nortemédico

ISSN 0874 - 7431 REVISTA DA SECÇÃO REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS · JULHO - SETEMBRO 2013 · ANO 15 – N.º 3 | € 5.00

56

TRIMESTRAL

EM DESTAQUE

75 anos da Ordem dos Médicos
Data foi assinalada com apresentação de estudo sobre demografia médica

CENTRO DE CONVÍVIO DA SRNOM CASA LUZ SORIANO
Cerimónia de inauguração teve lugar a 21 de Setembro

ENTREVISTA A MIGUEL GUIMARÃES
Presidente do CRNOM avalia os três anos de mandato

UNIÃO MÉDICA MUTUALISTA
Pedro Pacheco, presidente da comissão instaladora, explica o projecto

nortemédico

NORTEMÉDICO 56 | REVISTA DA SECÇÃO REGIONAL DO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS · JULHO - SETEMBRO 2013 · ANO 15 – N.º 3

NM 56| SUMÁRIO:

75 Anos da Ordem dos Médicos

A Ordem dos Médicos assinalou o seu 75º aniversário, no passado dia 16 de Setembro. O Bastonário, José Manuel Silva, recordou a actualidade do pensamento ideológico em que foi fundada a instituição e renovou os votos de uma entidade provedora dos doentes, construtiva e dialogante. A sessão comemorativa contou com a apresentação do "Estudo de Evolução Prospectiva de Médicos no Sistema Nacional de Saúde". pág. 06

Entrevista a Miguel Guimarães

O presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos traça, em entrevista alargada, uma avaliação geral ao mandato que agora se aproxima do fim. Desde a construção de uma agenda política autónoma, à reorganização dos serviços internos, Miguel Guimarães aborda todas as matérias que marcaram os últimos três anos de trabalho e mostra-se "satisfeito" com aquilo que realizou. pág. 26

Centro de Convívio da SRNOM – Casa Luz Soriano

A Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos assinalou mais um momento histórico da sua existência: no dia 21 de Setembro foi inaugurado o Centro de Convívio – Casa Luz Soriano. Este projecto, iniciado em 2008, resultou da reconversão de um edifício contíguo à Casa do Médico, e irá servir para estreitar a relação entre médicos e promover um conjunto de serviços complementares. pág. 48

União Médica Mutualista

No dia 26 de Julho foi dado o primeiro passo para a criação da União Médica Mutualista. Pedro Pacheco é o rosto mais visível deste projecto inovador em Portugal, que procura restituir os valores liberais e autónomos ao exercício da Medicina. Em entrevista à Nortemédico, o presidente da Comissão Instaladora explica a base do projecto e lança um desafio ambicioso aos profissionais: investir nos seus princípios. pág. 30

WWW.NORTEMEDICO.PT
WWW.MIGUELGUIMARAES.EU

SISTEMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE

OM estabelece protocolo com a ERS

A Ordem dos Médicos e a Entidade Reguladora da Saúde anunciaram uma inédita parceria tendo em vista o desenvolvimento do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde – SINAS. Através desta colaboração, o regulador pretende beneficiar do conhecimento técnico da Ordem para estabelecer critérios de avaliação nas especialidades clínicas

A Ordem dos Médicos (OM) e a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) anunciaram um protocolo de colaboração no âmbito do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS). Este projecto, que tem vindo a ser desenvolvido pelo regulador desde 2011, visa "promover um sistema de classificação de saúde quanto à sua qualidade global, de acordo com os critérios objetivos e verificáveis, incluindo os índices de satisfação dos utentes", pode ler-se na página oficial da ERS.

Através desta colaboração – cujo acto de oficialização está agendado para o dia 30 de Outubro – a ERS pretende definir critérios de avaliação comuns para as diversas componentes específicas de cada especialidade clínica. No enunciado do protocolo, aquele organismo reputa de "fundamental" a cooperação institucional com as ordens profissionais do sector e reconhece, de forma particular, na OM um "conhecimento privilegiado a nível técnico e científico das diversas especialidades clínicas" que poderá constituir "uma mais-valia para o rigor científico pelo qual se pauta o SINAS".

"Em todas as dimensões do SINAS, a ERS pugna pela existência de rigor científico e técnico, de objetividade e justiça na avaliação, de motivação e envolvimento dos prestadores e profissionais, e de transparência e inteligibilidade, quer para os prestadores e profissionais, quer para os utentes e público em geral", acrescenta o regulador.

A participação da OM no SINAS será feita através do Conselho Nacional da Auditoria e Qualidade (CNAQ) e dos Colégios de Especialidade. Estes organismos serão co-responsáveis pela "definição e validação dos indicadores de qualidade das áreas com componentes técnicas e científicas de carácter clínico a integrar no SINAS" e terá o apoio, nas designadas "reuniões de consensualização", dos representantes dos colégios de especialidade e das respectivas sociedades científicas. Além deste trabalho, o CNAQ irá participar com peritos médicos nas equipas de auditoria aos prestadores de saúde. Desta forma será possível desenvolver o programa do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde de acordo com o rigor científico e técnico dependente da Ordem dos Médicos. ■

TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS

Ordem dos Médicos interpela o Presidente da República sobre o diploma das terapêuticas não convencionais

A aprovação e publicação da Proposta de Lei n.º 111/XII/2.ª, que visa regulamentar a prática das designadas Terapêuticas Não Convencionais (TNC) previstas na Lei nº 45/203, suscitou diversas perplexidades à Ordem dos Médicos (OM), prontamente comunicadas ao Presidente da República.

Em duas exposições enviadas ao gabinete de Cavaco Silva, a OM questionou a falta de uma distinção clara entre aquilo que é do domínio das TNC e o que deve ser enquadrado na Medicina, além das inúmeras arbitrariedades técnicas e terminológicas que constam do enunciado final da Lei. No primeiro ofício, pode ler-se que "(…) todas as intervenções terapêuticas com resultados efectivos e comprovados são incorporados na Medicina, pelo que não se justifica a legalização autónoma de práticas que não têm base científica, para além de questionável empirismo (…)", acrescentando-se que a OM "defendeu e defende que essas práticas deveriam ser enquadradas numa Direcção Clínica Médica, para efectiva protecção dos Doentes".

Um dos aspectos em que a OM se mostrou mais crítica prende-se com a inclusão da prática de "Medicina Tradicional Chinesa" no lote de terapias regulamentadas. Esta disciplina, lembrou a OM, nunca constou das propostas de regulamentação anteriores e foi "incluída no último momento, silenciosamente (…) de modo a evitar que fosse sujeita a contraditório". Com "profunda estupefacção", a Ordem condenou a atitude do Grupo de Trabalho da Comissão Parlamentar de Saúde e solicitou a alteração da expressão por "Terapêuticas tradicionais chinesas".

Na segunda interpelação feita ao Presidente da República, a OM considerou que o Decreto-Lei das TNC "não salvaguarda a saúde pública, nem faz as especificações necessárias no que respeita à exigência de qualificação profissional", acrescentando que o seu articulado "promove objectivamente a confusão de títulos profissionais da saúde, gerando situações dúbias que não permitirão que o consumidor fique informado de forma clara e adequada".

