não evidencia indícios de ilegalidade da interposição do recurso.
O Conselho de Administração da Maternidade de Júlio Dinis e o Conselho de Administração da A.R.S. do Norte responderam nos termos dos seus articulados, respectivamente, de fls. 47 e ss. (fax)/86 e ss. (original) e de fls. 60 e ss. (fax)/73 e ss. (original), alegando que a Urgência Pediátrica do Hospital de S. João é efectivamente a única urgência pediátrica da cidade do Porto, sendo que o objectivo da deliberação suspendenda não é impor aos médicos o cumprimento de um horário que exceda o limite legal de que beneficiam e que o interesse público concernente a prestações de trabalho diligentes e responsáveis impõe, mas sim o de optimizar os recursos disponíveis ao nível da cidade, fazendo-os convergir para onde eles mais são necessários, exactamente na urgência pediátrica geral do Hospital de S. João, sendo que os 17 pediatras do quadro de pessoal da Maternidade, e ainda uma Directora de Serviço, dos quais apenas um(a) ausente temporariamente por licença associada a gravidez de risco, permite perfeitamente disponibilizar recursos para integrar prestando a colaboração necessária à Urgência Pediátrica do S. João, sem atingir o limiar da segurança na prestação de cuidados aos recém-nascidos na Maternidade, pelo que há inverificação do pressuposto da alínea a) do n.º 1 do art. 76º; e que a suspensão do acto impugnado ela sim causará grave dano à urgência pediátrica geral do Hospital de S. João e, em consequência ao interesse público consubstanciado na prestação de cuidados assistenciais a crianças. Concluíram pela não verificação dos pressupostos de que dependeria o decretamento da suspensão dos actos suspendendos.
Entretanto os Requerentes vieram alegar que, após serem notificados do pedido de suspensão de eficácia, as autoridades requeridas persistiram na execução do acto, praticando mesmo um novo acto formal de requisição, para 31 de Março último, relativamente aos Requerentes Artur José Alegria e Ana Margarida Alexandrino, em violação do disposto no art. 80º n.º 1 da L.P.T.A., requerendo que o Tribunal declare ineficaz o referido acto de execução, nos termos do art. 80º, 3, da L.P.T.A..
Notificadas as autoridades requeridas para se pronunciarem sobre este requerimento, as mesmas nada disseram.
O Ex.mo Magistrado do Ministério Público emitiu o douto parecer de fls. 114 e ss., no sentido do indeferimento do pedido, por falta de verificação dos pressupostos das alíneas a) e b) do n.º 1 do art. 76º da LPTA, e, em consequência, pela não declaração da ineficácia dos actos de execução praticados após a formulação deste pedido de suspensão de eficácia.

II. MATÉRIA DE FACTO PROVADA

Dos autos e respectivo PA resultam provados os seguintes factos, com interesse para a decisão:
a) por deliberação de 27 de Fevereiro de 2003, de igual teor à constante do doc. N.º 1 junto com o r.i. (a fls. 14 dos autos), que aqui dou por integralmente reproduzido, o Conselho de Administração da Administração Regional de Saúde do Norte decidiu "requisitar parcialmente a partir do dia 1 de Março do corrente ano os médicos Pediatras necessários do quadro da Maternidade Júlio Dinis para prestar serviço nas Equipas de Urgência de Pediatria do Hospital de S. João";
b) no mesmo dia 27.02.2003, o Conselho de Administração da A.R.S. Norte oficiou ao Presidente do Conselho de Administração da Maternidade Júlio Dinis, via fax, remetendo fotocópia da referida deliberação "para conhecimento e devidos efeitos" e solicitando que este realizasse as "diligências necessárias com os Hospitais que colaboram na Urgência Pediátrica do Grande Porto, no sentido de reformulação das equipas de urgência" (cfr. doc. n.º 2 junto com o r.i., a fls. 13 dos autos);
c) na sequência da citada deliberação e do oficiado nos termos referidos em b), o Presidente do CA da Maternidade designou para prestarem serviço na Urgência Pediátrica do Porto, no Hospital de S. João, relativamente ao dia 1 (e 2) de Março, os Requerentes Dr.ª Maria Augusta Areias Sobrinho Simões e Dr.ª Márcia Pinto Martins, e, para o dia 9 e 10 de Março, os Requerentes Dr.ª Maria Gilberta Santos e Dr. Rui Manuel Carolino, nos termos constantes dos documentos juntos com o requerimento inicial sob os nºs 4, 5 e 6, cujo teor aqui dou por integralmente reproduzido (fls. 17 a 22 dos autos), tendo posteriormente dispensado a Dra. Augusta Areias nos termos constantes de comunicação de igual teor à constante de fls. 15 do 2º PA;
d) os Requerentes são médicos Pediatras/Neonatologistas do quadro de pessoal da Maternidade de Júlio Dinis (quadro de pessoal esse que integra no total 17 pediatras, encontrando--se um(a) ausente por licença associada a gravidez de risco) e todos eles têm incluídas na sua carga horária 12 horas semanais de serviço de urgência naquela Maternidade, bem como, salvo quanto ao Requerente Joaquim Rogério Mendes, a inclusão de 12 horas semanais de serviço extraordinário, para além de aí cumprirem as cargas horárias de trabalho normal semanal correspondentes ao regime e horário de trabalho adoptado nos termos que resultam do quadro respectivo constante do doc. 1 junto com o ofício de fls. 121 dos autos, cujo teor aqui dou por integralmente reproduzido (cfr. também arts. 17º e 24º do r.i., e fls. 23 e 30 do PA);
e) na Maternidade de Júlio Dinis funciona um serviço de urgência 24h por dia, de Segunda-feira a Domingo, que atende recém-nascidos (dos 0 aos 28 dias de idade), nascidos na Maternidade, compreendendo os turnos das 08 às 20h e das 20 às 08h, estando afecto a cada turno dois médicos pediatras/neonatologistas, e sendo que o turno das 08

às 20h corresponde à prestação de 12 horas de trabalho normal de serviço de urgência e o turno das 20h às 08h corresponde à prestação de 12h de trabalho extraordinário (cfr. informação prestada pela MJD a fls. 121 dos presentes autos);
f) a A.R.S. Norte, o Hospital de S. João, o Hospital de Santo António, o Hospital Maria Pia e a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (Hospital Pedro Hispano) celebraram, em 23 de Julho de 2002, um "Protocolo de Acordo", com vista à concentração das Urgências de Pediatria na cidade do Porto, cujo teor consta do doc. 7 junto com o r.i. e aqui dou por integralmente reproduzido (cfr. fls. 23 e ss. dos autos);
g) ainda na sequência da deliberação supra referida na al. a), o Presidente do CA da Maternidade de Júlio Dinis designou, para a urgência pediátrica do dia 31 de Março de 2003, os Requerentes Dr.ª Ana Margarida Boura de Barros Alexandrino e Dr. Artur José Fernandes Alegria Ferreira, tendo estes manifestado àquele a sua indisponibilidade para cumprir a nomeação, **nos termos constantes de requerimentos datados de 28.03.2003, acompanhados de parecer de 17.03.2003 do Exmº Sr. Presidente da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, de igual teor aos constantes das últimas 4 fls. do 1º PA, cujo teor aqui dou por integralmente reproduzido (cfr. também folha 1 do 2º PA)**;
h) dou aqui por integralmente reproduzido o teor da informação técnica datada de 28.03.03, que menciona como "ASSUNTO": "AUTOS DE SUSPENSÃO DE EFICÁCIA – PROC.º N.º 345/03 – 7º JUIZ – DELIBERAÇÃO DO CA DA ARS -NORTE – TELECÓPIA DE 24.02.2003, DA ARS – NORTE, SUA EXECUÇÃO", constante de fls. 2 a 4 (de 30) do 2º PA, bem como o teor do despacho do Presidente do CA da MJD da mesma data, aposto no final daquela informação.

III. O DIREITO

Apurados os factos, cumpre proceder ao respectivo enquadramento jurídico.
O deferimento do pedido de suspensão de eficácia de actos administrativos depende unicamente da verificação, que é cumulativa, dos requisitos estabelecidos no n.º 1 do art. 76º da LPTA, a saber:
a) que a execução do acto cause provavelmente prejuízo de difícil reparação para o requerente ou para os interesses que este defenda ou venha a defender no recurso;
b) que a suspensão não determine grave lesão do interesse público;
c) que do processo não resultem fortes indícios da ilegalidade da interposição do recurso.
Assim, no âmbito deste meio processual apenas cabe conhecer, em princípio, da verificação ou não dos aludidos requisitos, partindo-se da presunção de legalidade do acto administrativo e da veracidade dos pressupostos de facto em que o mesmo assenta, não cumprindo conhecer da questão de fundo que lhe está subjacente, isto é, dos eventuais vícios de que padeça o acto suspendendo, uma vez que tais vícios devem ser conhecidos no âmbito do respectivo recurso contencioso de anulação.
Mas tal não será assim quando o Requerente da suspensão de eficácia invoque uma ilegalidade do acto suspendendo que se revele de tal forma ostensiva que ilida a referida presunção de legalidade de que goza o acto administrativo e que só por si justifique a suspensão de eficácia de tal acto.
O presente pedido de suspensão de eficácia tem por objecto a deliberação do Conselho de Administração da Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN) de 27.02.2003, supra referida na al. a) da matéria de facto provada, bem como os despachos do Presidente do Conselho de Administração da Maternidade de Júlio Dinis (MJD) supra referidos na al. c) da mesma matéria de facto, e ainda "todos os futuros despachos do mesmo tipo que, em execução da dita deliberação o Presidente do C.A. da Maternidade Júlio Dinis venha ou possa vir a produzir" (em que se deverá incluir o despacho supra referido na al. g) da matéria de facto provada).
Pela referida deliberação de 27.02.2003, o Conselho de Administração da ARSN decidiu "requisitar parcialmente a partir do dia 1 de Março do corrente ano os médicos Pediatras necessários do quadro da Maternidade Júlio Dinis para prestar serviço nas Equipes de Urgência de Pediatria do Hospital de S. João" e mandou comunicar tal deliberação ao Conselho de Administração da Maternidade Júlio Dinis, do Hospital S. João, do Hospital Maria Pia e Hospital Pedro Hispano, "para que promovam a concretização desta decisão, nomeadamente no que respeita à reorganização das Equipes de Urgência de Pediatria", sendo que, para concretização daquela deliberação, o Presidente do Conselho de Administração da MJD veio a proferir os despachos de 28.02.2003 e 06.03.2003, supra referidos na al. c) da matéria de facto provada, designando, nominativamente, os médicos pediatras daquela instituição hospitalar que, face às necessidades concretas verificadas, deveriam, nas datas em causa, integrar as Equipes de Urgência de Pediatria a funcionar no Hospital de S. João, do Porto.
Tratando-se os referidos despachos do Presidente do Conselho de Administração da MJD de actos que apenas vieram concretizar a deliberação do Conselho de Administração da ARSN, designando/nomeando os médicos pediatras/neonatologistas da MJD que, em determinadas datas, deveriam integrar as equipes de urgência de pediatria do Hospital de S. João, para cumprimento da referida deliberação, a decisão que for proferida no âmbito deste pedido quanto à referida deliberação necessariamente abarcará os referidos despachos, uma vez que as decisões contidas na deliberação e nos despachos têm o mesmo conteúdo decisório, com a especificidade de os despachos referidos na al. c) terem vindo a concretizar a decisão contida na deliberação, nos termos referidos.
Já relativamente a "todos os futuros despachos do mesmo tipo que, em execução da dita deliberação o Presidente do C.A. da Maternidade Júlio Dinis venha ou possa vir a produzir" (e em que estará incluído o despacho supra referido na al. g) da matéria de facto provada), existem fortes indícios de ilegalidade na interposição do recurso, podendo concluir-se desde já que quanto a tais "futuros despachos" falta o requisito da al. c) do n.º 1 do art. 76º da LPTA para que possa ser decretada a respectiva suspensão de eficácia, uma vez que o recurso contencioso de anulação e o correspectivo pedido de suspensão de eficácia de actos administrativos apenas podem ter por objecto actos administrativos concretos, definitivos e executórios, lesivos, e não actos administrativos "futuros" ou potenciais. Aliás, do que se trata nem sequer é da falta do aludido requisito para que possa ser decretada a requerida suspensão de eficácia, mas sim de falta de objecto do pedido, uma vez que incidindo o pedido sobre "despachos futuros" e sendo tais despachos obviamente inexistentes à data da dedução do pedido de suspensão de eficácia, terá de se concluir que quanto aos mesmos o pedido não tem objecto, pelo que quanto a tais despachos terá de ser indeferido.
Quanto à deliberação do Conselho de Administração da ARSN de 27.02.2003 e aos despachos do Presidente do Conselho de Administração da MJD de 28.02.03 e 06.03.03, invocam os Requerentes a sua ilegalidade, além do mais porque violam o n.º 5 do art. 31º do DL n.º 73/90, de 06.03, pois todos os Requerentes cumprem já na MJD a duração máxima legalmente estabelecida quanto à prestação de serviço de urgência nos termos do citado preceito legal, não lhes podendo ser exigidas mais do que as referidas 12 horas de urgência que já cumprem no seu estabelecimento de origem, sendo em nome do interesse público da saúde dos utentes que os Requerentes têm direito a recusar o acréscimo de penosidade do trabalho que lhes é imposto, sendo impossível reparar os danos que de um erro de diagnóstico ou terapêutica possam decorrer, pelo que se encontram preenchidos os requisitos das alíneas b) e a) do n.º 1 do art. 76º da LPTA.
Como supra se referiu, em princípio, no presente meio processual não há que conhecer de quaisquer vícios que sejam imputados ao acto recorrido, pois que tal conhecimento deve ter lugar no recurso contencioso de anulação que tenha tal acto por objecto, cabendo apenas conhecer, no presente meio processual, dos requisitos da suspensão de eficácia do acto enunciados no art. 76º, n.º 1 da LPTA, partindo-se da presunção de legalidade de que goza o acto administrativo.

Mas tal não poderá ser assim nos casos em que seja invocada uma ilegalidade manifesta, ostensiva, pois que em tal caso sai ilidida a presunção de legalidade do acto administrativo, não fazendo qualquer sentido que numa tal situação se persista em conhecer dos requisitos da suspensão de eficácia, pois constatando-se a existência de uma ilegalidade manifesta esta só por si justifica que se decrete a suspensão de eficácia do acto, independentemente da apreciação concreta dos requisitos enunciados no art. 76º, n.º 1 da LPTA, uma vez que a sua recusa implicaria que o julgador desse cobertura à manutenção da ilegalidade constatada.

No sentido de que no âmbito da suspensão de eficácia do acto administrativo o juiz, embora não possa apreciar o fundo da questão, não deve ignorar ilegalidades graves que sejam patentes, muito especialmente direitos fundamentais do particular, vide Vieira de Andrade, Direito Administrativo e Fiscal, Lições Policopiadas ao 3º Ano do Curso de 1996/97, p. 136.

Ora, resulta dos autos que os ora Requerentes, além de cumprirem no Hospital onde exercem funções o seu horário de trabalho normal semanal (de 35 ou 42 horas semanais, consoante a modalidade de regime de trabalho adoptado seja de tempo completo ou de dedicação exclusiva), cumprem ainda aí 24 horas semanais de serviço de urgência, das quais 12 horas correspondem à prestação de trabalho extraordinário (cfr. supra als. d) e e) da matéria de facto provada).

Ora, a lei é muito explícita no sentido de que o período semanal máximo em serviço de urgência que os médicos da carreira hospitalar deverão prestar, quando necessário, é de 12 horas, sendo que a realização de mais de 12 horas depende do acordo do médico (art. 31º, nºs 5 e 6 do DL nº 73/90, de 06.03).

Tal limitação do período semanal máximo de 12 horas em serviço de urgência que pode ser exigido aos médicos da carreira hospitalar constitui, tal como alegam os Requerentes, não apenas uma garantia estatutária dos médicos, mas também uma garantia do bom atendimento dos doentes, uma garantia de que os doentes que têm necessidade de acorrer à urgência hospitalar tenham uma prestacão idónea, cuidada, atenta do serviço médico, desiderato que dificilmente poderá ser conseguido se o médico que estiver a prestar aquele serviço tiver um horário excessivo, presumindo o legislador que tudo o que exceda o limite máximo de 12 horas semanais em serviço de urgência é excessivo e devendo o intérprete presumir que o legislador consagrou a solução mais acertada (cfr. art. 9º, nºs 1 e 3 do C.Civ.).

Ora, se os Requerentes já prestam na MJD, a que estão afectos, as referidas 12 horas semanais em serviço de urgência, independentemente do âmbito mais geral ou mais específico desse serviço de urgência (o legislador não distingue se o serviço de urgência para cuja realização pode ser exigida dos médicos da carreira hospitalar a prestação do limite de 12 horas semanais é um serviço de urgência de âmbito mais geral ou não, apenas se referindo a serviço de urgência, pelo que onde o legislador não distingue, não deve o intérprete distinguir, para além de que tem de presumir-se que se os ora Requerentes prestam tal serviço na MJD é porque tal é necessário) é manifesto que, sem o seu acordo, não lhes pode ser exigido que prestem mais horas de actividade médica em serviço de urgência, ainda que se trate de uma urgência de âmbito mais geral e por mais que o interesse público o reclame.

É que não se pode esquecer que, como supra se referiu e as entidades requeridas o admitem, a imposição legal do limite máximo semanal de 12 horas em serviço de urgência que pode ser exigido dos médicos da carreira médica hospitalar, também é ditada por razões de interesse público, devendo ver-se no estabelecimento de tal limitação legal a presunção de que a exigência de prestação de um número de horas superior de trabalho extraordinário semanal em serviço de urgência aos médicos da carreira hospitalar coloca em risco o bom atendimento dos doentes, sendo real o risco de, tal como alegam os Requerentes, em virtude de uma carga horária laboral excessiva, acrescida da duplicação, na mesma semana, de uma noite sem dormir, causadoras de situação de estresse e de sûrmenage, poderem ser cometidos erros de diagnóstico ou de terapêutica, que podem ser fatais, saindo deste modo lesados não só os médicos que se vejam obrigados a prestar a sua actividade médica em tais condições, sem que tenham capacidade para tal, como o interesse público da saúde dos doentes carecidos daquela actividade.