A desresponsabilização "intolerável" dos terapeutas face às interacções medicamentosas, a arbitrariedade de atribuir dois anos de moratória sobre a proibição da venda de produtos terapêuticos nos locais de prestação de serviços, ou a ausência de uma definição clara do conteúdo funcional de cada terapia e da respectiva formação específica, foram outros aspectos relevantes mencionados pela OM. ■

José Pedro Moreira da Silva
Editor da revista «nortemédico»

Eleições para o triénio 2014-2016

O mandato dos actuais corpos gerentes da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos aproxima-se do final, com novo acto eleitoral agendado para o dia 12 de Dezembro.

O triénio que agora se encerra apresentou um conjunto de desafios à direcção do Conselho Regional, decorrentes, desde logo, da mudança governativa que ocorreu no primeiro semestre de 2011 e da necessidade do país recorrer a uma intervenção financeira externa. Neste complexo quadro político, o Ministério da Saúde levou a cabo um pacote legislativo altamente penalizador para todos os agentes que intervêm no sector e que afectou, de forma particular, a classe médica.

Neste sentido, o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos procurou ter um papel interventivo na salvaguarda da qualidade do exercício técnico da Medicina e dos cuidados de saúde prestados aos doentes. Simultaneamente, assumiu uma atitude consequente e construtiva em sede de Conselho Nacional Executivo, apresentando propostas concretas e oportunas sobre os diferentes temas com os quais se foi confrontando.

Este registo de intervenção política mais assertivo é abordado de forma particular neste número da revista nortemédico, numa entrevista em que é feita uma avaliação sobre uma parte do trabalho realizado neste mandato.

Neste período de novas eleições para os órgãos sociais da Ordem dos Médicos no triénio 2014-2016, lanço um repto muito franco para que os Colegas participem activamente neste acto eleitoral e contribuam para um debate elevado sobre o futuro da nossa profissão.

eleições triénio 2014-2016

ANÚNCIO

Nos termos dos art.ºs 5º e 6º do Regulamento Eleitoral, o Conselho Nacional Executivo anuncia que fixou a data das eleições para os órgãos sociais da Ordem dos Médicos, relativamente ao triénio 2014/2016, para o dia **12 de Dezembro de 2013**.

Os órgãos sociais a eleger são:

- Presidente da Ordem dos Médicos;
- Mesas das Assembleias Regionais do Norte, Centro e Sul;
- Conselhos Regionais do Norte, Centro e Sul;
- Conselhos Disciplinares Regionais do Norte, Centro e Sul;
- Conselhos Fiscais Regionais do Norte, Centro e Sul;
- Mesas das Assembleias Distritais;
- Conselhos Distritais e,
- Membros Consultivos dos Conselhos Regionais do Norte, Centro e Sul.

Nota: Por estar a aguardar a aprovação dos novos Estatutos da Ordem dos Médicos, que decorrem da nova Lei-Quadro das Associações Profissionais e que obrigarão à realização de eleições, fruto das alterações e melhorias introduzidas na orgânica da Ordem, o CNE ponderou adiar as eleições, em sintonia com decisão do Plenário dos Conselhos Regionais e para evitar despesas acrescidas. Porém, como entretanto o processo não conheceu novos desenvolvimentos e se desconhece quando estará terminado, o CNE deliberou cumprir os actuais Estatutos e convocar as eleições dentro dos prazos legais definidos pelos Regulamentos ainda em vigor, para evitar correr o risco de incumprimento legal.

Lisboa, 19 de Agosto de 2013

O Conselho Nacional Executivo

CALENDÁRIO ELEITORAL

2013	
SET 1	Prazo limite para o anúncio da data das eleições (art.º 5, R.E.)
SET 16	Data limite para afixação dos cadernos eleitorais (art.º 7, R.E.)
SET 25	Data limite para a aceitação das reclamações aos cadernos eleitorais (art.º 8, nº 1, R.E.)
OUT 4	Decisão das reclamações e afixação definitiva dos cadernos eleitorais (art.º 8, nº 2, R.E.)
OUT 18	Prazo limite para apresentação das candidaturas aos Órgãos Regionais e Órgãos Distritais (art.º 10, nº 1, R.E.)
OUT 24	Prazo limite para a verificação da regularidade das candidaturas e a elegibilidade dos candidatos aos Órgãos Regionais e Órgãos Distritais (art.º 16, nº 1, R.E.)
Sem data fixa	O prazo limite para a regularização das candidaturas aos Órgãos Regionais e Órgãos Distritais é de 3 dias úteis a contar da notificação do respectivo mandatário (art.º 16, nº 3, R.E.)
Sem data fixa	O sorteio das listas será feito até 3 dias úteis após a aceitação definitiva das candidaturas (art.º 17, R.E.)
OUT 30	Prazo limite para a apresentação das candidaturas a Presidente da Ordem dos Médicos (art.º 12, nº 1, R.E.)
NOV 5	Prazo limite para a verificação das condições de elegibilidade das candidaturas a Presidente da Ordem dos Médicos (art.º 16, nº 1, R.E.)
Sem data fixa	O prazo limite para a regularização das candidaturas a Presidente da Ordem dos Médicos é de 3 dias úteis a contar da notificação do respectivo mandatário (art.º 16, nº 3, R.E.)
NOV 21	Prazo limite para o envio dos boletins de voto, carta explicativa sobre o processo eleitoral, exemplar das listas concorrente (art.º 19, nº 1, R.E.)
DEZ 12	Constituição das Assembleias e Secções de voto e acto eleitoral (art.º 5 e 29, R.E.)
DEZ 17	Prazo limite para as reuniões das Comissões Eleitorais Regionais e Comissão Eleitoral Nacional para o apuramento final dos resultados (art.º 34, R.E.)
Sem data fixa	O prazo limite para a impugnação dos Actos Eleitorais para o Presidente e para os Órgãos Regionais é de 5 dias úteis a contar da data do apuramento final dos resultados eleitorais (art.º 35, nº 1, R.E.) Prazo limite para anúncio da realização da 2ª volta para Presidente da Ordem dos Médicos (art.º 32, nº 3, R.E.) Prazo limite para o envio dos boletins de voto, carta explicativa sobre o processo eleitoral, identificação dos concorrentes, tudo relativo à 2.ª volta da eleição do Presidente da Ordem dos Médicos (art.º 32, nº 5, R.E.)
2014	
JAN 27	Constituição das Assembleias e Secções de voto e acto eleitoral (art.º 32, nº 3, R.E.)
JAN 30	Prazo limite para a reunião da Comissão Eleitoral Nacional para o apuramento final dos resultados (art.º 34, R.E.)
Sem data fixa	O prazo limite para a impugnação do Acto Eleitoral para o Presidente é de 5 dias úteis a contar da data do apuramento final dos resultados eleitorais da 2.ª volta (art.º 35, nº 1, R.E.)