Assim, a deliberação do Conselho de Administração da ARS do Norte, de 27.02.2003, ao exigir dos Requerentes, ainda que indirectamente, a prestação de serviço de urgência hospitalar que ultrapassa o período semanal máximo legalmente estabelecido no art. 31º, n.º 5 do DL n.º 73/90, de 6.03 (uma vez que os Requerentes já prestam na MJD esse número de horas máximo semanal e da deliberação suspendenda não resulta que eles possam ficar dispensados de o prestar), incorre na violação manifesta da citada norma legal, o que significa que a não decretar-se a requerida suspensão de eficácia de tal deliberação o Tribunal permitiria a manutenção de uma situação de ilegalidade ostensiva, o que não é admissível. O mesmo se diga quanto aos despachos do Presidente do CA da MJD de 28.02.03 e 06.03.03, relativamente aos concretos médicos Requerentes pelos mesmos abrangidos, pela mesma ordem de razões.

Acresce que, visando a citada norma a defesa não só dos direitos estatutários dos médicos, mas também a defesa do interesse público, terá de se concluir que permitir-se a criação ou manutenção de situações que se traduzam na violação dos referidos interesses protegidos pela norma em causa, decorrentes da violação do que nela se estatui, não só acarreta com um elevado grau de probabilidade prejuízos de difícil reparação para os Requerentes, como é susceptível de determinar grave lesão do interesse público, pelo que tem de se concluir também que a requerida suspensão de eficácia da deliberação do Conselho de Administração da ARS do Norte de 27.02.2003 e dos despachos do Presidente do CA da MJD de 28.02.03 e 06.03.03 se impõe não só em virtude da ilegalidade manifesta de que padecem, mas também porque se verificam os requisitos enunciados no n.º 1 do art. 76º da LPTA para a suspensão de eficácia dos actos administrativos.

Do pedido de declaração de ineficácia do novo acto formal de requisição para 31.03.2003, quanto aos Requerentes Artur José Alegria e Ana Margarida Alexandrino (fls. 101 dos autos):

Resulta do disposto no n.º 1 do art. 80º da LPTA que, recebido o duplicado do requerimento de suspensão de eficácia pela autoridade administrativa, esta só pode iniciar ou prosseguir a execução do acto, antes do trânsito em julgado da decisão do pedido, quando, em resolução fundamentada, reconheça grave urgência para o interesse público na imediata execução. Fora desse caso, cumpre à autoridade que receba o duplicado do requerimento impedir, com urgência, que os serviços competentes ou os interessados procedam à execução (cfr. n.º 2 do referido art. 80º), sendo que no caso de execução indevida, o tribunal, a requerimento do interessado, pode declarar ineficazes, para efeitos da suspensão, os actos de execução praticados, sem prejuízo da responsabilidade que couber (cfr. n.º 3 do art. 80º da LPTA).

Considera-se que a execução será indevida sempre que:

– não se tenha observado a suspensão provisória (quando ela ainda seja possível);

– quando as razões aduzidas pela Administração para se reconhecer a grave urgência para o interesse público na imediata execução não sejam como tal reputadas pelo tribunal.

Neste último caso, a decisão a tomar pelo tribunal deverá incidir, basicamente, sobre o concreto preenchimento, por parte da Administração, de um conceito indeterminado, qual seja o de "grave urgência" para o interesse público, actividade esta que não foge ao controle contencioso, o qual se processa no contexto do específico incidente para a declaração de ineficácia dos actos de execução praticados, a processar no âmbito do processo onde foi deduzido o pedido de suspensão de eficácia (neste sentido, cfr. Acórdão do STA, de 18.01.2001, in Rec. n.º 46.548).
Ora, no caso sub judice, temos que o acto supra referido na al. g) da matéria de facto provada foi proferido já depois de interposto o presente meio processual e de notificados os Requeridos para responderem, já que os ofícios deste Tribunal para notificação dos Requeridos foram expedidos em 25.03.2003, terça-feira (cfr. fls. 44 e 45 dos presentes autos), pelo que terão sido recebidos pelos destinatários o mais tardar em 28.03 seguinte, além de que do 2º PA consta o parecer supra referido na al. h) da matéria de facto provada, que se encontra subscrito por uma Técnica Superior da Maternidade de Júlio Dinis e está datado de 28.03.2003, tendo por objecto justamente a questão da prossecução na execução da deliberação suspendenda, em face da instauração pelos ora Requerentes do presente meio processual, no que respeita à designação nominativa dos médicos pediatras da Maternidade de Júlio Dinis que haveriam de integrar a equipe de urgência pediátrica no Hospital de S. João no dia 31.03.2003, tendo sobre tal parecer sido proferido o despacho do ora Requerido Presidente do CA da MJD também referido na al. h) da matéria de facto provada, datado igualmente de 28/3/03, no sentido de que "seria obrigado a nomear dois Pediatras/Neonatologistas para completarem a dotação de médicos para a Urgência Pediátrica do Porto em 31/3/3", o que significa que tal nomeação ocorreu necessariamente entre 28 e 30.03 e sempre, pois, já após a instauração do presente meio processual e a notificação para resposta dos Requeridos no presente meio processual, e sem que tenha havido a prolação de qualquer resolução nos termos do n.º 1 do art. 80º da LPTA, pelo que é manifesto que a autoridade administrativa, ao proferir o novo acto de requisição supra referido na al. g) da matéria de facto provada, não cumpriu a suspensão provisória imposta por lei, havendo pois que declarar ineficaz tal acto.

IV. DECISÃO

Nos termos e com os fundamentos expostos, decreto a suspensão de eficácia da deliberação do Conselho de Administração da Administração Regional de Saúde do Norte de 27.02.2003, supra referida na al. a) da matéria de facto provada, bem como dos despachos do Presidente do Conselho de Administração da Maternidade de Júlio Dinis de 28.02.2003 e de 06.03.2003, supra referidos na al. c) da matéria de facto provada.
Relativamente a "todos os futuros despachos do mesmo tipo que, em execução da dita deliberação o Presidente do C.A. da Maternidade Júlio Dinis venha ou possa vir a produzir", indefiro o pedido.
Nos termos do n.º 3 do art. 80º da LPTA, declaro ineficaz, para efeitos da suspensão, o despacho do Presidente do Conselho de Administração da Maternidade de Júlio Dinis supra referido na al. g) da matéria de facto provada que designou, para a urgência pediátrica do dia 31 de Março de 2003, os Requerentes Drª Ana Margarida Boura de Barros Alexandrino e Dr. Artur José Fernandes Alegria Ferreira, sem prejuízo da responsabilidade que couber.
Sem custas, por delas estarem isentos os requeridos.
Registe e notifique, enviando ainda cópia do ofício de fls. 121 a 123.

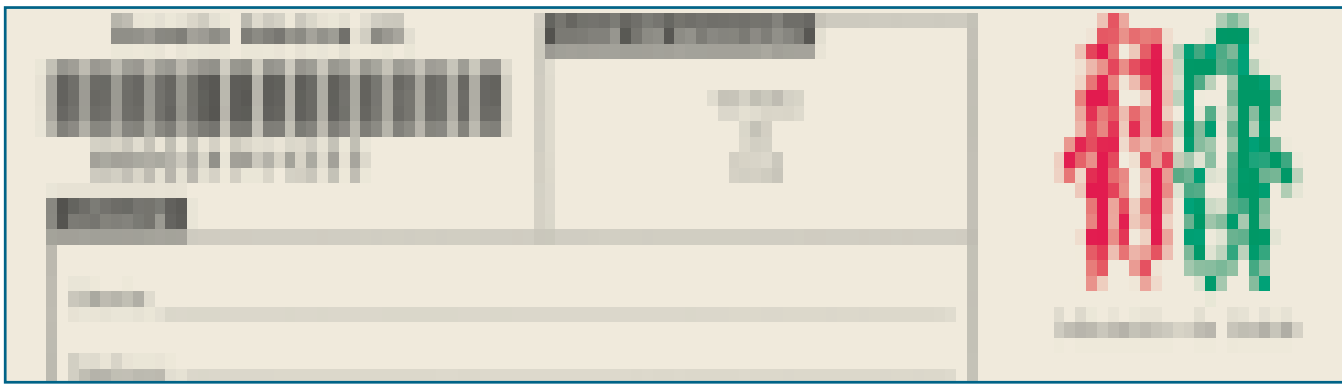
Doc. 5 (03-09-03)

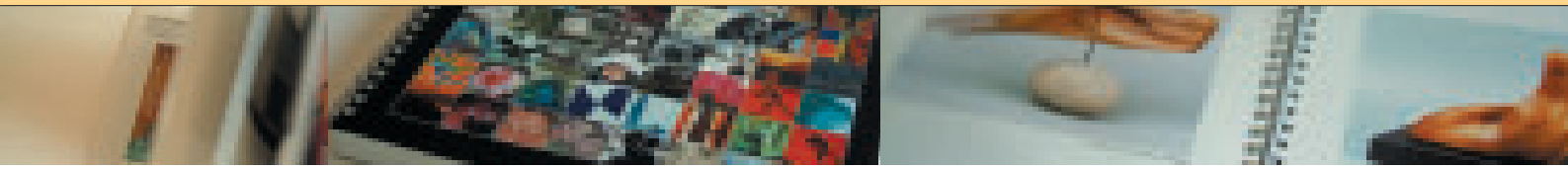
NOVO MODELO DE RECEITA MÉDICA

– PARECER DO CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA E DEONTOLOGIA MÉDICAS HOMOLOGADO PELO CONSELHO NACIONAL EXECUTIVO DA ORDEM DOS MÉDICOS –

Exmº Colega,

Na sequência do pedido de parecer solicitado ao Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas referente ao novo modelo de receita médica, o Conselho emitiu o parecer que a seguir transcrevo:
"a) A prescrição médica de um tratamento é o acto final da intervenção do médico e é da sua responsabilidade, total e exclusiva, fazendo parte integrante do contrato tácito entre o médico e o doente.
b) Quando a prescrição é um medicamento disponível comercialmente e que pode ser adquirido nos estabelecimentos farmacêuticos é dever ético do Farmacêutico, como responsável técnico do estabelecimento, respeitar e fazer respeitar, escrupulosamente a receita médica.
c) Por questões relacionadas com estratégias da Indústria Farmacêutica relativas a medicamentos patenteados e a medicamentos que passaram ao domínio público, foram introduzidos, no mercado, medicamentos designados por genéricos, nos quais está presente a substância química activa, ou seja, portadora da actividade terapêutica pretendida pelo médico.
d) O novo modelo de receituário permite que o médico autorize a substituição de um medicamento de marca por um medicamento genérico no qual a substância farmacologicamente activa esteja presente e em condições de produzir o efeito terapêutico esperado e desejado pelo médico, no caso concreto.
e) Do ponto de vista ético o médico só pode dar esta autorização quando tenha fundamentada convicção técnico-científica, por informação apropriada, de que o medicamento genérico tem a mesma capacidade de acção terapêutica do produto de marca que efectivamente receitou. Na dúvida e porque é ele, médico, quem tem a responsabilidade pelo beneficio terapêutico esperado, não deve autorizar a substituição.
f) Nesta conformidade, qualquer substituição do receituário médico por quem tem a responsabilidade de o fornecer ao doente é ilegal e ofende a ética e a deontologia da profissão médica.
g) O novo modelo de receita médica, quando correctamente interpretado e devidamente preenchido, dá ao médico a certeza de que a sua prescrição não será alterada sem a sua prévia autorização e dá ao doente a certeza de que o medicamento que vai usar, de marca ou genérico, é aquele que o médico escolheu para o tratar.
h) Qualquer acto, comprovado, de substituição não autorizada de receituário médico deve ser comunicado às autoridades competentes para procedimento criminal e à Ordem dos Farmacêuticos para responsabilização deontológica e disciplinar."





Doc. 6 (08-08-03)

RETIRADA DO MERCADO DO MEDICAMENTO GENÉRICO

ÁCIDO ACETILSALICÍLICO – RATIOPHARM, 100 mg, comprimidos, lote C20604

– CONFERÊNCIA DE IMPRENSA DO CRNOM –

1 – O CRN da OM tomou conhecimento ontem da Deliberação n.º 1076/2003, do Conselho de Administração do INFARMED, de 15 de Julho, publicada em Diário da República, II Série, de 25 de Julho de 2003, onde se ordena a RETIRADA DO MERCADO DO MEDICAMENTO GENÉRICO ÁCIDO ACETILSALICÍLICO – RATIOPHARM, 100 mg, comprimidos, lote C20604, que se anexa a este comunicado.

2 – Considerando que está em causa a saúde pública (para citar a deliberação do INFARMED) e tendo em conta as competências estatutárias da Ordem dos Médicos, entende o CRN dar a máxima divulgação a este facto, apelando à colaboração dos órgãos de comunicação social na defesa da saúde pública dos portugueses, tanto mais que o medicamento em causa é um medicamento de venda livre e de profusa utilização.

3 –P ara melhor esclarecimento dos doentes informa-se que o medicamento em causa é o único genérico no mercado com aquela dosagem e forma de apresentação.

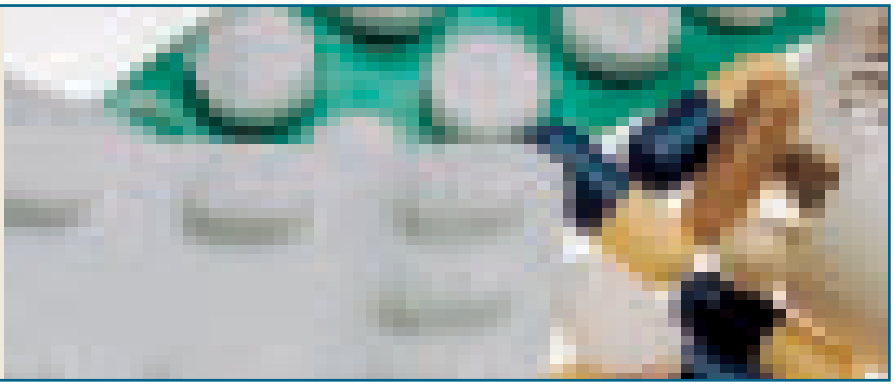
4 –P or coincidência, os dados oficiais do INFARMED actualizados a 18 de Julho p.p. e referentes aos anos de 2002 e 2003 mostram que o respectivo Laboratório de Comprovação da Qualidade analisou 83 medicamentos genéricos e identificou 4 que não cumpriam as especificações exigidas (4,8%). No mesmo período, foram analisados 513 medicamentos de marca e identificados 18 que não cumpriam as especificações exigidas (3,5%).

5 –Inf orma-se ainda que esta deliberação do INFARMED se refere apenas ao medicamento acima identificado, não estando em causa aqueles que os doentes conhecem, de longa data, pelo seu nome de fantasia ou marca e que a seguir se enumeram: Aspirina e Cartia.

6 –O CRN comunica ainda que é um dev er ético de todos os médicos estarem absolutamente disponíveis para os seus doentes no sentido de assegurarem a fármaco-vigilância daqueles que tiverem utilizado o medicamento agora retirado do mercado. **Visto que o medicamento acima identificado é usado especificamente na profilaxia do enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral, isquemia transitória e angina instável, recomenda-se aos doentes que recorram ao seu médico assistente para obterem os necessários esclarecimentos**.

7 – O CRN, na convicção de que já foram accionados todos os mecanismos de fármaco-vigilância da responsabilidade do Senhor Ministro da Saúde, apela ao Senhor Ministro, visto estar em causa a saúde pública, para que desencadeie, também, todos os mecanismos de propaganda e divulgação que tem à sua disposição, para que a deliberação do INFARMED seja do conhecimento de todos os médicos e, sobretudo, da população.

8 – O CRN regista ainda que, mesmo relativamente aos medicamentos, o célebre George Orwell continua premonitório: todos os medicamentos são iguais, mas alguns são mais iguais do que outros.



Doc. 7

ANÁLISE À LEGISLAÇÃO SOBRE RECEITUÁRIO

–P ARECER DO DR. PAULO SANCHO (CONSULTOR JURÍDICO DA SECÇÃO REGIONAL DO SUL DA ORDEM DOS MÉDICOS) –

Por terem sido reiteradamente colocadas ao Departamento Jurídico algumas questões decorrentes da entrada em vigor da nova legislação sobre receituário médico entendemos em tempo prestar, nesta revista, esclarecimentos práticos às dúvidas suscitadas.

Não obstante e por repetidamente terem vindo a lume múltiplas notícias, veiculadas pelos órgãos directivos da Ordem dos Médicos, com a interpretação coincidente com aquela por nós perfilhada, julgámos despiciendo repetir ou relembrar a leitura que os juristas da Secção Regional do Sul fazem dos diplomas em causa.

Contudo e porque repetir uma vez mais aquilo que pensamos da nova legislação não vos prejudicará de sobremaneira, permitindo aliás, em alguns casos esclarecimentos sobre pormenores eventualmente ainda não clarificados, aproveitámos o espaço que nos concederam no Medi.Com para tecer algumas considerações sobre o aludido preceituado legal.

Antes de mais importa ter presente que o art.º 10º do Decreto – Lei n. ° 118/92, de 25 de Junho estabeleceu que "os utentes do Serviço Nacional de Saúde apenas beneficiam de comparticipação quanto aos medicamentos prescritos em receita médica destinada à prescrição no seu âmbito, de modelo aprovado por despacho do Ministro da Saúde".

Assim, o modelo que actualmente se encontra em vigor é o aprovado pela Portaria n.º 1501/2002, de 12 de Dezembro, de cujo preâmbulo consta que "o modelo de receita ora aprovado aplica-se à prescrição dos medicamentos a comparticipar pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), *independentemente do seu local de prescrição, quer sejam prescritos em hospitais e centros de saúde quer o sejam em consultórios médicos particulares, sem prejuízo da sua utilização por outros subsistemas de saúde que o venham a adoptar".*

Daqui retiramos, desde já, que a emissão de qualquer receita sem que siga o novo modelo apenas tem como consequência a impossibilidade de comparticipação do Estado no custo dos medicamentos.

Certo é que o art.º 1º desta Portaria determina que o modelo em causa é de utilização obrigatória por todos os prescritores de medicamentos no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.

Os médicos estão ainda obrigados a seguir as regras de prescrição estabelecidas no art.º 2º da mencionada Portaria e que resumidamente passamos a referir:

- em cada receita podem ser prescritos até quatro medicamentos diferentes, com o limite máximo de quatro embalagens;
- no que concerne aos medicamentos pertencentes aos grupos terapêuticos constantes das tabelas anexas ao despacho conjunto n° A-81/86-X, de 8 de Abril, alterado pelo despacho conjunto n° A 35/87-X, de 4 de Março, pode ser prescritas numa só receita:

a) até duas embalagens dos medicamentos constantes das tabelas 1 e 2;

b) até 4 embalagens no caso dos medicamentos prescritos se apresentarem sob a forma de embalagem unitária, entendendo-se por tal, aquela que contém uma unidade de forma farmacêutica na dosagem média usual para uma administração.

O médico pode autorizar, ou não, a dispensa de um medicamento genérico em vez do medicamento prescrito, assinalando a sua decisão no local destinado a esse fim. O não preenchimento ou o preenchimento simultâneo dos campos referidos equivalem à concordância do médico com a dispensa do medicamento genérico.
Por outro lado, o médico deve ainda ter em atenção os regimes especiais de comparticipação de medicamentos, por forma a fazer as menções correctas na receita, tendo em conta a especificidade do estabelecido no art.º 4º da Port. 1501/2002.
E como se todos os aspectos que já indicámos não bastassem, o médico está obrigado a preencher, ou a verificar se estão preenchidos, na totalidade os seguintes campos:
- o número da receita e a sua representação em código de barras;
- o local de prescrição e a sua representação em código de barras, se aplicável;
- a identificação do médico, com a indicação do nome, especialidade, número de cédula e respectivo código de barras;
- o nome e número do utente, incluindo a letra constante do cartão do SNS;
- indicação da entidade financeira responsável e do regime especial de comparticipação, se aplicável;
- a designação do medicamento, sendo esta efectuada através da denominação comum internacional (DCI) ou nome genérico para as substâncias activas em que existam medicamentos genéricos autorizados;
- a dosagem, forma farmacêutica, número de embalagens e dimensão das mesmas, bem como a posologia;
- data da prescrição;
- assinatura, vinheta do médico e vinheta da unidade prestadora de serviços de saúde.

Releva ainda ter presente que, de acordo com o disposto no art.º 2º da Lei 14/2000, com as alterações introduzidas pelo D.L. 271/ 2002, a prescrição de medicamentos contendo substâncias activas para as quais existam medicamentos genéricos autorizados é efectuada mediante a indicação da denominação comum internacional (DCI) ou do nome genérico, sendo admitido a seguir a essa indicação o nome da marca do medicamento ou o nome do titular da autorização de introdução no mercado, seguida em todos os casos, da dosagem, da forma farmacêutica e da posologia.
Quando o médico entenda indicar o nome de marca do medicamento ou do titular da autorização de introdução no mercado no caso dos medicamentos genéricos, deverá obrigatoriamente informar o utente da existência de medicamentos genéricos comparticipados pelo SNS e sobre aquele que tem o preço mais baixo.
Nas situações em que o médico autorize, expressa ou tacitamente, a substituição do medicamento por um genérico, cabe ao utente a decisão de optar ou não por este.
Nesta última hipótese, a receita terá de ser igualmente assinada pelo utente ou por quem o represente (vide n.º 2 do art.º 7º da Port. 1501/2002).
A propósito deste aspecto particular, importa ter presente que a responsabilidade pela substituição é sempre do médico, na medida em que a lei exige que para que a mesma seja possível, exista, da parte do médico, uma concordância expressa ou tácita nesse sentido.
É perante esta responsabilização que não concordamos com a solução preconizada na parte final do n.º 3 do art.º 3º da Lei 14/ 2000, alterada pelo D.L. 271/ 2002, quando faz pressupor o assentimento do médico prescritor à dispensa do medicamento genérico se estiverem preenchidas ambas as alternativas previstas no impresso.
Ora como já foi comprovado, o documento em causa é facilmente adulterável o que de si permite imputações de responsabilidade aos médicos perfeitamente inaceitáveis mas difíceis de contrariar, já que os clínicos não dispõem de um duplicado da receita e é sabido que, mesmo judicialmente, é difícil fazer este tipo de prova.
Abordando, ainda, esta vertente da responsabilidade importa dizer que o médico que faça a declaração expressa da possibilidade de substituição do medicamento prescrito, que omita qualquer das opções ou que preencha ambas, *não deixa de ser responsável pela substituição*, só porque é o utente quem decide, em termos finais, entre as possibilidades que o médico lhe criou de adquirir este ou aquele medicamento.
Entre muitas outras razões já invocadas em comunicados da Ordem dos Médicos, a ora predita será outra a acrescer no sentido de se insistir em que *médicos sejam unívocos na não autorização da substituição do medicamento que prescrevem pelos genéricos existentes.*
Se o médico entender que é de prescrever aquele tipo de fármaco, deve o mesmo constar da sua receita.

Em conclusão:

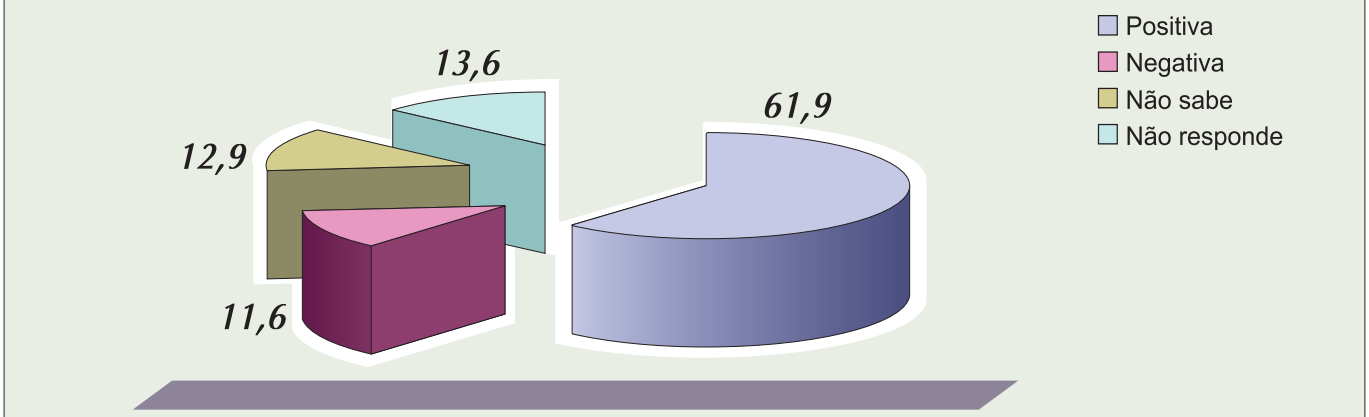
1. O novo modelo de receita é de utilização obrigatória por todos os prescritores de medicamentos no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.
2. Os utentes do Serviço Nacional de Saúde apenas beneficiam de comparticipação quanto aos medicamentos prescritos em receita médica por via do novo modelo.
3. Este modelo pode ser utilizado por prescritores em hospitais, centros de saúde ou em consultórios médicos particulares.
4. A prescrição de medicamentos contendo substâncias activas para as quais existam medicamentos genéricos autorizados é efectuada mediante a indicação da denominação comum internacional (DCI) ou do nome genérico.
5. Quando o médico entenda indicar o nome de marca do medicamento ou do titular da autorização de introdução no mercado no caso dos medicamentos genéricos, deverá obrigatoriamente informar o utente da existência de medicamentos genéricos comparticipados pelo SNS e sobre aquele que tem o preço mais baixo.
6. O médico pode autorizar, ou não, a dispensa de medicamento genérico em vez do medicamento prescrito, assinalando a sua decisão no local destinado a esse fim.
7. O não preenchimento ou o preenchimento simultâneo dos campos referidos equivalem à concordância do médico com a dispensa do medicamento genérico.
8. Nas situações em que o médico autorize, expressa ou tacitamente, a substituição do medicamento por um genérico, cabe ao utente a decisão de optar por este.
9. Nesta hipótese, a receita terá de ser igualmente assinada pelo utente ou por quem o represente.
10. O médico que faça a declaração expressa da possibilidade de substituição do medicamento prescrito, que omita qualquer das opções ou que preencha ambas, não deixa de ser responsável pela substituição, só porque é o utente quem decide, em termos finais, entre as possibilidades que o médico lhe criou de adquirir este ou aquele medicamento.
11. A prescrição é um acto médico. A autorização para a substituição é também um acto médico e, nessa medida, implica sempre a responsabilidade do clínico que a concede.
12. Perante o modelo em análise, que peca por diversas limitações, se um médico pretende assumir a responsabilidade e o controlo integral da sua prescrição, só lhe resta assinalar, no local próprio e pelo número necessário de vezes a expressão da sua "NÃO AUTORIZAÇÃO DE DISPENSA DE MEDICAMENTO GENÉRICO".

Dr. Paulo Sancho
Director do Departamento Jurídico da O.M

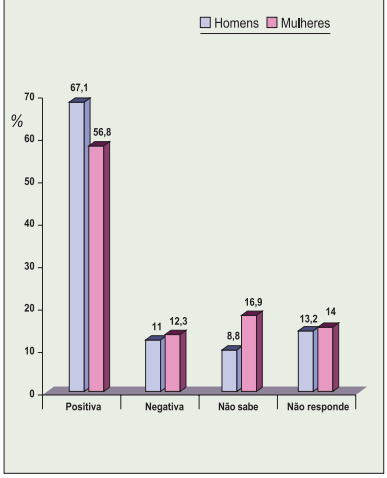
PROGRAMA E ESTILO DE ACTUAÇÃO

RESULTADOS DO INQUÉRITO REALIZADO PELA UNIVERSIDADE

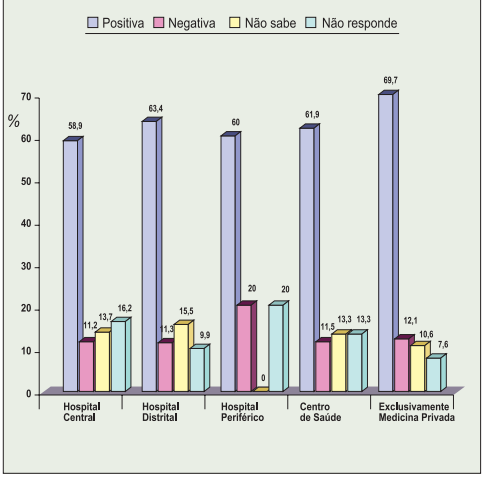
Opinião sobre o estilo de actuação do CRNOM (%)



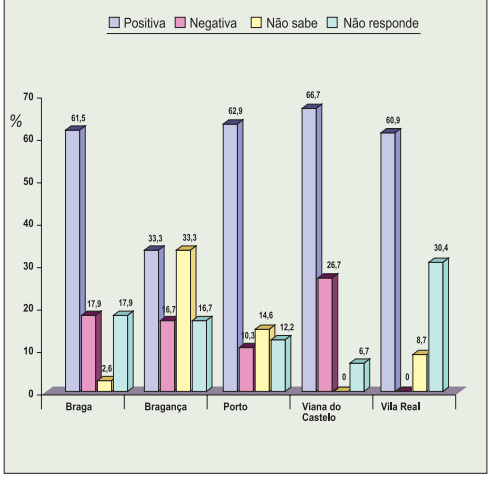
Apreciação sobre o estilo de actuação do CRNOM em função do sexo



Apreciação sobre o estilo de actuação do CRNOM em função da unidade de trabalho

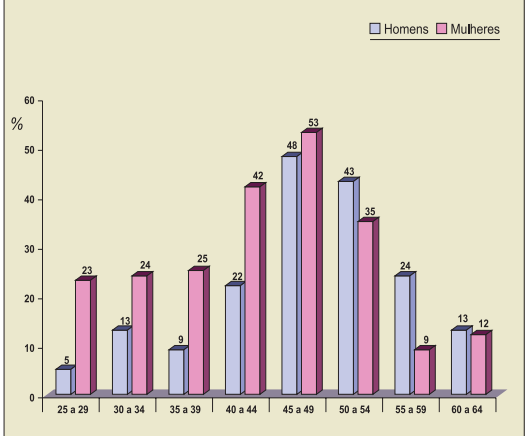


Apreciação sobre o estilo de actuação do CRNOM em função do distrito de trabalho

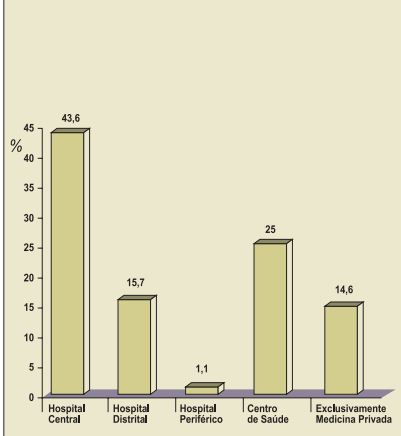


Caracterização da amostra

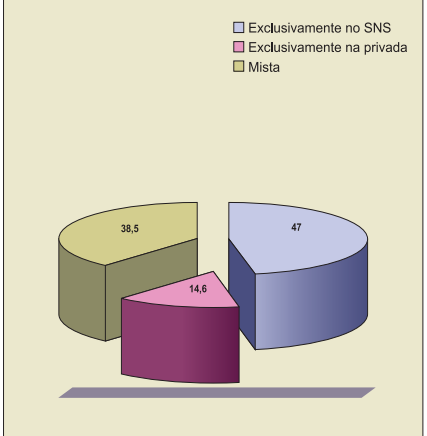
Distribuição por sexo e por grupo etário



Distribuição por tipo de unidade de trabalho



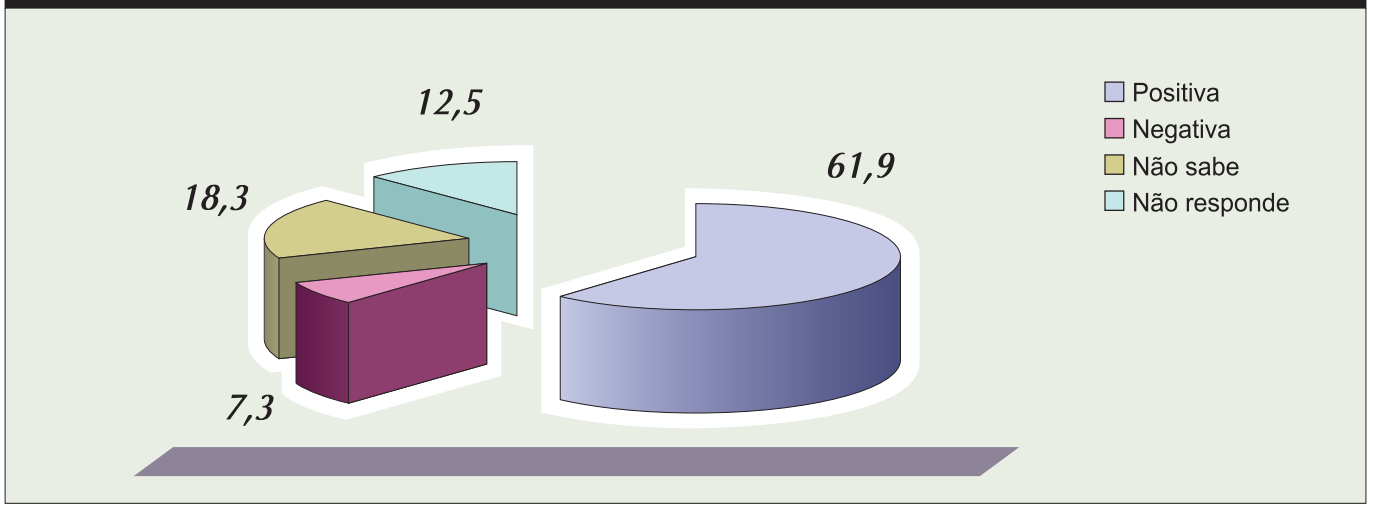
Distribuição por subsistema



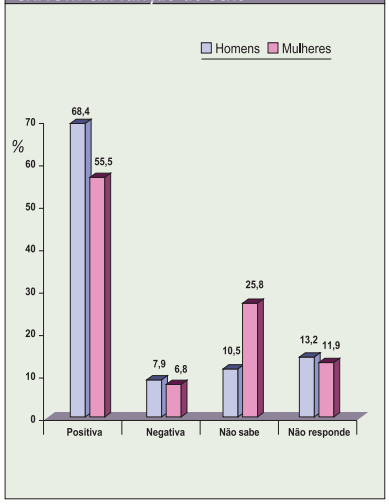
DOS CORPOS GERENTES DA SRNOM

FERNANDO PESSOA (COORDENADO PELO PROF. DOUTOR RUI MAIA)

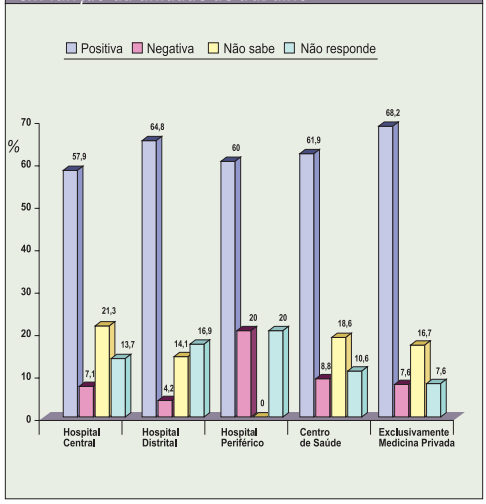
Opinião sobre a acção programática do CRNOM (%)



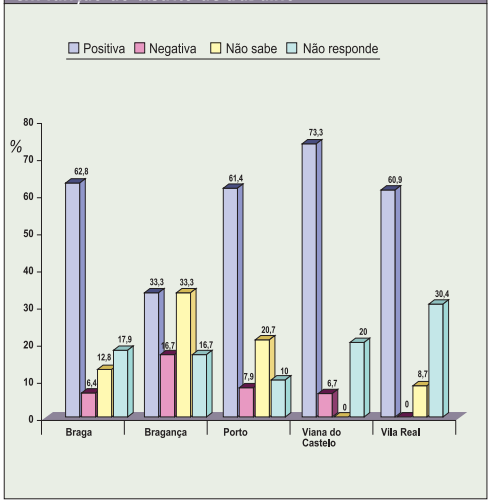
Apreciação sobre a acção programática do CRNOM em função do sexo



Apreciação sobre a acção programática do CRNOM em função da unidade de trabalho



Apreciação sobre a acção programática do CRNOM em função do distrito de trabalho



DOSSIER

RELAÇÕES COM O MINISTÉRIO DA SAÚDE

DESTAQUE: ..... pág.