ORDEM DOS MÉDICOS 75

anos a defender
a Qualidade da Medicina
Portuguesa

COMEMORAÇÕES DO 75º ANIVERSÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

Lançar sementes para o futuro

A Ordem dos Médicos viveu, no dia 16 de Setembro, um momento verdadeiramente histórico ao assinalar o seu 75º aniversário. O Bastonário, José Manuel Silva, recordou a actualidade do pensamento ideológico em que foi fundada a instituição e renovou os votos de uma entidade provedora dos doentes, construtiva e dialogante com as estruturas de poder. A cerimónia, que decorreu na sede nacional, em Lisboa, integrou também a apresentação do "Estudo de Evolução Prospectiva de Médicos no Sistema Nacional de Saúde", realizado pela Universidade de Coimbra, bem como uma homenagem a todos os bastonários.

Fundada a 24 de Novembro de 1938, a Ordem dos Médicos assinalou o seu 75º aniversário com um programa diversificado, onde se incluiu a apresentação de um estudo sobre a demografia médica, uma conferência sobre o futuro das profissões reguladas a nível europeu e um debate a propósito do licenciamento das Unidades Privadas de Serviços de Saúde.

O ponto alto das comemorações teve lugar, no entanto, no dia 16 de Setembro com uma sessão solene onde marcaram presença, além do bastonário da OM, José Manuel Silva, os presidentes das Secções Regionais do Norte, Miguel Guimarães; Centro, Fernando Gomes; e Sul, António Pereira Coelho. Participaram também Clara Carneiro, representante da Casa Civil da Presidência da República e Manuel Teixeira, secretário de Estado da Saúde.

Numa interessante reflexão, José Manuel Silva recordou a evolução da medicina portuguesa, desde Amato Lusitano e Pedro Hispano, até ao paradigma actual da evidência científica em que a OM tem um papel a desempenhar. «Propugnar pelos Doentes e pela Evidência Científica são duas das mais nobres funções da Ordem dos Médicos, actualmente com

nortemédico Texto Nelson Soares · Fotografia Paula Fortunato / Revista da Ordem dos Médicos

a assumida e intransigente postura de Provedora dos Doentes, em cumprimento do art.º 9.º do Código Deontológico, que obriga a que 'O médico deve cuidar da permanente actualização da sua cultura científica e da sua preparação técnica, sendo dever ético fundamental o exercício profissional diligente e tecnicamente adequado às regras da arte médica *(leges artis)*'.»

Retomando as referências históricas, o bastonário lembrou a fundação da OM em 1938 e citou o seu primeiro homólogo, o Prof. Elysio de Azevedo e Moura, no discurso realizado na reunião inaugural do Conselho Geral da OM. O primeiro líder da instituição defendia aquilo que hoje se poderia enquadrar na definição do acto médico: "estatuir o significado dos termos 'exercício de medicina', para poderem vir a ser atingidos, na medida do possível, os que, com infracção da lei, pratiquem actos próprios da profissão médica". Numa desarmante actualidade, o primeiro bastonário propunha ainda a "a redução do número de alunos que em cada ano se matriculam no Curso médico" e expressava a necessidade dos futuros médicos receberem "durante o seu tirocínio escolar, uma instrução científica, literária e filosófica cada vez mais prestante, a par de uma educação moral ministrada com solicitude e eficiência, principalmente por edificantes exemplos dos seus Mestres".

José Manuel Siva considerou que o património da OM "na regulação da medicina e no elevadíssimo nível da formação dos médicos portugueses é indesmentível e deve manter-se ou mesmo acentuar-se". O bastonário disse mesmo que "os elevadíssimos padrões de qualidade" em que assenta a prática médica no nosso país "se devem ao papel insubstituível da Ordem dos Médicos na organização e avaliação da formação pós-graduada médica e ao papel das Carreiras Médicas no Serviço Nacional de Saúde".

Para assinalar o aniversário, o responsável anunciou a intenção de avançar com a revisão dos Estatutos da OM com o objectivo de construir "uma estrutura que lhe permita responder e colaborar eficazmente com aquilo que dela esperam os Doentes, a Sociedade e os Médicos". O futuro da instituição mereceu uma referência especial por parte de José Manuel Silva, posicionado-a como uma entidade aberta à colaboração com os organismos que

tutelam o sector. "Queremos contribuir para uma renovada esperança no futuro da Saúde em Portugal e do País. Para tal desiderato, a Ordem dos Médicos tem seguido um caminho e cultivado uma política de isenção, de intervenção, de exigência construtiva e de total disponibilidade para colaborar com todos os parceiros da Saúde, com o Governo à cabeça".

Em representação do Ministério da Saúde, o secretário de Estado, Manuel Teixeira lembrou a "feliz coincidência" das comemorações do aniversário a OM acontecerem no dia seguinte ao dia do Serviço Nacional de Saúde. "Para lá da evidência de que não haveria SNS sem médicos, a verdade é que o desenho do SNS que hoje existe, parte substantiva dos seus resultados e da qualidade do seu desempenho, é devida aos médicos", considerou o governante, antes de considerar o serviço público de saúde como "porventura o mais importante pilar do sector social do Estado".

Manuel Teixeira considerou "permanente" o desafio de colaborar com a OM e lembrou que essa tem sido a atitude do Governo ao delegar competências na instituição e reconhecer que se trata de uma colaboração "muito positiva". "O nosso desejo é que a Ordem dos Médicos nunca deixe de ser um elemento de promoção do consenso e de representação dos médicos, sem que a sua independência possa ser sacrificada a interesses de outros, sejam partidos políticos ou indústrias da saúde, e que a sua capacidade reguladora do exercício continue a merecer a confiança da população", acrescentou o secretário de Estado.

Num forte elogio à classe médica, Manuel Teixeira ressalvou que os utentes do SNS "sabem que podem esperar sempre o melhor" dos médicos. "O melhor em conhecimento, em respeito pela verdade, em empenhamento, em dedicação e em capacidade de sacrifício", reforçou. No final, o governante reiterou o espírito de colaboração permanente com a OM e enfatizou o desejo de manter e aprofundar a relação existente. "Entendemos que as funções de uma Ordem, em particular com aquilo que se prende com a regulação ética e reconhecimento de habilitações e competências, são essenciais", concluiu.

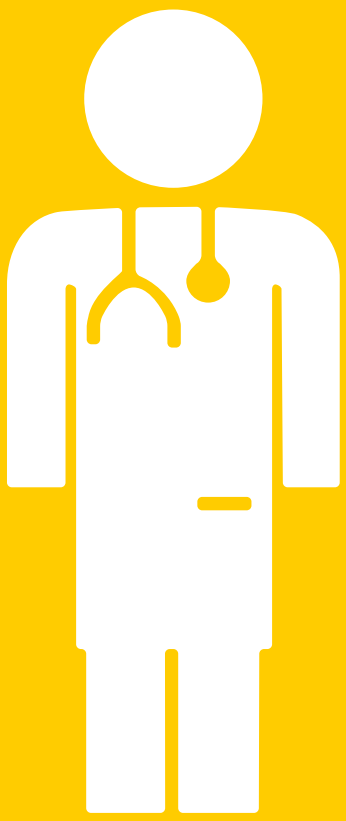
Na última intervenção da sessão, a representante da Casa Civil da Presidência da República, Clara Carneiro, transmitiu a mensagem de felicitação de Cavaco Silva. O chefe de Estado considerou a OM a entidade responsável por assegurar "que a prática da Medicina seja mais do que uma mera actividade profissional". "A Ordem dos Médicos é a guardiã da deontologia da arte médica, a entidade a quem compete verificar e certificar que a Medicina é ensinada segundo os mais elevados padrões de excelência e praticada de acordo com regras que garantam o essencial: o conhecimento e a experiência dos médicos devem ser colocados em defesa do dom mais precioso, a vida humana, na sua irrepetível diversidade".

Demografia Médica

Na comemoração dos seus 75 anos, a Ordem dos Médicos apresentou publicamente o «Estudo de Evolução Prospectiva de Médicos no Sistema Nacional de Saúde», elaborado pela Universidade de Coimbra, com coordenação da professora Paula Santana (ver páginas seguintes). Este estudo, iniciado em 2011, resultou numa das mais exaustivas análises já realizadas em matéria de demografia médica no nosso país e clarificou algumas das preocupações que a Ordem dos Médicos tem vindo a manifestar relativamente às necessidades e organização dos serviços de saúde e à desproporcionalidade existente entre o número de ingressos nos cursos de medicina e a capacidade formativa pós-graduada nas unidades de saúde existentes.

Entre os dados apresentados pela coordenadora do estudo, ajustados aos diferentes cenários propostos, prevê-se um excesso no número de profissionais em 2015 que pode variar entre os 3500 e os 9000. Quanto à capacidade formativa das escolas médicas, a professora Paula Santana estimou ser necessária uma redução de 30% no numerus clausus em Medicina, dos actuais 1700 para cerca de 1200. ■

Estudo de Evolução Prospectiva de Médicos no Sistema Nacional de Saúde



No âmbito das comemorações dos 75 anos da Ordem dos Médicos (OM), foram apresentados no passado dia 16 de Setembro os resultados do «Estudo de Evolução Prospectiva de Médicos no Sistema Nacional de Saúde». Este trabalho, coordenado pela investigadora da Universidade de Coimbra, Paula Santana, foi encomendado e co-realizado pela OM. Pela sua relevância, reproduz-se aqui o Sumário Executivo do relatório final desse estudo.

Paula Santana é geógrafa, doutorada em Geografia Humana pela Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, onde é actualmente professora catedrática. É desde 2008 consultora da OMS/European Centre for Environment and Health em "Policy Advice on Urban Planning Environment and Health". Investigadora do Centro de Estudos em Geografia e Ordenamento do Território (CEGOT) da Universidade de Coimbra, coordena desde 2001 os grupos de trabalho "Health and Health Care Delivery" e "Health and Urbanization", ambos integrados na Comissão C13 da União Geográfica Internacional, de que integra a Direcção da Comissão "Health and Environment".

O presente Relatório corresponde à execução do Estudo de Evolução Prospectiva de Médicos no Sistema Nacional de Saúde, elaborado pela Universidade de Coimbra para a Ordem dos Médicos.

O Estudo tem uma primeira grande componente que incide sobre a caracterização dos médicos em Portugal, cuja informação de base provém de duas bases de dados diferentes: uma fornecida pela ACSS e que contém informação sobre os médicos afectos ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) no Continente; outra, fornecida pela Ordem dos Médicos e que respeita aos profissionais inscritos na Ordem dos Médicos e que não possuem vínculo ao SNS.

Da junção da informação respeitante às duas bases informacionais referidas concluiu-se que, em Dezembro de 2011, contabilizavam-se em Portugal 43.247 médicos habilitados a exercer medicina (independentemente de exercerem ou não actividade), dos quais cerca de 58% se encontravam afectos ao funcionamento do SNS no Continente.

Os médicos portugueses constituem um grupo profissional globalmente envelhecido, em que 54% dos seus membros tem mais de 50 anos, sendo que o escalão etário entre os 50 e os 59 anos concentra 30% de todos os profissionais. Em contrapartida, o escalão etário dos 40 aos 49 anos representa apenas 15% do total dos profissionais, correspondendo a um período de fortes restrições no acesso aos cursos de Medicina que se verificou nos anos 80 e 90.

A profissão médica é, ainda, uma profissão globalmente equilibrada em termos de género, com 51% de médicos do género feminino.

As últimas décadas evidenciam, porém, uma alteração no padrão demográfico dos médicos em Portugal, com um acentuado rejuvenescimento dos profissionais (31% do total têm até 39 anos) e um significativo aumento da sua feminização – nos escalões etários até aos 39 anos as profissionais do género feminino são quase o dobro dos seus colegas do género masculino.

A larga maioria dos médicos habilitados ao exercício da medicina em Portugal é de nacionalidade portuguesa (mais de 90%), o mesmo acontecendo relativamente aos médicos afectos ao SNS (93%).

Os médicos afectos ao SNS no Continente registaram um aumento líquido de efectivos na ordem dos 9,4% entre 2002 e 2011. Esse aumento resulta, no entanto, de movimentos de sinal contrário ao nível das carreiras médicas – taxas de crescimento positivas no número de profissionais na carreira hospitalar e, sobretudo, no número de ingressos nos Internatos Médicos, e taxas de evolução negativas nas carreiras de saúde pública e de clínica geral. O efeito da evolução registada no número de efectivos das carreiras hospi-

talar, saúde pública e clínica geral anula-se mutuamente, pelo que o saldo líquido positivo global é imputável, quase exclusivamente, ao aumento significativo do número de Internos em formação, que representavam, em 2011, 26% do total dos efectivos no SNS.

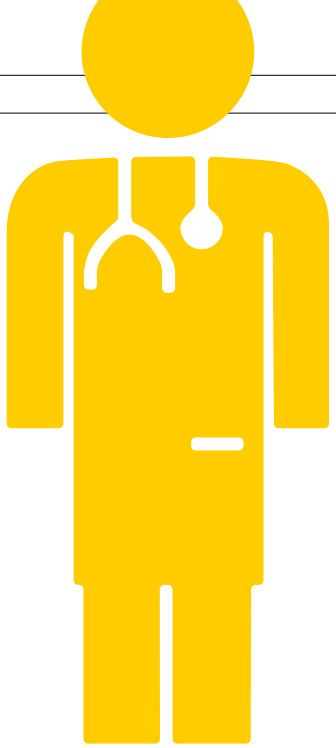
Em termos demográficos os médicos do SNS apresentam uma estrutura também envelhecida, com os escalões com mais de 50 anos a representarem 43% do total dos profissionais. No entanto, é evidente a existência de um processo de renovação geracional, com o escalão dos profissionais até aos 29 anos a representarem 17% do total de efectivos.