Projecto de diploma relativo à Entidade Reguladora da Saúde 55-65

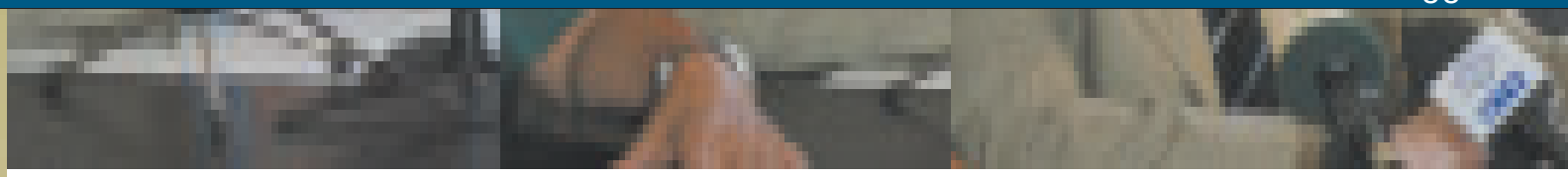
Internatos Médicos
- resposta do CRNOM ao Senhor Ministro da Saúde 66
- conferência de imprensa do CRNOM 66

Autorização para a frequência de acções de formação
para médicos dos Centros de Saúde - nota de imprensa do CRNOM 67

Alargamento do tempo de formação do internato complementar
da especialidade de Saúde Pública - nota de imprensa do CRNOM 67

PECLEC (programa especial de combate às listas de espera cirúrgicas)
- ofício do CRNOM ao Senhor Ministro da Saúde 68
- «10+1 perguntas ao Senhor Ministro da Saúde» - conferência de imprensa 68
- «o fracasso político do Senhor Ministro da Saúde» - conferência de imprensa 69

Debate parlamentar com o Ministro da Saúde relativo às
consequências da vaga de calor - informação aos órgãos de comunicação social 70



PROJECTO DE DIPLOMA RELATIVO À ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

O programa do XV Governo constitucional previu a criação de uma autoridade reguladora específica para o sector da saúde.

De facto, após definir as principais orientações da "reforma do sector da saúde", aquele Programa prevê a "criação de uma entidade reguladora, com natureza de autoridade administrativa independente, que enquadre a participação e actuação dos operadores privados e sociais no âmbito da prestação dos serviços públicos de saúde".

Tal previsão tem já estatuição normativa nos Decretos-Lei nºs 185/02, de 20 de Agosto e 60/03, de 1 de Abril, que regulam, respectivamente, os regimes jurídicos subjacentes às parcerias público-privadas (PPP) na área do serviço público de saúde, e da definição da Rede de Cuidados Primários de Saúde.

Assim, estando desde já definida a intervenção de uma entidade reguladora sectorial para o sistema de saúde no que respeita a situações de participação ou cooperação de entidades privadas ou sociais no âmbito do serviço público de saúde, cabe, igualmente, determinar a sua intervenção no âmbito de outras formas institucionais de organização do serviço público de saúde, ou mesmo para além dele, com inclusão dos sectores privado e social da área da saúde.

Esta intervenção é tanto mais importante quando se encontra em curso uma profunda reforma do sector da saúde.

Com efeito, por um lado, no âmbito desta reforma o Serviço Nacional de Saúde (SNS) contará com uma participação acrescida e diversificada de operadores sociais e privados, integrados nas Redes Nacionais de Cuidados Primários, Hospitalares e Continuados.

Por outro lado, as próprias unidades hospitalares de saúde públicas passaram a dispor de uma grande autonomia de gestão, de tipo empresarial, num quadro de "mercado administrativo", que geram e potenciam dinâmicas novas que não podem ser reguladas de forma tradicional.

Verifica-se, assim, uma grande diversificação de plataformas institucionais, de onde sobressai a existência de mais de três dezenas de hospitais transformados em empresas públicas na modalidade de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos.

A potenciar esta diversificação, surgirão ainda novos hospitais do SNS construídos e geridos (durante o prazo da respectiva concessão) em "parceria público-privada", em regime de "private finance iniciative".

No que respeita aos próprios cuidados primários, os centros de saúde também foram objecto de uma profunda reforma, incluindo a possibilidade de "externalização" da sua gestão a grupos de profissionais ou a entidades privadas ou sociais.

Estas transformações têm duas importantes consequências em matéria de regulação, que implicam uma concomitante reforma desta.

Primeiro, por efeito das referidas reformas institucionais, parte das entidades prestadoras de cuidados de saúde do SNS, sejam públicas, sociais ou privadas por delegação ou concessão pública, deixam de estar sujeitas ao comando administrativo do Estado, como até agora sucedia.

Segundo, uma vez que a generalidade dos estabelecimentos do SNS vão estar sujeitos a uma lógica empresarial, e a depender portanto da quantidade e qualidade dos serviços que consigam produzir e prestar, isso pode gerar factores de competição indesejáveis que só podem ser prevenidos e corrigidos por intervenção de uma autoridade externa. Nestes termos impõe-se uma reforma do sistema de regulação e supervisão, assente nos seguintes princípios:

a) Separação da função do Estado como regulador e supervisor, em relação às suas funções de operador e de financiador, mediante a criação de um organismo regulador "dedicado";

b) Atribuição de uma forte independência ao organismo regulador, de modo a separar efectivamente as referidas funções e a garantir a independência da regulação, quer em relação ao Estado-operador, quer em relação aos operadores em geral.

São duas as razões principais para essa solução, em relação à tradicional solução da regulação governamental directa ou indirecta, por meio de direcções-gerais e de institutos públicos convencionais, submetidos a orientação ministerial.

Por um lado, a necessidade de estabelecer uma adequada distância entre a política e o mercado, conferindo à actuação reguladora uma estabilidade que só um autoridade independente pode proporcionar, justamente porque não sujeita à lógica do ciclo político eleitoral.

Por outro, mantendo o Estado, sobretudo nos serviços públicos, um papel muitas vezes decisivo como operador, então tudo justifica que o papel como regulador e como operador não se confundam, já que o regulador deve regular não somente os operadores sociais ou privados mas também os operadores públicos.

Torna-se então necessário prever os vários princípios em que assenta esse modelo:

a) Delimitação suficientemente rigorosa entre, por um lado, as tarefas de definição da orientação estratégica e das políticas para o sector – que devem competir ao Governo – e, por outro lado, a tarefa de regulação "secundária" e de supervisão técnico-administrativa e económica, que deve caber a um organismo independente do poder político;

RELAÇÕES COM O MINISTÉRIO DA SAÚDE

DOSSIER

b) Independência orgânica do órgão regulador, cujos membros devem ter um mandato relativamente longo e não devem poder ser destituídos, salvo por falta grave;
c) Independência funcional do órgão regulador, dentro dos limites legalmente impostos, e cujas funções devem estar imunes à interferência governamental, não estando sujeitas a orientações nem a tutela ministerial;
d) Garantias de independência face aos operadores, mediante o estabelecimento das necessárias incompatibilidades, períodos de "quarentena" a seguir ao termo de funções, etc.;
e) Definição de adequados mecanismos de "accountability" pública da entidade reguladora, quer pela transparência, procedimentalização e fundamentação das suas decisões, sobretudo as de natureza regulamentar, quer pela obrigação de publicação de um relatório anual sobre as suas actividades, quer pela possibilidade de ser chamada à comissão parlamentar competente.
Sendo criada uma entidade reguladora dedicada para o sector da saúde e atendendo à diversificação de entidades públicas, sociais e privadas que nele operam, onde se colocam problemas de regulação similares em áreas fundamentais relativas à garantia da equidade e ao acesso dos utentes aos cuidados de saúde, ao cumprimento dos requisitos de qualidade e à garantia de segurança e dos direitos dos cidadãos, julga-se adequado estender a acção da entidade reguladora quanto àqueles aspectos a todos os subsectores da saúde, incluindo as instituições e estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos sistemas social e privado, incluindo a prática liberal.
Assim:
Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

CAPÍTULO I

DISPOSI ´ES GERAIS

Artigo 1º
(Âmbito)

O presente diploma cria a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), definindo as suas atribuições, organização e funcionamento.

Artigo 2º
(Natureza e regime jurídico)

1 – A ERS é uma pessoa colectiva de direito público, dotada de autonomia administrativa e financeira e de património próprio.
2 – A ERS rege-se pelas normas constantes do presente diploma, pelas disposições legais que lhe sejam especificamente aplicáveis e subsidiariamente pelo regime jurídico dos institutos públicos.

Artigo 3º
(Objecto)

A ERS tem por objecto a regulação, a supervisão nos termos previstos no presente diploma e o acompanhamento da actividade dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde.

Artigo 4º
(Independência)

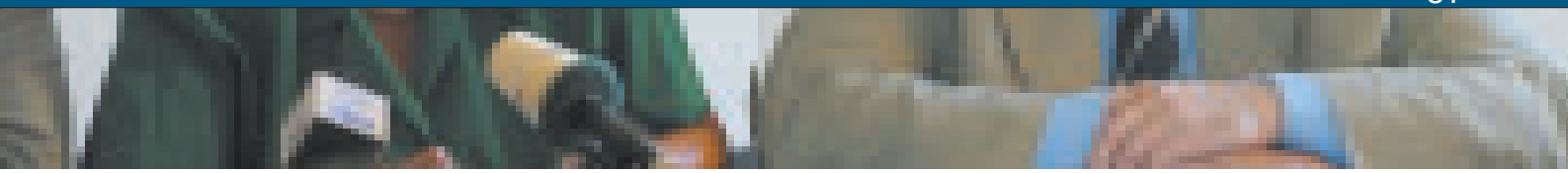
A ERS é independente no exercício das suas funções, no quadro da lei, sem prejuízo dos princípios orientadores da política de saúde fixada pelo Governo, nos termos constitucionais e legais, e dos actos sujeitos a tutela ministerial nos termos previstos na lei e no presente diploma.

Artigo 5º
(Princípio da especialidade)

1 – A capacidade jurídica da ERS abrange os direitos e obrigações necessários à prossecução do seu objecto.
2 – A ERS não pode exercer actividades ou usar os seus poderes fora das suas atribuições, nem dedicar os seus recursos a finalidades diversas das que lhe estão cometidas.

Artigo 6º
(Atribuições)

1 – São atribuições da ERS, regular nos termos da lei, e supervisionar de harmonia com o presente diploma, a actividade e o funcionamento dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, no que respeita ao cumprimento das suas obrigações legais e contratuais relativas ao acesso dos utentes aos cuidados de saúde, aos requisitos de qualidade e segurança e aos direitos dos utentes.
2 – Constituem, designadamente, atribuições da ERS:
a) Defender os interesses dos utentes;
b) Supervisionar o acesso das entidades do sector social e privado às actividades prestadoras de cuidados de saúde;
c) Promover a competitividade entre os operadores;
d) A execução da presente lei e do quadro legislativo e regulatório do sistema de saúde em geral, promovendo a sua divulgação, bem como dos direitos e obrigações dos operadores e dos utentes;
e) Colaborar com a Autoridade da Concorrência neste sector de actividade;
f) Acompanhar a actividade das entidades reguladoras afins e as experiências internacionais de regulação no sector da saúde e estabelecer relações com outras entidades reguladoras;
g) Desempenhar as demais funções que por lei lhe sejam atribuídas.
3 – Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, incumbe ainda à ERS, a pedido do Governo, pronunciar-se sobre:
a) Os contratos de concessão e gestão que envolvam as actividades de concepção, construção, financiamento, conservação e exploração de instituições e serviços, ou suas partes funcionalmente autónomas com responsabilidade pelas prestações de cuidados de saúde;
b) Outros modelos inovadores de gestão subjacentes à prestação de cuidados de saúde;
c) Os acordos, contratos e convenções subjacentes ao regime das convenções;



d) Os requisitos e as regras de licenciamento das entidades prestadoras de cuidados de saúde, respectivamente do sector social, privado e cooperativo;
e) Os requisitos e as regras de licenciamento das entidades gestoras de planos de seguro de saúde.

Artigo 7º
(Cooperação com outras entidades)

A ERS pode estabelecer formas de cooperação ou associação com outras entidades de direito público ou privado, nacionais e internacionais atinentes ao desempenho das suas atribuições, nomeadamente com outras entidades reguladoras afins, a nível nacional, comunitário ou internacional, quando isso se mostre necessário ou conveniente para a prossecução das respectivas atribuições.

Artigo 8º
(Entidades sujeitas a regulação)

1 – Estão sujeitos à regulação da ERS e para efeitos deste diploma considerados operadores:
a) As entidades, estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde integrados na Rede de Prestação de Cuidados de Saúde, independentemente da sua natureza jurídica;
b) As entidades externas titulares de acordos, contratos e convenções;
c) As entidades e estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos sectores social e privado, incluindo a pratica liberal;
d) As associações de entidades públicas ou privadas e as instituições particulares de solidariedade social que se dedicam à promoção e protecção da saúde, ainda que sob a forma de pessoa colectiva de utilidade pública administrativa e desenvolvem a respectiva actividade no âmbito da prestação de serviços de cuidados de saúde ou no seu apoio directo;
e) Os subsistemas de saúde;
f) As entidades gestoras dos planos de seguro de saúde.
2 – Não estão sujeitos à regulação da ERS:
a) Os profissionais de saúde no âmbito das atribuições das respectivas ordens ou associações profissionais;
b) Os estabelecimentos e serviços sujeitos a regulação sectorial específica, nomeadamente as farmácias.
3 – A ERS exerce as suas funções no território do Continente, sem prejuízo do estabelecimento de protocolos entre o Governo e os serviços de saúde das regiões autónomas.

CAPÍTULO II
COMPOSIÇÃO, COMPETÊNCIA E FUNCIONAMENTO DOS ÓRGÃOS

Artigo 9º
(Órgãos)

São órgãos da ERS:
a) O conselho directivo;
b) O provedor do utente;
c) O conselho consultivo;
d) O fiscal único.

SECÇÃO I
DO CONSELHO DIRECTIVO

Artigo 10º
(Função)

O conselho directivo é o órgão colegial responsável pela definição da actuação da ERS, bem como pela direcção dos respectivos serviços, em conformidade com a lei.

Artigo 11º
(Composição e nomeação)

1 – O conselho directivo é composto por um presidente e dois vogais.
2 – Os membros do conselho directivo são nomeados por resolução do Conselho de Ministros, sob proposta do Ministro da Saúde, de entre pessoas de reconhecidas idoneidade, independência, autoridade e competência técnica e profissional no sector.
3 – Não pode haver nomeação dos membros do conselho directivo depois da demissão do Governo ou da convocação de eleições para a Assembleia da República nem antes da confirmação parlamentar do Governo recém-nomeado.

Artigo 12º
(Incompatibilidades e impedimentos)

1 – Não pode ser nomeado membro do conselho directivo quem, no momento da nomeação ou nos últimos dois anos:
a) Seja ou tenha sido membro dos corpos gerentes de empresas, estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde sujeito à regulação da ERS, ou das respectivas entidades gestoras;
b) Exerça ou tenha exercido, no mesmo período, quaisquer outras funções de direcção no âmbito da alínea anterior;
c) Seja ou tenha sido membro dos corpos gerentes das associações sindicais ou empresariais do sector, bem como das ordens e demais corporações profissionais.
2 – Os membros do conselho directivo não podem:
a) Desempenhar quaisquer outras funções públicas ou profissionais, ainda que não remuneradas, ressalvadas as funções docentes no ensino superior em regime de tempo parcial;
b) Manter qualquer vínculo ou relação com as entidades sujeitas à regulação da respectiva ERS ou deter quaisquer interesses nas mesmas.
3 – Os membros do conselho directivo estão sujeitos ao regime de incompatibilidades e impedimentos estabelecidos na lei para os titulares de altos cargos públicos.
4 – Depois do termo do seu mandato e durante um período de dois anos os membros do conselho directivo não podem representar quaisquer pessoas ou interesses perante a ERS, nem estabelecer qualquer vínculo ou relação jurídica, com as entidades referidas no nº 1, tendo direito a um subsídio equivalente a 2/3 da respectiva remuneração se e enquanto não desempenharem qualquer outra função remunerada.

RELAÇÕES COM O MINISTÉRIO DA SAÚDE

DOSSIER

5 – O subsídio a que se refere o número anterior não é acumulável com indemnizações a que houver lugar por força de cessação de funções nos termos do nº 3 do artigo 14º.

Artigo 13º

(Duração do mandato)

1 – O presidente do conselho directivo é nomeado por um período de cinco anos, renovável.

2 – Os vogais do conselho directivo são nomeados por um período inicial de dois e três anos, respectivamente, sendo as nomeações subsequentes efectuadas por períodos de cinco anos, renováveis.

Artigo. 14º

(Cessação do mandato)

1 – Salvo o disposto no presente artigo os membros do conselho directivo da ERS não podem ser exonerados do cargo antes de terminar o prazo de nomeação.