Um traço muito evidente na estrutura dos profissionais do SNS é o facto de este processo de renovação geracional ser corporizado maioritariamente por profissionais do género feminino, que representam 68% dos profissionais até aos 29 anos, o que significa que à entrada na profissão se verifica uma relação entre géneros de 2 mulheres para 1 homem.

A análise relativa às especialidades médicas apresenta algumas limitações neste trabalho, decorrentes das lacunas relativas a esta variável na informação disponibilizada pela Ordem dos Médicos (38% dos profissionais da base de dados da Ordem dos Médicos não contêm indicação de especialidade). No entanto, a análise das especialidades médicas no SNS no período entre 2002 e 2011 permite as seguintes constatações:

- A maioria das 42 especialidades analisadas no SNS regista um crescimento no número de efectivos no período, embora 15 delas registem evoluções negativas, com destaque para a Saúde Pública, Radioterapia, Estomatologia, Anatomia Patológica, Psiquiatria, Medicina Geral e Familiar e Ginecologia/Obstetrícia.
- A maioria destas especialidades são predominantemente femininas, sendo que apenas 13 registam taxas de feminização inferiores a 50%, correspondendo, na sua maioria, a especialidades cirúrgicas. A taxa de feminização encontra-se em crescimento no período considerado.
- Apesar de se ter registado um aumento no envelhecimento da maioria das especialidades hospitalares no período, apenas 14 delas registam um peso dos profissionais com mais de 50 anos no total dos especialistas superior a 50%. A situação inverte-se completamente nas especialidades extra-hospitalares, com a Medicina Geral e Familiar e a Saúde Pública a apresentarem taxas de envelhecimento em 2011 de 75% e 86%, respectivamente.
- A capacidade de renovação instalada nas especialidades analisadas, medida através do peso dos internos em formação relativamente aos especialistas em cada uma delas, revela que a maioria apresenta uma taxa de reposição superior a 35%, indiciando um stock de renovação geracional significativo. A excepção, onde a capacidade de renovação não atinge os 20%, são as especialidades de Estomatologia, Patologia Clínica, Medicina Geral e Familiar e Saúde Pública.

No SNS verifica-se, ainda, a existência de 4 especialidades que, sem a adopção de medidas correctivas no sentido de reforçar a sua atractividade, tenderão à rápida perda de profissionais no futuro próximo: Estomatologia, Patologia Clínica, Medicina Geral e Familiar e Saúde Pública. Com efeito, estas especialidades sofrem, cumulativamente, o efeito de uma redução líquida de efectivos entre 2002 e 2011, do acentuado envelhecimento dos seus profissionais e de uma reduzida capacidade de renovação geracional instalada.



Este relatório incide também sobre a componente da formação em medicina, tanto na vertente pré-graduada (Mestrado Integrado em Medicina) como na vertente pós-graduada (Internato Médico).

No que se refere à formação pré-graduada em Medicina, verifica-se um aumento muito significativo do número de vagas para ingresso neste curso nos últimos anos (superior a 250% entre 1995 e 2010), cifrando-se este valor, no ano lectivo de 2010/2011, em 1.700. Em 2010 diplomaram-se em Medicina, em universidades portuguesas, 1.280 alunos. Considerando um cenário de ceteris paribus no que respeita à capacidade formativa instalada, até 2025 diplomar-se-ão cerca de 27.000 mestres em Medicina em Portugal, correspondendo a um "débito" anual de cerca de 1.900 diplomados a partir de 2016.

Quanto à formação médica pós-graduada verifica-se que entre 2006 e 2012 o Ministério da Saúde adoptou o critério de disponibilizar um número de vagas para o Internato Médico adequado ao número de candidatos, tanto para a frequência do "ano comum" como para ingresso na formação específica. Assim, verifica-se um aumento global do número de vagas para ingresso nos dois tipos de formação (inicial e específica), que no caso da formação específica atingiu os 67% entre 2006 e 2012, correspondendo a um aumento líquido de cerca de 600 vagas.

No mesmo período verifica-se que as taxas de colocação na formação específica do Internato Médico são sempre inferiores ao número de vagas disponibilizadas para formação. O número de vagas colocadas a concurso para formação específica em 2012 foi de quase 1.500, a que correspondeu uma taxa de colocação global de 97%. A esta taxa global correspondem valores diferentes segundo a tipologia de especialidades considerada. Assim, as taxas de colocação nas especialidades hospitalares são sempre superiores às das especialidades extra-hospitalares no período considerado (entre 3 p.p. e 10 p.p.), evidenciando a menor atractividade destas últimas para os profissionais. Em 2012 a taxa de colocação nas especialidades extra-hospitalares (Medicina Geral e Familiar, Saúde Pública e Medicina Legal) foi de 95%, enquanto nas especialidades hospitalares atingiu o valor de 98%.

As especialidades que neste período demonstram, de forma persistente, um défice de atractibilidade para os profissionais são, em primeiro lugar, a Saúde Pública, seguida pela Patologia Clínica, a Imunohemoterapia, a Anatomia Patológica, a Medicina Interna e a Medicina Geral e Familiar. Todas as outras especialidades apresentam taxas de colocação de 100% em 2012 (com excepção da Hematologia).

A segunda grande componente do Estudo de Evolução Prospectiva de Médicos no Sistema de Saúde Nacional incide sobre as estimativas de médicos no Sistema de Saúde até 2025.

O objectivo é o de, com base na modelação de cenários de evolução, perspectivar diferentes opções possíveis para a afectação de médicos ao Sistema de Saúde em Portugal, antecipando efeitos da situação instalada ao nível da capacidade formativa e identificando desajustamentos face a eventuais necessidades futuras.

Importa ter presente que, se a determinação do número adequado de profissionais de saúde, nas suas diversas categorias profissionais e especializações, no momento certo e no local adequado, constitui o grande desafio do planeamento e da gestão dos recursos humanos em saúde, ela é também um exercício pleno de dificuldades. Em primeiro lugar, os determinantes de uma adequada definição do número e da tipologia de profissionais a afectar a determinado sistema de saúde são

função de um conjunto numeroso de variáveis – grau de universalidade e cobertura dos sistemas de saúde, organização e níveis de serviço, políticas de saúde, sistemas de organização e gestão das estruturas de saúde, evolução demográfica e epidemiológica, evolução do conhecimento científico, das tecnologias de informação e das tecnologias de saúde, competências dos profissionais e respectivos conteúdos funcionais, etc.

No caso específico dos médicos, os tempos longos associados à formação destes profissionais (em Portugal, a formação específica de um médico tem uma duração mínima de 11 anos), introduz um elemento adicional de complexidade ao exercício de planeamento, exigindo uma antecipação e uma capacidade de previsão que comportam um risco elevado de desadequação à realidade.

Uma breve análise dos principais modelos teóricos de prospecção de recursos humanos em saúde (baseados na oferta, na procura, na necessidade e em "benchmarking") demonstra que qualquer deles, isolado e per se, comporta vantagens e inconvenientes. Assim, no âmbito do presente trabalho foi utilizado um modelo composto, de forma a minimizar as respectivas limitações e maximizar as suas potencialidades, tendo por base uma metodologia de projecção assente num macro-modelo sistémico, envolvendo a utilização integrada dos modelos de projecção da oferta e das necessidades, sobre uma evolução dinâmica das variáveis de suporte.

Com base na análise da problemática da prospectiva de recursos humanos em saúde, optou-se pelo desenvolvimento de dois modelos de base para estimar a evolução dos médicos em Portugal até 2025:

- Um modelo que se baseia na projecção da evolução das condições actualmente existentes até 2025, que designámos de **Modelo de Oferta**. Este Modelo representa a capacidade instalada de produção de médicos no sistema de saúde e incorpora dois cenários:

› **Cenário SEM Limitação da Capacidade Formativa Pós-Graduada –** em que se assume que o sistema de internatos médicos tem capacidade formativa instalada para absorver, em cada ano, a totalidade dos diplomados em medicina e os candidatos a ingresso tanto no ano comum como na formação específica;

› **Cenário COM Limitação da Capacidade Formativa Pré-Graduada –** em que se estima uma capacidade máxima de ingresso nos internatos de especialidade de 1.550 vagas anuais, mantendo o ano comum a capacidade acolher a totalidade dos candidatos.

O pressuposto de base deste cenário é o da não alteração das condições de contexto actualmente existentes no horizonte temporal de 2025, ou seja, é um modelo que projecta o futuro de acordo com a situação actual, tendo como única variável a capacidade formativa pós-graduada.

- O outro modelo é um **Modelo de Necessidades**, que considera a introdução de variáveis de contexto na definição de um efectivo de profissionais adequado às necessidades assistenciais do país. Este modelo incorpora dois cenários diferenciados de evolução, cujas variáveis de base são as seguintes:

› **Cenário de Manutenção** dos rácios médico/população (por especialidade) existentes em 2011 e sua projecção para 2025;

› **Cenário Desejável** que parte da definição dos rácios de cobertura médico/população considerados adequados em cada especialidade, com base nas indicações de 22 Colégios de Especialidade, e os adapta à evolução populacional prevista até 2025.

O Modelo da Oferta representa, assim, a capacidade nacional de produção de médicos e de especialistas, que se compara com o Modelo das Necessidades, que visa modelar o número de profissionais de que o País necessitará no horizonte temporal de 2025, de acordo com os cenários concebidos.

A capacidade de produção instalada no sistema de saúde (correspondente ao Modelo da Oferta) resulta num total de médicos no sistema, em 2025, quantificado entre os 51.800 e os 51.900, de acordo com os diferentes cenários, incluindo médicos especialistas, médicos em formação e médicos sem qualquer especialidade.

A simulação efectuada resulta nas seguintes grandes linhas de conclusões, no que aos médicos especialistas respeita:

- A capacidade de produção de especialistas instalada no sistema de formação nacional, expressa no Modelo da Oferta, representa um aumento de especialistas no sistema de saúde, no horizonte de 2025, entre os 32% (no Cenário SEM Limitações à Capacidade Formativa no Internato Médico) e os 21% (no Cenário COM Limitações à Capacidade Formativa no Internato Médico);
- As necessidades de especialistas a afectar ao sistema de saúde em 2025, expressas no Modelo das Necessidades, resultam numa variação relativamente a 2011 que se situa entre um aumento de 7% no Cenário Desejável e um decréscimo de -2% no Cenário de Manutenção.

Procedeu-se, ainda, à integração dos modelos e cenários em análise, com o objectivo de, através da diferença entre a oferta (Modelo Oferta) e as necessidades estimadas (Modelo Necessidades) se determinarem os *gaps* e se projectarem os défices ou os superavites, tanto a nível global do sistema de saúde como para cada uma das especialidades, ao longo do período de projecção.

A capacidade de produção de novos especialistas instalada no sistema de formação entre 2012 e 2025 oscila entre os 20.795 (no Cenário SEM Limitações) e os 17.891 (no Cenário COM Limitações).

Quanto às necessidades de novos especialistas, no mesmo período, determinada pelos Cenários do Modelo das Necessidades, estas variam entre 14.363 novos especialistas necessários no Cenário Desejável e os 11.913 exigidos no Cenário da Manutenção.

A confrontação da capacidade de produção instalada no sistema com os Cenários de Necessidades desenvolvidos, demonstra que o stock de novos especialistas formados é suficiente para suprir as necessidades em todos eles, verificando-se mesmo excedentes.

A dimensão dos desajustamentos verificados varia entre os seguintes valores:

- No **Cenário da Manutenção** teríamos 8.882 novos especialistas que não seriam absorvidos relativamente ao Cenário Sem Limitações e 5.978 que seriam excedentários relativamente ao Cenário Com Limitações;
- No **Cenário Desejável** o excedente de novos especialistas não absorvidos situar-se-ia entre os 6.432 relativamente ao Cenário Sem Limitações e os 3.528 no Cenário Com Limitações.

O sistema formativo apresenta, assim, capacidade para suprir os diferentes cenários de necessidades modelados, gerando excedentes de especialistas em todos eles.

A análise global desenvolvida não reflecte, no entanto, a realidade de todas as especialidades da mesma forma. A análise da relação entre a capacidade produtiva instalada no sistema de formação nacional expressa no Modelo da Oferta, e as necessidades estimadas nos cenários que integram o Modelo das Necessidades, aplicada às 47 especialidades médicas reconhecidas pela Ordem dos Médicos, revela como principal conclusão (que deve ser mitigada pelo grau de incerteza que decorre das limitações informacionais e metodológicas referidas ao longo do trabalho), que se verifica um excedente de capacidade de formação instalada em algumas das especialidades médicas e um défice na mesma capacidade formativa noutras especialidades. ■

Consulte a versão integral do relatório final deste estudo em www.nortemedico.pt

INTERPELAÇÃO AO CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE DOURO E VOUGA

CONSELHO REGIONAL PREOCUPADO COM O CUMPRIMENTO DAS NORMAS DO INTERNATO MÉDICO

O CRNOM contrariou a intenção da administração do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga (CHEDV) em deslocar os internos do Hospital São Sebastião para serviço de urgência suplementar e fora da sua área de especialidade. Em reacção a uma comunicação normativa interna, a Ordem dos Médicos considerou "inaceitável" a postura do Conselho de Administração ao procurar contrariar a natureza da formação pós-graduada.

[ver ofício enviado ao CA em www.nortemedico.pt]

A 13 de Setembro último, o Conselho de Administração (CA) do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga (CHEDV) emitiu uma comunicação normativa que impunha aos médicos internos de formação específica, a partir do 2.º ano, várias limitações ao horário de trabalho afecto ao serviço de urgência (SU).

No primeiro ponto deste comunicado podia ler-se que as **12 horas semanais de trabalho normal em SU** teriam de ser "por regra, **realizadas em presença física no serviço**", ao que acrescia, no segundo ponto uma outra exigência: as 12 horas de trabalho normal podiam ser realizadas na urgência da especialidade "mediante autorização prévia do Conselho de Administração, a pedido fundamentado do Director de Serviço".