2 – O conselho directivo só pode ser dissolvido mediante Resolução do Conselho de Ministros fundamentada, com base em tipificação de falta grave, de responsabilidade colectiva, apurada em inquérito feito por entidade independente, e precedendo parecer do conselho consultivo. Nomeadamente em caso de:

a) Incumprimento grave ou reiterado das disposições legais ou regulamentares, bem como das normas e orientações vinculantes da actividade do organismo;

b) Incumprimento substancial e injustificado do plano de actividades ou do orçamento.

3 – O mandato dos membros do conselho directivo cessa também colectivamente com a extinção do organismo ou fusão com outro.

4 – Os mandatos individuais só podem cessar:

a) Por morte ou incapacidade permanente;

b) Por renúncia;

c) Por incompatibilidade superveniente;

d) Por condenação por crime doloso ou em pena de prisão;

e) Por falta grave, nos termos do nº 2.

5 – No caso de cessação do mandato os membros do conselho directivo mantêm-se no exercício das suas funções até à efectiva substituição, salvo declaração ministerial de cessação de funções.

Artigo 15º

(Estatuto dos membros)

Os membros do conselho directivo estão sujeitos ao estatuto do gestor público em tudo o que não resulte do presente diploma, sendo a sua remuneração estabelecida por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde.

Artigo 16º

(Independência dos membros)

Sem prejuízo do disposto no presente diploma, os membros do conselho directivo são independentes no exercício das suas funções, não estando sujeitos a instruções ou orientações precisas.

Artigo 17º

(Competência)

1 – Compete ao conselho directivo, no âmbito da orientação e gestão do organismo:

a) Representar a ERS e dirigir a respectiva actividade;

b) Elaborar os planos anuais e plurianuais de actividades e assegurar a respectiva execução;

c) Elaborar o relatório de actividades;

d) Elaborar o balanço social, nos termos da lei aplicável;

e) Exercer os poderes de direcção, gestão e disciplina do pessoal;

f) Aprovar os regulamentos previstos na lei e os que sejam necessários ao desempenho das atribuições do organismo;

g) Praticar os demais actos de gestão decorrentes da aplicação da lei e necessários ao bom funcionamento dos serviços;

h) Nomear os representantes da ERS em organismos exteriores;

i) Elaborar os pareceres, estudos e informações que lhe sejam solicitados pelo Governo.

2 – Compete ao conselho directivo, no domínio da gestão financeira e patrimonial:

a) Elaborar o orçamento anual e assegurar a respectiva execução;

b) Arrecadar e gerir as receitas e autorizar as despesas;

c) Elaborar a conta de gerência;

d) Gerir o património;

e) Aceitar doações, heranças ou legados;

f) Exercer os demais poderes previstos nos no presente diploma e que não estejam atribuídos à competência de outro órgão.

Artigo 18º

(Funcionamento)

1 – O conselho directivo reúne uma vez por semana e extraordinariamente sempre que o presidente o convoque, por sua iniciativa ou a solicitação dos vogais.

2 – Nas votações não há abstenções.

3 – A acta das reuniões deve ser aprovada e assinada por todos os membros presentes.

Artigo 19º

(Competência do presidente)

1 – Compete, em especial, ao presidente do conselho directivo:

a) Presidir às reuniões, orientar os seus trabalhos e assegurar o cumprimento das respectivas deliberações;

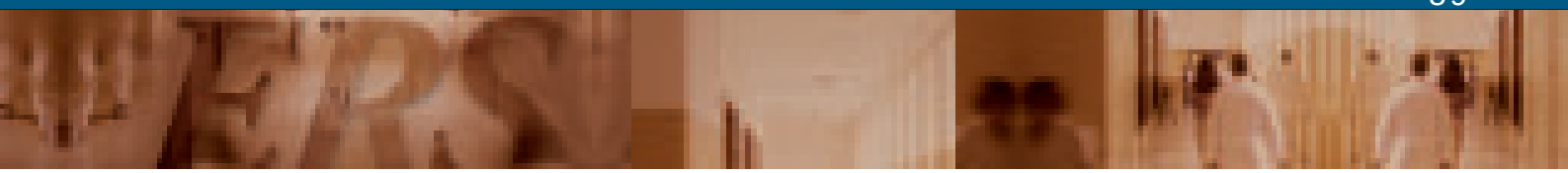
b) Representar o organismo em juízo e fora dele;

c) Assegurar as relações com o Governo e com os demais organismos públicos;

d) Solicitar pareceres ao fiscal único e ao conselho consultivo;

e) Exercer as competências que lhe sejam delegadas pelo conselho directivo.

2 – Sem prejuízo do disposto no nº 4 do artigo 14º do Código do Procedimento Administrativo, o presidente ou o seu substituto legal poderão opor o veto às deliberações que reputem contrárias à lei, aos regulamentos ou ao interesse público, as quais só podem ser reapreciadas após novo procedimento decisório, incluindo a audição das entidades que o presidente entenda deverem voltar a pronunciar-se.



Artigo 20º
(Responsabilidade dos membros)

1 – Os membros do conselho directivo são solidariamente responsáveis pelos actos praticados no exercício das suas funções.
2 – Estão isentos de responsabilidade os membros do conselho directivo que, tendo estado presentes na reunião em que foi tomada a deliberação, tiverem manifestado o seu desacordo em declaração registada na respectiva acta, bem como os membros ausentes que tenham declarado por escrito o seu desacordo que igualmente será registado na acta.

Artigo 21º
(Substituição e representação)

1 – O presidente é substituído, nas suas faltas e impedimentos pelo vogal que ele indicar e, na falta deste ou da respectiva indicação, pelo vogal mais antigo.
2 – A ERS é representada na prática de actos jurídicos pelo presidente do conselho directivo, ou por dois dos seus membros, ou por representantes especialmente designados por eles, nos termos do presente diploma.

SECÇÃO II
DO PROVEDOR DO UTENTE

Artigo 22º
(Função)

O provedor do utente é o órgão especificamente encarregado de zelar pelo respeito dos direitos e interesses legítimos dos utentes dos serviços de saúde.

Artigo 23º
(Nomeação e mandato)

1 – O provedor do utente é nomeado pelo Ministro da Saúde, sob proposta do conselho directivo da ERS.
2 – O mandato do provedor tem a duração de três anos, renováveis.
3 – O provedor é equiparado, para todos os efeitos legais, ao estatuto de director geral no âmbito da Administração Pública Central.

Artigo 24º
(Competência)

1 – Compete ao provedor:
a) Gerir os registos das queixas, que devem ser mantidos pelos prestadores de cuidados de saúde, bem como o seguimento que lhes tenha sido dado pelos mesmos;
b) Analisar as queixas dos utentes dos serviços de saúde que lhe sejam directamente endereçadas e, se concluir pela sua procedência, recomendar ao operador em causa as medidas necessárias para corrigir a situação.
2 – Quanto tal se afigure apropriado, o provedor pode ainda propor ao conselho directivo, o envio das queixas para as entidades competentes em função da respectiva matéria.

SECÇÃO III
DO CONSELHO CONSULTIVO

Artigo 25º
(Função)

O conselho consultivo é o órgão de consulta e participação na definição das linhas gerais de actuação da ERS e nas tomadas de decisão do conselho directivo.

Artigo 26º
(Composição)

1 – O conselho consultivo é composto por:
a) Representantes das entidades referidas no nº 1 do artigo 8º;
b) Representantes dos utentes;
c) Representantes das Ordens e demais associações profissionais do sector;
d) Representantes de outros organismos públicos com ligações ao sector da saúde;
e) Personalidades independentes com saber e/ou experiência no sector, a designar pelo Conselho directivo.
2 – Os membros previstos na alínea a) do nº 1 não podem ser menos de 1/3 do número total de membros do conselho, incluindo uma representação equitativa dos vários subsectores, e os membros previstos na alínea b) não podem ser inferiores a 1/4 do número total de membros.
3 – O exercício dos cargos do conselho consultivo não é remunerado.
4 – A composição, modo de designação dos membros e organização do conselho consultivo são estabelecidas por portaria do Ministro da Saúde, sob proposta do conselho directivo.

Artigo 27º
(Competência)

1 – Compete ao conselho consultivo dar parecer, sobre todas as questões respeitantes às funções reguladoras da ERS, nomeadamente no que respeita à salvaguarda dos interesses dos utentes e cumprimento dos requisitos inerentes à qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde.
2 – Compete ainda ao conselho consultivo, pronunciar-se sobre:
a) Os planos anuais e plurianuais de actividades e o relatório de actividades;
b) O relatório e conta de gerência e o relatório anual do órgão de fiscalização;
c) O orçamento e as contas;
d) Os regulamentos internos do organismo;
e) Outros assuntos que lhe sejam submetidos a apreciação pelo conselho directivo.
3 – O conselho consultivo pode apresentar ao conselho directivo sugestões ou propostas destinadas a fomentar ou aperfeiçoar as actividades da ERS.

Artigo 28º
(Funcionamento)

1 – O conselho consultivo reúne ordinariamente pelo menos duas vezes por ano, e extraordinariamente sempre que convocado pelo seu presidente, a pedido de um terço dos seus membros, ou por solicitação do conselho directivo.
2 – Podem participar nas reuniões, sem direito a voto, por convocação do respectivo presidente, quaisquer pessoas ou entidades cuja presença seja considerada necessária para esclarecimento dos assuntos em apreciação.

RELAÇÕES COM O MINISTÉRIO DA SAÚDE

DOSSIER

SECÇÃO IV

DO RGO DE FISCALIZAÇÃO

Artigo 29º
(Função)

O fiscal único é o órgão responsável pelo controlo da legalidade e economicidade da gestão financeira e patrimonial da ERS e de consulta do conselho directivo nesse domínio.

Artigo 30º
(Fiscal único)

1 – O fiscal único é nomeado por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde, por um período de três anos.
2 – O fiscal único deve ser revisor oficial de contas ou sociedade de revisores Oficiais de contas.
3 – O fiscal único terá sempre um suplente.
4 – O fiscal único rege-se pelas disposições legais respeitantes ao exercício da actividade de revisor oficial de contas, devendo a respectiva remuneração ser fixada por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde.
5 – Não pode ser designado fiscal único ou suplente quem for beneficiário de vantagens particulares das entidades constantes do nº 1 do artigo 8º, aí tenha exercido funções de administração nos últimos três anos, nem os revisores oficiais de contas em relação aos quais se verifiquem outras incompatibilidades previstas na lei.

Artigo 31º
(Competência)

1 – Compete ao fiscal único:
a) Acompanhar e controlar com regularidade o cumprimento das leis e regulamentos aplicáveis, a execução orçamental, a situação económica, financeira e patrimonial e analisar a contabilidade;
b) Dar parecer sobre o orçamento e sobre as suas revisões e alterações;
c) Dar parecer sobre o relatório e conta de gerência;
d) Dar parecer sobre a aquisição, arrendamento, alienação e oneração de bens imóveis;
e) Dar parecer sobre a aceitação de doações, heranças ou legados;
f) Dar parecer sobre a contracção de empréstimos, quando a ERS esteja habilitado a fazê-lo;
g) Manter o conselho directivo informado sobre os resultados das verificações e exames a que proceda;
h) Elaborar relatórios da sua acção fiscalizadora, incluindo um relatório anual global;
i) Propor a realização de auditorias externas, quando isso se revelar necessário ou conveniente;
j) Pronunciar-se sobre todos os assuntos que lhe sejam submetidos pelo conselho directivo.
2 – O prazo para elaboração dos pareceres referidos no número anterior é de 30 dias a contar da recepção dos documentos a que respeitam, podendo ser encurtado por determinação do presidente do conselho directivo em casos de urgência devidamente fundamentados.
3 – Para exercício da sua competência, o fiscal único tem direito a:
a) Obter do conselho directivo as informações e esclarecimentos que repute necessários;
b) Aceder livremente a todos os serviços e à documentação do organismo, podendo requisitar a presença dos respectivos responsáveis, e solicitar os esclarecimentos que considere necessários;
c) Tomar ou propor as demais providências que considere indispensáveis.

CAPÍTULO III

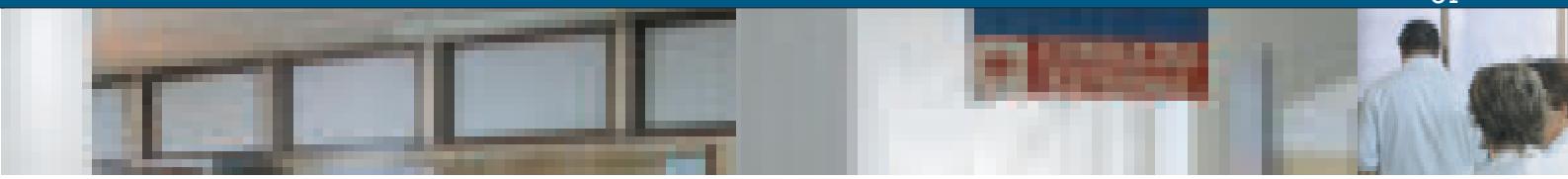
PODERES E PROCEDIMENTOS REGULATÓRIOS

Artigo 32º
(Objectivos da regulação)

1 – São objectivos da actividade reguladora da ERS, em geral:
a) Assegurar o direito de acesso universal e igual a todas as pessoas ao serviço público de saúde;
b) Garantir adequados padrões de qualidade dos serviços de saúde;
c) Assegurar os direitos e interesses legítimos dos utentes;
2 – Para efeitos do disposto na alínea a) do número anterior, incumbe à ERS:
a) Zelar pelo respeito da liberdade de escolha nas unidades de saúde privadas;
b) Promover a garantia do direito de acesso universal e equitativo ao serviço público de saúde;
c) Prevenir e combater as práticas de indução artificial da procura de cuidados de saúde;
d) Prevenir e punir as práticas de rejeição discriminatória ou infundada de pacientes nos estabelecimentos e serviços do SNS.
3 – No domínio da garantia de qualidade incumbe à ERS:
a) Avaliar os padrões e indicadores de qualidade subjacentes aos cuidados de saúde prestados e verificar a sua aplicação;
b) Avaliar os requisitos necessários ao exercício de cargos de direcção técnica nos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde.
4 – Em matéria de acreditação compete à ERS:
a) Avaliar os critérios fixados para os procedimentos de acreditação de estabelecimentos e serviços;
b) Monitorar o cumprimento das obrigações inerentes à acreditação dos estabelecimentos e serviços.
5 – Em matéria de defesa dos direitos e interesses legítimos dos utentes incumbe à ERS:
a) Definir critérios básicos relativos à carta dos direitos dos utentes dos serviços de saúde e proceder à sua homologação e registo;
b) Zelar pelo respeito dos preços administrativamente fixados ou convencionados no SNS.

Artigo 33º
(Poderes regulamentares)

No exercício de poderes de regulamentação sobre os serviços e entidades sujeitas à sua regulação, incumbe à ERS, designadamente:
a) Emitir recomendações e directivas;
b) Homologar regulamentos de segurança e qualida-



de próprios dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde;
c) Homologar códigos de conduta, manuais de boas práticas e "cartas de direitos dos utentes" dos estabelecimentos e serviços;
d) Aprovar os regulamentos necessários à execução da presente lei, que não sejam competência do Ministro da Saúde.

Artigo 34º
(Poderes de supervisão)

No exercício dos seus poderes de supervisão incumbe à ERS:
a) Fazer cumprir as leis e demais normas aplicáveis, efectuar os registos legalmente exigidos, conceder autorizações e aprovações ou homologações nos casos legalmente previstos, emitir ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências, sempre que tal seja necessário;
b) Fiscalizar a aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às actividades sujeitas à sua jurisdição.

Artigo 35º
(Poderes sancionatórios)

1 – No exercício dos seus poderes sancionatórios, incumbe à ERS:
a) Desencadear os procedimentos sancionatórios em caso de infracções administrativas, adoptar as necessárias medidas provisórias e aplicar as devidas sanções;
b) Denunciar às entidades competentes as infracções cuja punição não caiba na sua competência;
c) Determinar aos operadores a indemnização pelos danos causados aos utentes.
2 – A ERS pode ainda propor, no âmbito das atribuições definidas no artigo 6º, a suspensão ou revogação da licença dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do sector privado.

Artigo 36º
(Registos e ficheiros)

Incumbe à ERS proceder ao registo público das seguintes entidades:
a) Entidades e estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do sector privado;
b) Entidades e estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos sectores social e cooperativo;
c) Entidades e estabelecimentos convencionados;
d) Entidades gestoras de seguros de saúde.

Artigo 37º
(Promoção e defesa da concorrência)

1 – Compete à ERS fomentar e garantir a observância das regras da concorrência nas actividades sujeitas à sua jurisdição regulatória.
2 – Incumbe à ERS denunciar à Autoridade da Concorrência as práticas restritivas da concorrência de que tenha conhecimento e colaborar com aquela no correspondente procedimento sancionatório, de harmonia com o disposto na Lei nº 18/03, de 11 de Junho.

Artigo 38º
(Conflitos entre operadores)

A fim de promover a resolução de conflitos entre operadores sujeitos à sua jurisdição, ou entre eles e os seus clientes ou terceiros, cabe à ERS efectuar acções de conciliação ou arbitragem sempre que tal esteja previsto na lei e mediante solicitação dos interessados.

Artigo 39º
(Queixas e reclamações dos utentes)

1 – Todos os operadores sujeitos à actividade reguladora jurisdição da ERS são obrigados a ter à disposição dos seus utentes um formulário, de modelo por ela aprovado, para colher a sua opinião sobre os serviços recebidos.
2 – Todos os operadores prestadores de cuidados de saúde são obrigados a ter um livro de reclamações em cada serviço e a registar as reclamações e queixas avulsas dos utentes, devendo decidi-las no prazo de 30 dias e a enviar mensalmente cópias das reclamações recebidas ao Provedor do utente da ERS.
3 – Os utentes podem endereçar queixas e reclamações directamente ao Provedor do utente da ERS.
4 – O Provedor do utente, depois de ouvido o operador em causa e efectuar as demais diligências apropriadas, se concluir pela procedência da queixa, recomendará ao operador em causa as medidas necessárias para corrigir a situação.