No mesmo ofício, o CA determinava que os internos, a partir do 2.º ano, iriam passar a ser "escalados para a realização de 12 horas extraordinárias por semana para a prestação de trabalho no serviço de urgência", indicando expressamente que a recusa desta prestação extraordinária levaria a que não fosse autorizada a "acumulação de funções, públicas ou privadas".

Após tomar conhecimento das disposições inscritas nesta comunicação, o Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRNOM) reuniu com os médicos internos do Hospital São Sebastião e, posteriormente, questionou o CA do CHEDV sobre a situação. Num ofício remetido a 2 de Outubro, o CRNOM fez notar que, de acordo com o Regulamento do Internato Médico (RIM) em vigor, os médicos internos "**devem dedicar à formação teórica e prática a sua actividade profissional durante toda a semana de trabalho**". Os horários de trabalho previstos para os internatos são, acrescenta o enunciado, "**estabelecidos e programados em termos idênticos aos dos médicos de carreira**", tendo em consideração as normais actividades do internato médico. Neste enquadramento, todo o período laboral deve ter uma orientação formativa, "**incluindo, naturalmente, o trabalho que é prestado em serviço de urgência**", acrescenta o ofício do CRNOM.

Baseado nestes pressupostos, o CRNOM considerou que a comunicação normativa [emitida pelo CA do CHEDV em 13 de Setembro] merecia a sua "total discordância" ao estabelecer que o período normal de 12 horas de prestação de trabalho em SU apenas "**possa ser realizado na urgência da especialidade mediante autorização prévia**". Segundo o CRNOM, "as 12 horas normais em SU têm que ser

SIM TAMBÉM CONDENOU A ADMINISTRAÇÃO

O Sindicato Independente dos Médicos (SIM) reagiu negativamente ao ofício normativo da administração do Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga (CHEDV) e também contribuiu para a sua revogação. Em comunicado, o SIM considerou que os médicos internos "não têm nem devem ter um tratamento absolutamente igual aos demais trabalhadores" e que uma "eventual colaboração" no Serviço de Urgência deve ter "em consideração as necessidades próprias do processo de formação". Este, acrescenta o sindicato, "é inconciliável com a pretendida imposição de prestação exclusiva ou quase exclusiva de trabalho na urgência geral". O SIM considera, por fim, "inadmissível" o facto de a administração ter formulado "ameaças" de "retaliações" para "quem se recuse à prestação de trabalho extraordinário", negando-lhes o pedido de acumulação de funções. ■

realizadas em urgência da especialidade porque a isso obrigam os programas de formação dos Internatos Médicos". Quanto à autorização prévia, o ofício do CRNOM foi contundente: "**Os programas de formação estão contidos em portarias que são actos de carácter jurídico-normativo que se impõem aos conselhos de administração e aos directores de serviços**". Finalmente, admitindo a hipótese de os internos não realizarem urgências da especialidade respectiva, estar-se-ia face a uma situação em que "**a formação que está a ser ministrada ao médico interno é insuficiente**", concluía o CRNOM.

No ofício ao CA do CHEDV o CRNOM criticou ainda o recurso aos internos para prestação de 12 horas de trabalho extraordinário por semana em SU, considerando que estes "**não podem ser vistos como mão-de-obra indiferenciada (…) que substitua as carências de recursos humanos e organizacionais que são da exclusiva responsabilidade dos dirigentes**". Além disso, acrescentava-se que a formação médica pós-graduada envolve "**a prestação de trabalho subordinado, sem que corresponda a necessidades permanentes do serviço**". "**A prestação de trabalho extraordinário, nos termos da lei, está reservada para situações de carência grave e transitória. Não é aceitável, do ponto de vista da qualidade da formação médica, que médicos internos prestem de forma sistemática e semanal serviço de urgência fora da sua área de formação**", concluía o CRNOM.

No final, o ofício considerava "**inadmissível**" a forma como o CA do CHEDV procurava pressionar os médicos internos a aceitar as condições dispostas, usando para isso a figura da autorização da acumulação de funções (públicas ou privadas). O CRNOM instou ainda a administração e a direcção clínica daquele centro hospitalar a respeitarem as normas definidas legalmente para a formação médica pós-graduada, sob pena de Ordem dos Médicos se ver obrigada a "**suspender de imediato a formação nos respectivos serviços e no próprio hospital**".

No dia 10 de Outubro, e na sequência de uma reunião com a directora clínica do CHEDV, a comunicação normativa em causa foi suspensa. Todavia, à data do fecho desta edição não estava ainda reposta a normalidade no internato do Hospital de São Sebastião, pelo que o CRNOM irá manter a pressão da sua posição até que a situação esteja resolvida. ■

DIREITO DE OPÇÃO PELO UTENTE NO MODELO DE RECEITA MÉDICA

Ordem dos Médicos tomou posição pública sobre providência cautelar do Tribunal Administrativo do Círculo de Lisboa

[2 SETEMBRO 2013]

COMUNICADO DO CNE [proposto e aprovado em CNE]

O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos (CNE) continuará a defender um conjunto de princípios de que não irá abdicar, em nome da relação inviolável médico-doente, da segurança do tratamento dos doentes e do seu direito a participarem de forma activa no acto médico que envolve a prescrição de medicamentos.

Em face das notícias veiculadas pela comunicação social e da publicação do Despacho n.º 11254/2013, do Secretário de Estado da Saúde, em que se dá conta que o Tribunal Administrativo do Círculo de Lisboa proferiu uma providência cautelar de suspensão da eficácia das normas relativas ao exercício do direito de opção pelo utente no modelo de receita médica, onde poderia declarar a sua intenção de pretender, ou não, exercer o direito de opção e apôr a sua assinatura, o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos (CNE) continuará a defender um conjunto de princípios de que não irá abdicar, em nome da relação inviolável médico-doente, da segurança do tratamento dos doentes e do seu direito a participarem de forma activa no acto médico que envolve a prescrição de medicamentos:

1. A alteração determinada pelo Despacho n.º 11254/2013, para dar cumprimento à mencionada decisão judicial no sentido da supressão do referido campo da receita médica, apenas deverá vigorar pelo período de vigência da providência cautelar decretada, sem prejuízo do que vier a ser decidido na acção principal. Nesta medida, o CNE também está desde já a avaliar a possibilidade legal para se constituir assistente no processo judicial em curso.

2. Entendemos, com base em princípios de rigor técnico e científico, que defender a saúde dos doentes e a qualidade do seu tratamento não é compatível com a possibilidade das farmácias procederem de forma abusiva, e contrariando a própria 'Lei da prescrição por DCI' (Lei n.º 11/2012), à dispensa de medicamentos genéricos de forma indiscriminada e sem qualquer respeito pelo fornecimento de um dos cinco medicamentos mais baratos.