Artigo 40º
(Obrigações dos operadores quanto à informação)

1 – Incumbe aos operadores prestar à ERS toda a cooperação que esta lhes solicite para o cabal desempenho das suas funções, designadamente as informações e documentos que lhe sejam solicitados, os quais devem ser fornecidos no prazo máximo de 30 dias, salvo se outro prazo menor for estabelecido por motivos de urgência.
2 – A ERS pode proceder à divulgação das informações obtidas, sempre que isso seja relevante para a regulação do sector, salvo se a ela, fundamentadamente, o operador se opuser.

Artigo 41º
(Actividade de fiscalização)

Os agentes da entidade reguladora que desempenhem funções de fiscalização, quando se encontrem no exercício das suas funções, serão equiparados aos agentes de autoridade, estando, nessa medida, habilitados a:
a) Identificar, para posterior actuação, as entidades que infrinjam as leis e regulamentos sujeitos à fiscalização da entidade reguladora;
b) Reclamar o auxílio das autoridades administrativas quando o julguem necessário ao desempenho das suas funções;
c) Aceder às instalações dos operadores, assim como aos seus documentos e livros.

Artigo 42º
(Procedimento regulamentar)

1 – Antes da aprovação ou alteração de qualquer regulamento de eficácia externa, salvo caso de urgência, que deverá ser fundamentado, o conselho directivo

DOSSIER

deve transmitir o respectivo projecto ao Ministro da Saúde e ao conselho consultivo, bem como facultar às entidades empresariais, associações profissionais e associações de consumidores relevantes o acesso aos textos respectivos e disponibilizando-os no seu website.
2 – Para efeitos do número anterior, é fixado um prazo mínimo de 30 dias durante o qual os interessados podem emitir os seus comentários e apresentar sugestões, devendo no mesmo prazo ser emitido o parecer do Conselho consultivo.
3 – As entidades previstas no nº 1 podem ter acesso a todas as sugestões que tenham sido apresentadas nos termos do presente artigo.
4 – O relatório preambular dos regulamentos fundamenta as decisões tomadas, com necessária referência às críticas ou sugestões que tenham sido feitas ao projecto.
5 – Os regulamentos que contenham normas de eficácia externa são publicados no Diário da República, 2ª série e disponibilizados no website da ERS.

Artigo 43º
(Procedimentos regulatórios singulares)

As decisões singulares seguem o procedimento administrativo comum previsto no Código do Procedimento Administrativo (CPA) relativamente aos actos administrativos, incluindo especialmente o direito de participação dos interessados.

Artigo 44º
(Sanções e medidas pecuniárias compulsórias)

Salvo quando outra sanção mais pesada estiver especialmente prevista, a ERS pode punir as infracções às leis, regulamentos, ou o incumprimento das suas próprias injunções, com coimas definidas nos termos deste diploma, as quais poderão duplicar em caso de reincidência nos cinco anos seguintes.

Artigo 45º
(Procedimentos sancionatórios)

1 – Os procedimentos sancionatórios respeitam o princípio da audiência e defesa dos interessados, do contraditório e demais princípios constantes do CPA e, quando for caso disso, do regime geral dos ilícitos de mera ordenação-social.
2 – As sanções aplicadas são tornadas públicas.

Artigo 46º
(Cooperação de outras entidades e serviços)

1 – Todos os operadores sujeitos à actividade reguladora da ERS nos termos do artigo 8º, devem corresponder às solicitações que lhes sejam dirigidas pela ERS no âmbito das atribuições e competências desta entidade.
2 – As instituições e serviços públicos, em especial os serviços centrais do Ministério da Saúde e as instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde integrados no SNS, devem prestar à ERS toda a cooperação tida por necessária e conveniente para o cabal desenvolvimento das acções determinadas pela ERS no âmbito das respectivas atribuições e competências.

CAPÍTULO IV
TUTELA E RESPONSABILIDADE DA ERS

Artigo 47º
(Tutela)

1 – Sem prejuízo da sua independência orgânica e funcional, a ERS está sujeita à tutela do Ministro da Saúde e, sempre que aplicável, do Ministro das Finanças, nos termos da presente lei e demais legislação aplicável.
2 – Carecem de aprovação ministerial:
a) O plano de actividades e o orçamento;
b) O relatório de actividades e as contas;
c) Os demais actos excepcionalmente indicados em lei geral ou nos regulamentos.
3 – Carecem de autorização ministerial:
a) A aquisição ou alienação de bens imóveis, nos termos da lei;
b) A realização de operações de crédito;
c) A aceitação de doações, heranças ou legados;
d) Outros actos de incidência patrimonial ou financeira previstos na lei ou nos estatutos.
4 – A aprovação ou autorização considera-se tacitamente concedida ao fim de 60 dias e só podem ser denegadas, em decisão fundamentada.

Artigo 48º
(Responsabilidade disciplinar, financeira, civil e penal)

A ERS, os titulares dos seus órgãos e os funcionários, agentes e trabalhadores ao seu serviço, respondem financeira, civil, criminal e disciplinarmente pelos actos e omissões que pratiquem no exercício das suas funções, nos termos da Constituição e da lei.

Artigo 49º
(Relatório de actividades)

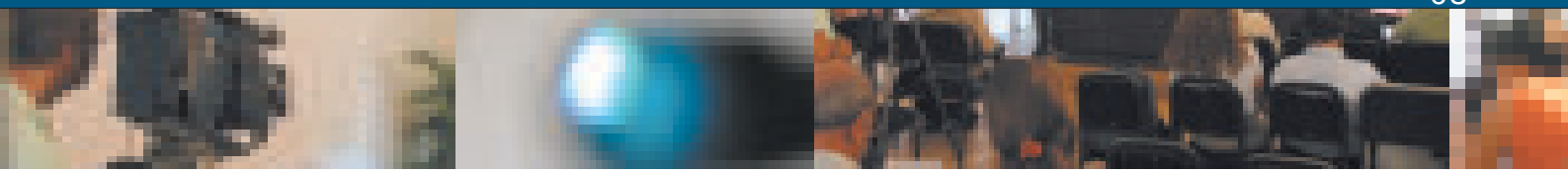
A ERS, anualmente, elabora e envia ao Governo um relatório sobre a respectiva actividade reguladora, o qual será igualmente publicado.

Artigo 50º
(Sujeição à actividade das entidades independentes de controlo da Administração Pública)

A ERS fica sujeita ao exercício da competência das entidades independentes de controlo da Administração Pública.

Artigo 51º
(Controlo jurisdicional)

1 – A actividade da ERS de natureza administrativa fica sujeita à jurisdição administrativa, nos termos da respectiva legislação.
2 – As sanções por infracções contra-ordenacionais são impugnáveis, nos termos gerais, junto dos tribunais judiciais.
3 – Das decisões proferidas no âmbito da resolução arbitral de litígios cabe recurso para os tribunais judiciais, nos termos previstos na lei.



CAPÍTULO V

DAS INFRAC ˝ES E SAN ˝ES

SECÇÃO I

ENQUADRAMENTO

Artigo 52º
(Qualificação)

1 – Constitui contra-ordenação punível para cada um dos operadores parte na infracção:
a) A violação das regras definidas legalmente quanto à garantia do acesso, qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde;
b) A indução artificial da procura de cuidados de saúde;
c) O desrespeito de condições ou obrigações impostas pela ERS, nos termos das atribuições definidas no artigo 6º;
d) O desrespeito por decisão que decrete quaisquer medidas provisórias e cautelares por parte da ERS;
e) A não prestação ou a prestação de informações falsas, inexactas ou incompletas, em resposta a pedido da ERS no uso dos seus poderes sancionatórios ou de supervisão;
f) A não colaboração com a ERS ou a obstrução ao exercício por esta dos poderes previstos nos artigos 40º e 41º.
2 – Em caso de falta de comparência injustificada, em diligência de processo para que tenham sido regularmente notificados, de testemunhas, peritos, ou representantes doa operadores queixosos ou infractores, a ERS pode aplicar uma coima de valor máximo de 2 unidades de conta.
3 – Nos casos previstos nos números anteriores, se a contra-ordenação consistir na omissão do cumprimento de um dever jurídico ou de uma ordem emanada da ERS, a aplicação da coima não dispensa o infractor do cumprimento do dever, se este ainda for possível.
4 – A negligência é punível, sendo neste caso reduzidos a metade os montantes das coimas fixados no artigo seguinte.

Artigo 53º
(Coimas)

1 – Constitui contra-ordenação punida com coima entre ¤ 10.000,00 e ¤ 50.000,00 o exercício de actividade por parte do operador que tipifique o disposto nas alíneas a) a c) do nº 1 do artigo anterior.
2 – Constitui contra-ordenação punida com coima entre ¤ 1.000,00 e ¤ 5.000,00, a violação do disposto nas alíneas e) e f) do nº 1 do artigo anterior.

Artigo 54º
(Critérios de determinação da medida da coima)

As coimas a que se refere o artigo anterior são fixadas tendo em consideração, entre outras, as seguintes circunstâncias:
a) A gravidade da infracção para o equilíbrio do funcionamento do sistema de saúde;
b) As vantagens de que hajam beneficiado os infractores;
c) O grau de participação na infracção;
d) A colaboração prestada à ERS, até ao termo do procedimento administrativo;
e) O comportamento do infractor na eliminação das práticas proibidas e na reparação dos prejuízos causados.

Artigo 55º
(Sanções acessórias)

Caso a gravidade da situação o justifique, a ERS promove a publicação, a expensas do infractor, da decisão proferida no âmbito de processo instruído ao abrigo do presente diploma em sede de Diário da República, e ou num jornal de expansão nacional, regional ou local, consoante o mercado geográfico relevante em que a prática proibida produziu os seus efeitos.

Artigo 56º
(Responsabilidade)

1 –Pela prática das contra-or denações previstas nesta lei, podem ser responsabilizadas pessoas colectivas, independentemente da regularidade da sua constituição, sociedades e associações sem personalidade jurídica.
2 –As pessoas colectivas e as entidades que lhes estão equiparadas, são responsáveis pelas contra-ordenações previstas nesta lei, quando os factos hajam sido praticados no exercício das suas funções, em seu nome ou por sua conta, pelos titulares dos seus órgãos sociais, mandatários, representantes ou trabalhadores..

Artigo 57º
(Prescrição)

1 –O pr ocedimento de contra-ordenação extingue-se por prescrição, no prazo de três anos.
2 –O prazo de pr escrição das sanções é de cinco anos a contar do dia em que se torna definitiva ou transitada em julgado a decisão que determinou a sua aplicação.
3 –O prazo de pr escrição suspende-se ou interrompe-se, nos casos previstos nos artigos 27º A e 28º do Decreto-Lei nº 433/82, de 27 de Outubro na redacção que lhe foi dada pelo Decreto-Lei nº 109/01, de 24 de Dezembro.

SECÇÃO II

DOS RECURSOS

Artigo 58º
(Regime jurídico)

Salvo disposição em sentido diverso da presente lei, aplicam-se à interposição, ao processamento e ao julgamento dos recursos, os artigos seguintes e subsidiariamente o regime geral dos ilícitos de mera ordenação social.

Artigo 59º
(Tribunal competente e efeitos)

1 –Das decisões pr oferidas pela ERS que determinem a aplicação de coimas ou de outras sanções previstas, cabe recurso para os tribunais judiciais, nos termos da lei.
2 –Das demais decisões, despachos ou outras medidas adoptadas pela ERS cabe recurso para os tribunais judiciais, com efeito meramente devolutivo, nos termos e limites fixados no nº 2 do artigo 55º do Decreto-Lei nº 433/82, de 27 de Outubro.

Artigo 60º
(Regime processual)

1 –Interposto o r ecurso de uma decisão da ERS, esta remete os autos ao ministério Público no prazo de vinte dias úteis, podendo juntar alegações.
2 –Sem pr ejuízo do disposto no artigo 70º do Decreto-Lei nº 433/82, de 27 de Outubro, na redacção que lhe foi conferida pelo Decreto-Lei nº 244/95, de 14 de Setembro, a ERS pode juntar outros elementos ou informações que considera relevantes para a decisão da causa, bem como oferecer meios de prova.

Artigo 61º
(Regime processual em sede de procedimentos administrativos)

À interposição, ao processamento e ao julgamento dos recursos referidos é aplicável o regime de impugnação contenciosa de actos administrativos definido no Código do Processo nos Tribunais Administrativos.

CAPÍTULO VI
GEST O FINANCEIRA E PATRIMONIAL

Artigo 62º
(Regras gerais)

1 – A ERS dispõe de autonomia financeira e patrimonial, nos termos da lei.
2 – Para efeitos de autorização de despesas de aquisição e prestação de bens móveis e serviços o conselho directivo tema mesma competência que a prevista para os órgãos máximos de gestão dos institutos públicos, de harmonia com o disposto no Decreto-Lei nº 197/99, de 8 de Junho.

Artigo 63º
(Património)

1 –A ERS dispõe de património próprio, constituído pelos seus bens, direitos e obrigações de conteúdo económico.
2 –A ERS elabora e mantêm actualizado, com aplicação dos critérios de valorimetria estabelecidos, o inventário de bens e direitos, tanto os próprios como os do Estado que lhes estejam afectados.
3 –Em caso de extinção, o património da ERS r everte para o Estado, salvo quando se tratar de fusão ou incorporação noutra entidade, caso em que o património pode reverter para o novo organismo.

Artigo 64º
(Receitas)

1 –Constituem r eceitas da ERS:
a) As contribuições das entidades gestoras dos hospitais em regime de parceria público-privada;
b) Taxas pelos serviços prestados, incluindo os registos legalmente exigidos e emissão de certidões e pareceres;
c) Taxas cobradas pelo registo dos operadores constantes do nº 1 o artigo 8º;
d) Coimas aplicadas pelas infracções que lhe compete sancionar;
e) Comparticipações ou subvenções concedias por quaisquer entidades, bem como o produto de doações, heranças ou legados;
f) O produto dos serviços prestados a terceiros e da venda das suas publicações e estudos;
g) A remuneração de aplicações financeiras no tesouro;
h) Dotações do Orçamento do Estado;
i) Quaisquer outras receitas previstas na lei.
2 –Sem pr ejuízo do disposto no número anterior, 60% do produto da receita a que se refere a alínea d), reverte para os cofres do Estado.
3 –Os critérios e cálculo r elativos às contribuições e taxas previstas nas alíneas a), b) e c) do nº 1 são aprovados por Portaria do Ministro da Saúde.
4 –As taxas são liquidadas e cobradas nos termos definidos em regulamento da ERS.
5 –A cobrança coer civa das dívidas provenientes da falta de pagamento das taxas far-se-á através de processo de execução fiscal, servindo de título executivo a certidão emitida para o efeito pela ERS.

Artigo 65º
(Despesas)

1 –Constituem despesas da ERS as que r esultem de encargos decorrentes da prossecução das respectivas atribuições, designadamente:
a) Os encargos com pessoal;
b) Os encargos com aquisição, manutenção, aluguer, arrendamento de bens e equipamentos;
c) Os encargos com o financiamento dos seus serviços e com a realização de diligências e outras operações decorrentes das suas atribuições;
d) Os encargos com a aquisição de bens e serviços, nomeadamente as resultantes da colaboração referida no artigo 46º.
2 –A ERS está sujeita aos pr ocedimentos do regime da contratação pública no respeitante à aquisição ou locação de bens móveis e à aquisição e prestação de serviços.

Artigo 66º
(Contabilidade, contas e tesouraria)

1 –A ERS aplica o Plano Oficial de Contas dos ser viços de saúde.
2 –São aplicáveis à ERS os princípios e as r egras da unidade de tesouraria do Estado.

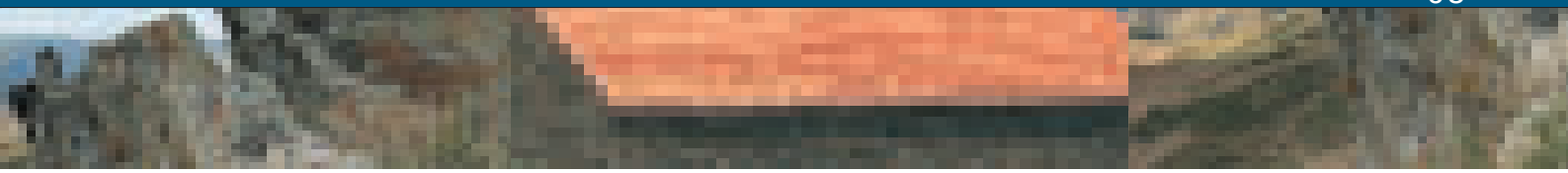
CAPÍTULO VII
SERVI OS E PESSOAL

Artigo 67º
(Serviços)

1 – A ERS dispõe dos serviços de apoio indispensáveis à efectivação das suas atribuições.
2 – O regulamento interno dos serviços é aprovado por Portaria conjunta dos Ministros das Finanças e do Ministro da Saúde sob proposta do conselho directivo, com parecer do conselho consultivo.

Artigo 68º
(Regime e quadro de pessoal)

1 – A ERS dispõe de um quadro de pessoal aprovado



por Portaria conjunta dos Ministros das Finanças e da Saúde.
2 – O pessoal da ERS está sujeito ao regime do contrato individual de trabalho, sendo abrangido pelo regime geral da segurança social.
3 – Para efeitos do disposto no número anterior, o recrutamento do pessoal obedece aos seguintes princípios:
a) Publicitação da oferta de emprego, nos termos da lei;
b) Igualdade de condições e oportunidades dos candidatos;
c) Aplicação de métodos e critérios objectivos de avaliação e selecção;
d) Fundamentação da decisão tomada.
4 – A adopção do regime do contrato individual de trabalho não dispensa o cumprimento dos requisitos e limitações decorrentes da prossecução do interesse público, nomeadamente respeitantes a acumulações e incompatibilidades legalmente estabelecidos para os funcionários públicos e agentes no âmbito da Administração Pública Central.

Artigo 69º
(Mobilidade)

1 – A ERS pode solicitar a colaboração de pessoal vinculado à Administração Pública central, regional local ou pertencente a quadros de empresas públicas ou privadas, para o desempenho de funções inerentes às respectivas atribuições.
2 – Ao pessoal vinculado à Administração Pública aplica-se o regime de destacamento e requisição ou de comissão de serviço, com garantia do lugar de origem e dos direitos nele adquiridos, contando-se, para todos os efeitos legais, o período de destacamento, requisição ou de comissão de serviço como tempo de serviço prestado nos quadros de origem.
3 – A ERS contribuirá para o financiamento da Caixa Geral de Aposentações com uma importância mensal de montante igual ao das quotas pagas pelos trabalhadores abrangidos pelo regime de protecção social da função pública ao seu serviço.
4 – A requisição de outros trabalhadores depende igualmente de solicitação da ERS aos órgãos dirigentes das empresas em cujos quadros o trabalhador se integra, bem como da aquiescência deste.
5 – Os trabalhadores integrados do quadro da ERS podem desempenhar funções noutras entidades, sem prejuízo do disposto no número seguinte, em regime de comissão de serviço, com garantia do seu lugar de origem e dos direitos nele adquiridos, considerando-se tal período como tempo de serviço efectivamente prestado na ERS.
6 – O pessoal da ERS não pode prestar trabalho ou outros serviços, remunerados ou não, no âmbito das entidades referidas no nº 1 do artigo 8º.

CAPÍTULO VIII

DISPOSI ˜ES FINAIS E TRANSIT RIAS

Artigo 70º
(Sigilo)

1 – Os titulares dos órgãos da ERS e respectivos mandatários, bem como o seu pessoal independentemente da natureza jurídica do seu vínculo, estão especialmente obrigados a guardar sigilo dos factos cujo conhecimento lhes advenha pelo exercício das suas funções.
2 – A violação do sigilo constitui infracção grave para efeitos de responsabilidade disciplinar, independentemente da eventual responsabilidade civil e penal correspondente.

Artigo 71º
(Página electrónica)

A ERS deve disponibilizar um sítio na Internet, com todos os dados relevantes, nomeadamente os diplomas legislativos e regulamentares que a regulam, os regulamentos internos, a composição dos seus órgãos, incluindo os registos biográficos dos respectivos titulares, os planos, orçamentos, relatórios e contas dos últimos dois anos, bem como os principais instrumentos regulatórios em vigor.

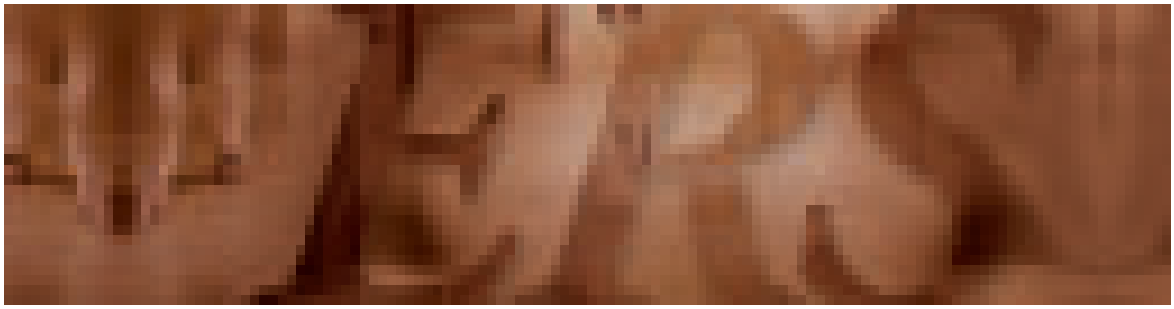
Artigo 72º
(Regulamentação)

No prazo de 120 dias após a entrada em vigor do presente diploma, são publicadas:
a) A Portaria reguladora da composição do conselho consultivo;
b) A Portaria reguladora dos seus serviços;
c) A Portaria reguladora da contribuição das entidades reguladas para o orçamento da ERS.

Artigo 73º
(Entrada em vigor)

O presente diploma entra em vigor 30 dias após a sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de
O Primeiro-Ministro
A Ministra das Finanças
A Ministra da Justiça
O Ministro da Economia
O Ministro da Saúde
O Ministro da Solidariedade e do Trabalho



RELAÇÕES COM O MINISTÉRIO DA SAÚDE

DOSSIER

DOCUMENTO A (20-07-03)

INTERNATOS MÉDICOS — RESPOSTA DO CRNOM AO SENHOR MINISTRO DA SAÚDE

1 –A Or dem dos Médicos participou em duas reuniões com o Senhor Ministro da Saúde com vista à discussão de uma proposta do Senhor Ministro sobre internatos médicos, tendo sido convocada para amanhã, dia 21 de Julho, para uma nova reunião.

2 – Hoje, curiosamente na véspera da reunião com a Ordem dos Médicos, resolveu o Senhor Ministro exprimir publicamente as suas opiniões sobre formação médica.

3 – Face à divulgação pública das posições do Senhor Ministro da Saúde, entende o CRN da OM divulgar as suas. Assim:

a) O CRN está vinculado à defesa do documento apresentado em 1 de Julho ao Senhor Ministro da Saúde;

b) Em conformidade, a participação dos representantes do CRN na reunião de amanhã com o Senhor Ministro da Saúde decorre sob reserva visto que o CRN não aceita uma qualquer redução do tempo de formação médica pós-graduada, não aceita a amputação das competências específicas da Ordem dos Médicos naquela matéria e não aceita a reformulação da organização curricular das especialidades médicas sem audição prévia dos Colégios das Ordem dos Médicos;

c) O CRN não subscreverá ainda qualquer documento relativo à formação médica que, podendo envolver matéria sindical, não seja objecto de negociação com as estruturas sindicais dos médicos.

4 – Neste contexto, o CRN não aceitará que a Ordem dos Médicos subscreva um acordo com o Senhor Ministro da Saúde que não contemple, no essencial, a proposta que o CNE da OM realizou. Em conformidade, o CRN deliberou invocar o Artigo 62º do Estatuto da Ordem dos Médicos que prevê que as decisões do CNE da OM são susceptíveis de recurso, com efeito suspensivo, para o plenário de Conselhos Regionais.

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos

DOCUMENTO B (24-07-03)

INTERNATOS MÉDICOS — CONFERÊNCIA DE IMPRENSA DO CRNOM

1 –Como é do conhecimento público tem vindo a decor - rer várias reuniões entre o Senhor Ministro da Saúde e a Ordem dos Médicos relativamente à legislação sobre internatos.

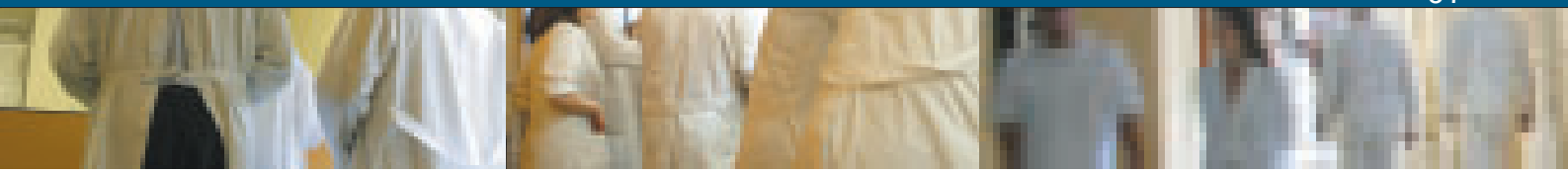
2 – Nas mesmas e em declarações públicas, o Senhor Ministro tem centrado a questão, ainda que erradamente, na duração do tempo total da formação médica pós-graduada. Sobre esta matéria o Senhor Ministro da Saúde já foi publicamente corrigido, e bem, pelo Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos em Conferência de Imprensa realizada no passado dia 22 de Julho.

3 – No entanto a revisão da legislação sobre internatos envolve um problema mais relevante: a qualidade da formação dos médicos e, portanto, a qualidade dos serviços de saúde a prestar, no futuro próximo, a todos os portugueses. Por isso o CRN entende que não basta dizer que há mais médicos. Para nós o que é verdadeiramente importante é que os médicos estejam devidamente preparados e qualificados para exercer a sua especialidade e, por isso, para tratar bem os seus doentes.

4 – Para garantir aquela qualidade a Ordem dos Médicos não abdica das competências que o seu Estatuto, vertido em decreto-lei, lhe confere. Estas são as seguintes: a competência para definir as especialidades médicas, os respectivos conteúdos curriculares, a duração dos tempos de formação, os serviços qualificados e idóneos para garantir essa formação e a titulação profissional. Não abdica ainda de ser ela a definir as áreas profissionais de diferenciação não especializada, como processos suplementares de formação pós-graduada, e os seus conteúdos.

5 – Do mesmo modo que se reconhece às Faculdades de Medicina a competência exclusiva para definir a organização do ensino pré-graduado em articulação directa com o Ministério da Educação, também se exige que o interlocutor técnico do Ministério da Saúde para a formação pós-graduada seja a Ordem dos Médicos. Não aceitamos pois interferências de estruturas espúrias, sem competência ou independência técnicas e politicamente dependentes do Ministério da Saúde, como são as Comissões Nacional e Regionais de Internato Médico. Estas, que apenas devem ter funções de natureza burocrática e administrativa, não podem usurpar as competências estatutariamente atribuídas à Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios de Especialidade.

6 – Assim, e caso a legislação agora em discussão não consagre, clara e inequivocamente, que é a Ordem dos Médicos que exerce, junto do Ministério da Saúde, as funções referidas no número 4, o CRN não subscreverá qualquer acordo com o Senhor Ministro da Saúde e solicitará a convocatória de um Plenário de Conselhos Regionais extraordinário para que a Ordem dos Médicos manifeste a sua clara oposição a essa legislação e adopte as medidas necessárias para continuar a garantir a qualidade da formação dos médicos portugueses e, por essa via, continuar a manter a confiança dos cidadãos nos serviços de saúde.



DOCUMENTO C
(30-07-03)

AUTORIZAÇÃO PARA A FREQUÊNCIA DE ACÇÕES DE FORMAÇÃO PARA MÉDICOS DOS CENTROS DE SAÚDE ou como se confirma que a descentralização prometida pelo senhor Ministro da Saúde é uma simples ficção — NOTA DE IMPRENSA DO CRNOM

1 – Por despacho publicado em Diário da República em 11 de Setembro de 2002, o Presidente do Conselho de Administração da ARS-Norte delegou nos Coordenadores das Sub-Regiões de Saúde a competência para procederem à concessão de comissões gratuitas de serviço para a participação em cursos, seminários, encontros, jornadas e outras acções de formação realizadas em Portugal.

2 – No uso dessa competência delegada, o Coordenador da Sub-Região de Saúde do Porto, Dr. Miguel Galaghar, subdelegou nos Directores dos Centros de Saúde aquela competência, mediante o Despacho 6640/2003, publicado em Diário da República em 19 de Março de 2003.

3 – Aquela medida de descentralização técnica e administrativa mereceu, como devia, o elogio público do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos.

4 – Foi, assim, com alguma surpresa que o CRN tomou conhecimento de um despacho do Presidente do Conselho de Administração da ARS-Norte, de 6 de Junho de 2003, em que revoga o seu próprio despacho de 11 de Setembro de 2002, apenas, somente e curiosamente no que respeita à concessão de comissões gratuitas de serviço.

5 – Perante esta medida pondera o CRN produzir os seguintes comentários:

a) O CRN começa a temer pelos elogios que produz. Na verdade, uma das poucas medidas tomadas pelo Ministério da Saúde que merecem a nossa concordância acaba de ser revogada.

b) Conhecendo a natureza consensual do estilo de actuação do Conselho de Administração da ARS-Norte a medida agora tomada só pode ter sido tomada de acordo com as instruções da tutela hierárquica.

c) Não obstante a presente medida, e até por causa dela, o CRN reafirma o seu apreço pela iniciativa tomada pelo Coordenador da Sub-Região de Saúde do Porto, Dr. Miguel Galaghar, apesar de revogada.

d) Confirma-se assim que o Ministério da Saúde não tem qualquer intenção de cumprir a legislação que ele próprio produz. Na verdade, o Decreto-Lei 60/2003, de 1 de Abril, elaborado pelo Senhor Ministro da Saúde, contra o parecer de todas as organizações médicas, prevê que:

– é da competência do Director do Centro de Saúde "organizar e supervisionar as actividades de formação e investigação" (artigo 9º, n.º 1, alínea p)

– o Director do Centro de Saúde se responsabiliza pela gestão de todo o pessoal que exerce funções no centro de saúde e em especial na definição da política de formação contínua, de acordo com as necessidades do centro de saúde (artigo 9º, n.º 2, alínea d).

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos

DOCUMENTO D
(12-08-03)

ALARGAMENTO DO TEMPO DE FORMAÇÃO DO INTERNATO COMPLEMENTAR DA ESPECIALIDADE DE SAÚDE PÚBLICA — NOTA DE IMPRENSA DO CRNOM

1 – O Conselho Regional do Norte congratula-se vivamente por ter sido acolhida a posição da Ordem dos Médicos relativamente à duração do Internato Complementar da Especialidade de Saúde Pública que passa a ter a duração de 48 meses conforme Portaria assinada pelo Ex.mo Senhor Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, Dr. Adão e Silva e publicada no passado dia 11 de Julho.

Esta decisão do Ex.mo Senhor Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, Dr. Adão e Silva, vem de encontro a uma antiga reivindicação da Ordem dos Médicos, e está de acordo com os preceitos Europeus para esta Especialidade e demonstra a consistência técnica das opiniões da Ordem dos Médicos reiteradamente expressas ao Senhor Ministro da Saúde.

Pel' O Conselho Regional do Norte.
Dr. José Pedro Moreira da Silva.

RELAÇÕES COM O MINISTÉRIO DA SAÚDE

DOSSIER

DOCUMENTO E (24-07-03)

PECLEC (PROGRAMA ESPECIAL DE COMBATE ÀS LISTAS DE ESPERA CIRÚRGICAS)— OFÍCIO DO CRNOM AO SENHOR MINISTRO DA SAÚDE

Senhor Ministro da Saúde
Excelência:

Como é, certamente, do conhecimento de Vossa Ex.ª os números divulgados Programa Especial de Combate de Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC) são discordantes e objecto de controvérsia.
É Vossa Ex.ª o responsável político pelo mesmo e, por isso, a única entidade susceptível de garantir a exactidão de todos os elementos (estatísticos ou não) relativos ao PECLEC.
Assim, vem o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos solicitar respeitosamente a Vossa Ex.ª se digne enviar-nos as seguintes informações, relativamente ao desenvolvimento do PECLEC no âmbito da ARS-Norte:
1 –Número de doentes inscritos para o PECLEC por hospital do Serviço Nacional de Saúde e por patologia.
2 –Número de doentes efectivamente operados até Agosto de 2003, por hospital do Serviço Nacional de Saúde e por patologia, e data de início do PECLEC em cada instituição.
3 –Número de doentes efectivamente operados no sector social (misericórdias, IPSS, mutualidades) por instituição e por patologia e data de início do PECLEC em cada instituição do sector social.
4 –Número de doentes efectivamente operados no sector privado, por instituição (nacional ou estrangeira) e por patologia e data de início do PECLEC em cada instituição do sector privado.
5 –Número de doentes actualmente em lista de espera (Agosto de 2003) por hospital do Serviço Nacional de Saúde e por patologia e que foram incluídos no PECLEC.
6 –Número de doentes actualmente em lista de espera (Agosto de 2003) por hospital do Serviço Nacional de Saúde e por patologia que não foram incluídos no PECLEC, ou seja que entraram em lista de espera após a definição do Programa (Junho de 2002).
7 – Identificação, por patologias, dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde sem doentes em lista de espera à data de início do PECLEC.
8 –Identificação, em Agosto de 2003, dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde sem listas de espera.
9 –Número de cirurgias contratualizadas (títulos emitidos) e não executadas no âmbito do PECLEC, por patologia e por hospital do Serviço Nacional de Saúde, por instituição do sector social e por instituição do sector privado.
10 –Critérios de redistribuição das cirurgias contratualizadas e não executadas no âmbito do PECLEC, também por patologia, por hospital do Serviço Nacional de Saúde, por instituição do sector social e por instituição do sector privado.
Entende o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos que só faz sentido a existência de um representante da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos na Comissão de Acompanhamento do PECLEC, que funciona no âmbito da ARS-Norte, se pudermos dispor das informações solicitadas.
Rogamos assim a Vossa Ex.ª o envio dos elementos referidos nos pontos 1 a 10 até ao próximo dia 26 de Agosto p.f.

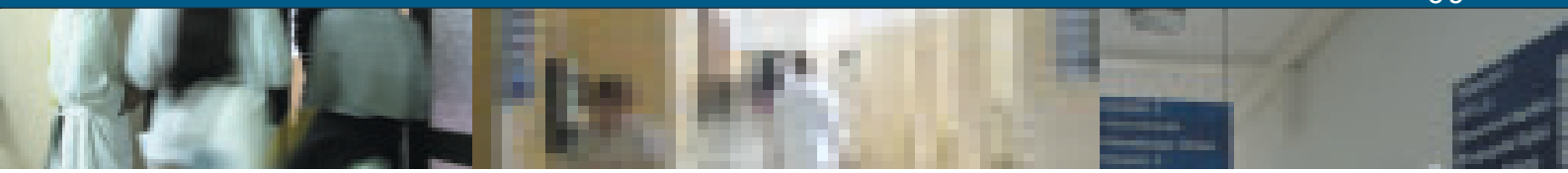
Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos,
(Dr. Miguel Leão).

DOCUMENTO F (29-08-03)

PECLEC (PROGRAMA ESPECIAL DE COMBATE ÀS LISTAS DE ESPERA CIRÚRGICAS) «10 + 1 PERGUNTAS AO SENHOR MINISTRO DA SAÚDE» – CONFERÊNCIA DE IMPRENSA DO CRNOM

Em 6 de Agosto, o CRN enviou ao Senhor Ministro da Saúde um pedido de informação relativamente ao PECLEC invocando a controvérsia que os resultados do mesmo tem provocado e salientando que é o Ministro da Saúde o responsável político pela execução daquele Programa e, portanto, a única entidade susceptível de garantir a exactidão de todos os elementos (estatísticos ou não) relativos ao PECLEC.
As questões colocadas relativamente ao desenvolvimento do PECLEC no âmbito da ARS-Norte foram as seguintes:
1 – Número de doentes inscritos para o PECLEC por hospital do Serviço Nacional de Saúde e por patologia.
2 – Número de doentes efectivamente operados até Agosto de 2003, por hospital do Serviço Nacional de Saúde e por patologia, e data de início do PECLEC em cada instituição.
3 – Número de doentes efectivamente operados no sector social (misericórdias, IPSS, mutualidades) por instituição e por patologia e data de início do PECLEC em cada instituição do sector social.
4 – Número de doentes efectivamente operados no sector privado, por instituição (nacional ou estrangeira) e por patologia e data de início do PECLEC em cada instituição do sector privado.



5 – Número de doentes actualmente em lista de espera (Agosto de 2003) por hospital do Serviço Nacional de Saúde e por patologia e que foram incluídos no PECLEC.
6 – Número de doentes actualmente em lista de espera (Agosto de 2003) por hospital do Serviço Nacional de Saúde e por patologia que não foram incluídos no PECLEC, ou seja que entraram em lista de espera após a definição do Programa (Junho de 2002).
7 – Identificação, por patologias, dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde sem doentes em lista de espera à data de início do PECLEC.
8 – Identificação, em Agosto de 2003, dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde sem listas de espera.
9 – Número de cirurgias contratualizadas (títulos emitidos) e não executadas no âmbito do PECLEC, por patologia e por hospital do Serviço Nacional de Saúde, por instituição do sector social e por instituição do sector privado.
10 – Critérios de redistribuição das cirurgias contratualizadas e não executadas no âmbito do PECLEC, também por patologia, por hospital do Serviço Nacional de Saúde, por instituição do sector social e por instituição do sector privado.

No mesmo ofício o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos alertava o Senhor Ministro da Saúde para o facto de "que só faz sentido a existência de um representante da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos na Comissão de Acompanhamento do PECLEC, que funciona no âmbito da ARS-Norte, se pudermos dispor das informações solicitadas" e solicitava uma resposta até ao passado dia 26 de Agosto p.p.
Tendo em conta a ausência de qualquer resposta do Senhor Ministro da Saúde, o CRN deliberou que a partir desta data não estará representado nas reuniões da Comissão de Acompanhamento do PECLEC que funciona no âmbito da ARS-Norte.
Face a notícias posteriores ao ofício já referido, o CRN aproveita esta oportunidade para solicitar ao Senhor Ministro da Saúde que confirme ou desminta a existência de clínicas privadas que estão a participar no PECLEC e que subcontrataram serviços de Hospitais S.A. e que, em caso afirmativo, as identifique publicamente.

DOCUMENTO G (10-09-03)

PECLEC (PROGRAMA ESPECIAL DE COMBATE ÀS LISTAS DE ESPERA CIRÚRGICAS) «O FRACASSO POLÍTICO DO SENHOR MINISTRO DA SAÚDE» – CONFERÊNCIA DE IMPRENSA DO CRNOM

1 – Como é público, o CRN da OM solicitou, em 6 de Agosto pp., um conjunto de informações ao Senhor Ministro da Saúde relativamente aos resultados do PECLEC na ARS-Norte a que o Senhor Ministro não respondeu.
2 – Contudo, em declarações publicadas na imprensa escrita, designadamente de 6 de Junho, o Senhor Ministro veio dar resposta parcial às nossas dúvidas.
3 – Em resumo o Senhor Ministro informou:
- em Junho de 2002, e ao fim de dezenas de anos de Serviço Nacional de Saúde e de apenas alguns meses de titularidade do Senhor Ministro, havia 123.166 doentes em lista de espera;
- destes continuam por operar 56.085 doentes;
- entre Julho de 2002 e Agosto de 2003 entraram em lista de espera 98641;
- ou seja, estão neste momento em lista de espera 154.726 doentes;
- ou seja, há mais 31.560 doentes em listas de espera do que havia em Junho de 2002;
- ou seja, por cada dia que o Senhor Ministro continua à frente do Ministério da Saúde o número de doentes em lista de espera aumenta em 80 casos, o que significa por mês cerca de mais 2400 casos de doentes em lista de espera.

4 – Como o Senhor Ministro deve ter aprendido nos manuais da OMS, esta não definiu nenhuma classificação de doenças que estabeleça uma relação directa de causa efeito entre um determinado ministro da saúde e o crescimento de listas de espera para cataratas ou hérnias. Como o Senhor Ministro deve ter aprendido nos manuais da OMS, esta não definiu nenhuma classificação de doenças que estabeleça uma relação directa de causa efeito entre uma vaga de calor e o crescimento de listas de espera para varizes ou desvios do septo nasal.
5 – Não explicando a OMS estas questões nem sendo de supor que os doentes tenham passado a considerar-se em lista de espera em consequência da recente onda de calor (que como o Senhor Ministro afirmou apenas vitimou 4 pessoas) as conclusões são óbvias:
- O Senhor Ministro andou e anda a enganar os portugueses ao afirmar que resolveria o problema das listas de espera em dois anos.
- O Senhor Ministro é uma evidência de fracasso político. Na verdade, graças às suas medidas no âmbito da gestão hospitalar, cada mês que passa há mais 2400 doentes à espera. Até quando?

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos

RELAÇÕES COM O MINISTÉRIO DA SAÚDE

DOSSIER

DOCUMENTO H (03-09-03)

DEBATE PARLAMENTAR COM O MINISTRO DA SAÚDE RELATIVO ÀS CONSEQUÊNCIAS DA VAGA DE CALOR – INFORMAÇÃO AOS ÓRGÃOS DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

1 – O CRN da OM assistiu através da SIC-Notícias ao debate parlamentar relativo à questão referenciada em epígrafe.
2 –Do mesmo debate par ece indiscutível extrair as seguintes conclusões:
– que da mesma forma que o Senhor Ministro da Saúde não dispõe de números fiáveis relativamente ao Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC) também não existem números credíveis relativamente ao impacto da recente vaga de calor na morbilidade e mortalidade da população portuguesa.
– que o Senhor Ministro da Saúde reconhece o desempenho deste Serviço Nacional de Saúde e de todos os seus profissionais no combate às consequências da vaga de calor que afectou o País.
– que o Senhor Ministro da Saúde não teve conhecimento formal ou informal de qualquer afluência anómala aos serviços de saúde em consequência da vaga de calor e que, portanto, estes continuaram a funcionar em situação de normalidade.
3 – Estranhamente, o Senhor Ministro da Saúde imputa uma atenção exagerada dos órgãos de comunicação social à vaga de incêndios, como forma de explicar a ausência de informação sistemática e generalizada às populações relativamente às consequências da referida vaga de calor. Esta convicção do Senhor Ministro da Saúde enaltece, ainda mais, o desempenho dos profissionais do Serviço Nacional de Saúde.
4 – Fica assim a interrogação relativamente ao papel relativo do Ministro da Saúde e dos órgãos de comunicação social na informação aos portugueses. Na verdade, quando o Senhor Primeiro-ministro e vários outros Ministros estiveram, em presença física, na primeira linha do combate aos incêndios e suas consequências, não deveria o Senhor Ministro da Saúde ter-se lembrado de lançar uma campanha pública e estruturada de prevenção, através dos órgãos de comunicação social, à semelhança daquilo que fez a propósito dos medicamentos genéricos, como forma de contrabalançar a excessiva atenção aos incêndios?
O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos

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 MAIS EMPRESAS ADERENTES, COM OS RESPECTIVOS CONTACTOS E A PERCENTAGEM DE DESCONTO ACORDADA.

CABELEIREIROS

ALCINO LIMA
Rua Antero de Quental, 328 ¥ 4050 Porto (Tel: 22 5502820; Fax: 22 5093220; alcinolima@mail.telepac.pt).
Desc. 15% nos servi os de cabeleireiro; Desc. 10 % na venda de cosm ticos e perfumaria.

JOAQUIM GUERRA CABELEIREIROS
Hotel Porto Pal cio - Av. da Boavista, 1269/81 ¥ 4100 130 Porto (Tel: 22 6001729). Desc. 20%.
Pinhais da Foz - Rua Alfredo Keil, 335/341, Foz do Douro ¥ 4150 049 Porto (Tel: 22 6189050). Desc. 20%.
Antas - Rua Jer nimo Mendon a, 128 ¥ 4200 335 Porto (Tel: 22 5503828). Desc. 20%.

CARAVANAS

SILVA'S RENT - ALUGUER DE AUTOCARAVANAS E CARAVANAS
Rua Ferreira de Castro, 87 — 6… Dt…. ¥ 4425 083 guas Santas (Tel: 22 5518812; Fax: 22 5518843; www.silvasrent.pt).
Desc. 7%.

OURIVESARIAS

ROSIOR – MANUEL ROSAS, LDA.
ROSIOR Boavista (ao Foco) - Rua Eug nio de Castro, 263 ¥ 4100 225 Porto (Tel: 22 6068134). Desc. 10%.
ROSIOR Foz - Centro Comercial da Foz — Loja T — Gondar m (Tel: 22 6172376). Desc. 10%.
ROSIOR Aeroporto - Aeroporto do Porto (Tel: 22 9406146). Desc. 10%.

PERFUMARIAS

DROGARIA DOS LOIOS
Largo dos Loios, 52 ¥ 4450 338 Porto (Tel: 22 316121; Fax: 22 263393). Desc. 25%.

GRUPO MOULIN ROUGE
Rua Brito Capelo, 319 ¥ 4450 Matosinhos (Tel: 22 9350485). Desc. 25%.
E. Leclerc — Famalic o: Rua Talvai, Loja C ¥ Vila Nova de Famalic o (Tel: 252 377073). Desc. 15%.
E. Leclerc — Figueira da Foz: Lugar dos 4 Caminhos, Lj 4 Tavarede ¥ Fig. da Foz (Tel: 233 414681). Desc. 15%.
C. C. Bras lia: R. Lu s Veiga Leit o, 116, 5… Piso - Loja 208 ¥ 4050 Porto (Tel: 22 6098924). Desc. 15%.
C. C. Bras lia: R. Lu s Veiga Leit o, 116, 5… Piso - Loja 235 ¥ 4050 Porto (Tel: 22 6067619). Desc. 15%.
R. Marqu s S da Bandeira, 394 ¥ Vila Nova de Gaia (Tel: 22 704950). Desc. 15%.
E. Leclerc — S. Maria da Feira, Av. 5 de Outubro, Loja 4 ¥ Santa Maria da Feira (Tel: 256 375204). Desc. 15%.
Retail Park — DeBorla: Estrada Nacional 109, loja 1 ¥ Ovar (Tel: 256 588321). Desc. 15%.

CASA TINOCO
C. Comercial Gaivota: Av. da Rep blica, 1120 — Loja 6 ¥ Vila Nova de Gaia (Tel: 22 3703929). Desc. 15%.

VESTAL
Rua de Santa Catarina, 24/30 ¥ 4000 441 Porto (Tel: 22 2008131). Desc. 15%.
Av. da Boavista, 1728 ¥ 4100 Porto (Tel: 22 6099731). Desc. 15%.

PRODUTOS DE ÓPTICA

ÓPTICA DO BOLHÃO
Rua Fernandes Tom s, 680 ¥ 4200 212 Porto
(Tel: 22 3392160; Fax: 22 3392169).
Desc. 20% culos graduados (arma es + lentes); 10% culos de sol; 15% lentes de contacto convencionais.

ÓPTICA INVICTA
Av. Dr. Antunes Guimar es, 25 ¥ 4100 Porto (Tel: 22 6169531).
Desc. 20% culos graduados (arma es + lentes); 10% culos de sol; 15% lentes de contacto convencionais.

ÓPTICA BOAVISTA
Av. da Boavista, 661 ¥ 4100 Porto (Tel: 22 6001034; Fax: 22 6069358).
Desc. a partir de 5% em material ptica ocular e servi os optom tricos .

RESTAURANTES

WINE BAR DI VINO
Rua do Pinheiro Manso, 364 ¥ 4100 409 Porto (Tel: 22 6189450).
Desc. 15% s/ valor da Factura (antes do IVA).

II SIMPÓSIO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

Recursos para a saúde, o princípio da justiça e os cuidados paliativos

Data: 17 Outubro.
Local: Audit rio do IPO - Porto
Organização: Associa o Nacional de Cuidados Paliativos
Comissão Organizadora: Ferraz Gon alves, Catarina Sim es, C tia Ferreira, scar Vil o, Soledade Neves.
Inscrições: ANCP - Unidade de Cuidados Continuados, Instituto Portugu s de Oncologia, Rua Dr. Ant nio Bernardino de Almeida ¥ 4200-072 Porto (Tel: 225073940; Fax: 225506833).

CENTRO DE CULTURA E CONGRESSOS
AGENDA

ACONTECEU...

Reuniões científicas

5 Jul – Congresso da Sociedade Portuguesa de Fotobiologia.

5, 6, 12, 13, 19, 20, 26 e 27 Set – Curso de Master in Business Strategy – Internacional Execut [Escuela de Negócios de Vigo].

22 Set – Comemoração do Ano Europeu da Pessoa com Deficiência [Fundação para o Desenvolvimento Social do Porto - C.M.P.].

22 Set – Reunião da Lundbeck Portugal - Produtos Farmacêuticos.

26 Set – Reunião da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor [Faculdade de Medicina do Porto].

26 e 27 Set – Jornadas de Ortopedia (Formação Pós-Graduada) [Serviço de Ortopedia do H. S. João].

9 a 11 Out – XXIX Reunião Anual da Sociedade Portuguesa de Imunologia.

11 Out – Reunião da Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia.

14 Out – Reunião Científica da Unidade de Investigação e Desenvolvimento Cardiovascular da Universidade do Porto.

16 a 18 Out – Jornadas Internacionais de Anestesia e Cuidados Intensivos [Depart. de Anestesiologia e Cuidados Intensivos do H.S.J.].

Reuniões organizadas pelo CRNOM

11, 12, 18 e 19 Set – Curso de Pós-Graduação "Gestão para Médicos" [Univ. Católica/Ordem dos Médicos, SRN].

18 Set – Fórum Médico [Ordem dos Médicos, SRN].

8 Out – Reunião com Médicos do Hospital Maria Pia e da Maternidade Júlio Dinis [Ordem dos Médicos, S.R.N.].

Actividades de cultura e lazer

29 e 30 Jun e 1 a 3 Jul – Leilão de Antiguidades da Leiloeira Invicta.
4 Out – Recital de Piano pelo Tenor Carlos Guilherme [no âmbito da Exposição de Pintura de Maria Condeço (17h30)].

Exposições

Até 31 de Julho – MundiMundo / Galeria de Arte Popular.
1 Ago a 30 Set – Quadros de António Costa Cardoso.
1 Set a 17 Out – Quadros de Maria Condeço.
22 Set a 31 Out – Quadros de Paula Cruz.

"O seu a seu dono": no número anterior da nortemédico, na reportagem sobre a Porto Arte (pág. 15), este quadro apareceu publicado como sendo da autoria de Rogério Abreu quando na realidade o seu autor é Ddaco. Com o nosso pedido de desculpa aos visados, aqui fica a devida rectificação.

VAI ACONTECER...

Reuniões científicas

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

24 e 25 Out – III Colóquio de Cefaleias [Centro de Estudos de Cefaleias do Serviço de Neurologia do H.S.A.].

7, 8, 14, 15, 21, 22, 28 e 29 Nov – Curso de Master in Business Strategy – Internacional Execut [Escuela de Negócios de Vigo].

8 Nov – Fórum Nacional da Associação Portuguesa da Doença Inflamatória do Intestino.

11 Nov – Reunião Científica da Unidade de Investigação e Desenvolvimento Cardiovascular da Universidade do Porto.

13 a 15 Nov – 8º Congresso de Obesidade [Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação].

28 Nov – Reunião Inter-Hospitalar do Norte [Pediatras dos Hospitais da Região Norte].

4 e 5 Dez – Reunião do Instituto de Nefrologia do H.S.J.

5 Dez – Reunião do Grupo de Trauma do H.S.J.

9 Dez – Reunião Científica da Unidade de Investigação e Desenvolvimento Cardiovascular da Universidade do Porto.

Reuniões organizadas pelo CRNOM

2, 3, 4, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 23, 24, 25, 30 e 31 Out – Curso de Pós-Graduação "Gestão para Médicos" [Univ. Católica/Ordem dos Médicos, SRN].

10, 11, 24 e 25 Out – Curso de Formação para Orientadores dos Internatos Médicos.

31 Out – Prémio Corino Andrade.

1, 6, 7, 8, 13, 14, 15, 20, 21, 22, 27, 28 e 29 Nov – Curso de Pós-Graduação "Gestão para Médicos" [Univ. Católica/Ordem dos Médicos, SRN].

7, 8, 21, 22, 28 e 29 Nov – Curso de Formação para Orientadores dos Internatos Médicos.

4, 5, 6, 11, 12, 13, 18, 19, 20, 26 e 27 Dez. – Curso de Pós-Graduação "Gestão para Médicos" [Univ. Católica/Ordem dos Médicos, SRN].

11 Dez – Juramento de Hipócrates.

Actividades de cultura e lazer

24 Out – Recital de Piano pelo Dr. Rui Soares da Costa (21h30).

22 Nov – Coral do ICBAS [integrado no IV Encontro de Coros da Cidade do Porto (21h00)].

11 Dez – Espectáculo Musical do Grupo Medici Enssemble [integrado na cerimónia do Juramento de Hipócrates].

13 e 14 Dez. – Festa de Natal para crianças familiares de Médicos.

Exposições de pintura

Até 31 Out – Quadros de Paula Cruz.

18 Out a 14 Nov – Quadros da Galeria Porto Sénior.

1 Nov a 30 Nov – Quadros de Graça Moura.

15 Nov a 20 Dez – Quadros de João Araújo.

15 Nov a 31 Dez – Quadros de Maria Lúcia Amândio.

31 de Nov a 4 Jan – Quadros do Mestre Sejo Vieira.