3. Continuamos a aguardar, e aproveitamos para publicamente insistir de forma veemente, a divulgação pública pelo INFARMED dos dados relativos à dispensa de medicamentos pelas farmácias. Estarão as farmácias a cumprir a 'Lei da prescrição por DCI' (Lei n.º 11/2012)? É uma questão de transparência e de salvaguarda das finanças e dos direitos dos doentes. As informações a que vamos tendo acesso apontam no sentido do incumprimento desta Lei por uma parte significativa das farmácias.

4. De resto, apresentámos propostas concretas ao Ministério da Saúde para reduzir os custos com medicamentos e aumentar a prescrição de genéricos, que infelizmente não foram atendidas.

5. No mesmo sentido, foi proposto um mecanismo nos novos modelos de receita médica (o direito de opção do doente) que obrigasse as farmácias a dispensar o medicamento desejado pelo doente, respeitando dessa forma a sua liberdade de escolha e colocando no doente, durante o acto médico, o poder final de decisão. Esta sugestão, aceite pelo Ministério da Saúde, foi sempre rejeitada pelas instituições representativas dos farmacêuticos, e é agora alvo de uma providência cautelar.

> Estarão as farmácias a cumprir a 'Lei da prescrição por DCI'? As informações a que vamos tendo acesso apontam no sentido do incumprimento por uma parte significativa das farmácias

6. De facto, as instituições representativas dos farmacêuticos nunca estiveram dispostas a abdicar do poder discricionário das farmácias sobre quais os medicamentos a disponibilizar aos doentes. Sem qualquer respeito pela relação de confiança médico-doente e pelo princípio dos doentes poderem exercer o seu direito de opção, violando claramente a autonomia de prescrição e a essência de um acto médico que só aos médicos e doentes deveria respeitar.

CRN SUBLINHA POSIÇÃO DA OM

7. É no mínimo estranho, e merecedor de uma investigação aprofundada, que sejam os farmacêuticos, que legitimamente vendem medicamentos e obtêm os respectivos lucros, a decidir e, na realidade, a impôr aos doentes as marcas mais caras, alegando, muitas vezes falsamente, que as marcas mais baratas do princípio activo prescrito estão esgotadas. Estamos obviamente perante um manifesto conflito de interesses que o poder político insiste em proteger. De resto, para o mesmo princípio activo, a comparticipação do Estado é sempre igual. O doente é que paga sempre a diferença de preço entre os medicamentos do mesmo princípio activo. Dito de outra forma, a aplicação prática da 'Lei da prescrição por DCI' (Lei n.º 11/2012) e, mais ainda, sem a possibilidade do direito de opção na receita médica agora suspenso, não tem protegido nem salvaguarda os interesses dos doentes.

O CNE apela à sociedade civil e aos vários responsáveis políticos para que, com carácter de urgência, se inicie o processo de revisão da 'Lei da prescrição por DCI' (Lei n.º 11/2012) de forma a salvaguardar os direitos dos doentes e a eliminar os conflitos de interesses existentes.

Entretanto, no respeito pelas normas eticamente consagradas da nossa profissão e na salvaguarda da qualidade dos tratamentos prestados, entendemos que os médicos têm o dever de informar os doentes sobre esta matéria e de continuar a utilizar os medicamentos que lhes oferecem absoluta garantia de qualidade e confiança terapêutica.

Desta nota de imprensa será dado conhecimento ao Ministro da Saúde e a todos os médicos que diariamente têm a responsabilidade clínica, disciplinar, civil e criminal de tratar os seus doentes.

Lisboa, 2 de Setembro de 2013.
Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos ■

VidaEconómica
[27 SET 2013]

Farmácias estão a vender os medicamentos mais caros aos doentes

A Ordem dos Médicos (OM) está contra a prescrição de medicamentos por Denominação Comum Internacional (DCI) por a lei "não estar a ser cumprida pelos farmacêuticos", ao não disponibilizarem aos doentes os medicamentos mais baratos mas, antes, os mais caros. Em declarações à "Vida Económica", Miguel Guimarães, presidente da secção regional do Norte da OM, mostra-se preocupado com os "efeitos perversos" que se estão a verificar, uma vez que, como diz, "em vez de as farmácias facultarem aos doentes um dos cinco medicamentos mais baratos" dentro do princípio ativo prescrito pelo médico, como é o propósito da lei, estas "estão a vender os medicamentos mais caros, o que leva a que estejam a ter margens muito altas", com "prejuízo para os doentes". "Temos tido imensas queixas de doentes e de médicos sobre esta questão e essas queixas vêm de todo o lado e de todo o país", frisou Miguel Guimarães à "Vida Económica". Num comunicado emitido sobre o assunto, a OM põe a nu o que está a acontecer, considerando "no mínimo estranho, e merecedor de uma investigação aprofundada, que sejam os farmacêuticos, que legitimamente vendem medicamentos e obtêm os respetivos lucros, a decidir e, na realidade, a impor aos doentes as marcas mais caras, alegando, muitas vezes falsamente, que as marcas mais baratas do princípio activo prescrito estão esgotadas". Face a isto, a OM quer a revisão "com caráter de urgência" da lei da prescrição de medicamentos por DCI, sendo que ainda não foi agendada qualquer reunião com o ministro da Saúde. "O ministro Paulo Macedo não tem aceitado marcar uma reunião com a Ordem, apenas tendo reagido em declarações à comunicação social, dizendo que está preocupado" com a situação, diz Miguel Guimarães. Para este responsável, o espírito da lei – permitir ao doente optar, na farmácia, pelo medicamento mais barato – não está a ser "cumprido pelas farmácias", pelo que não há outra solução que não seja a revisão "com caráter de urgência" da lei da prescrição de medicamentos por DCI. ■

"Temos tido imensas queixas de doentes e de médicos", diz Miguel Guimarães.

DIREITO DE OPÇÃO PELO UTENTE NO MODELO DE RECEITA MÉDICA (CONT.)

Jornal de Notícias

[04 SET 2013]

CRN DETALHOU AS PROPOSTAS DE ALTERAÇÃO DA LEI AO JORNAL DE NOTÍCIAS

Médicos querem revisão urgente da lei da prescrição

Ordem insiste que farmácias estão a vender medicamentos mais caros

Gina Pereira
gina@jn.pt

A ORDEM DOS MÉDICOS (OM) exortou ontem o Governo a rever "com urgência" a lei da prescrição por Denominação Comum Internacional (DCI) - ou seja, a lei que instituí as receitas sem marca -, que entrou em vigor a 1 de junho do ano passado, por entender que "a lei foi mal feita" e "não tem protegido nem salvaguardado os interesses dos doentes". A Ordem insiste que as farmácias não estão a cumprir a lei e "muitas vezes" estão a vender medicamentos mais caros do que os cinco mais baratos existentes no mercado, como manda a lei.

Miguel Guimarães, presidente da secção Norte da Ordem dos Médicos, disse ontem ao JN que a Ordem tem "imensas queixas de doentes e de médicos". E, repetindo o desafio já várias vezes feito pelo bastonário José Manuel Silva, insistiu para que a Autoridade Nacional do Medicamento (Infarmed) divulgue os dados relativos à dispensa de medicamentos.

"É uma questão de transparência e de salvaguarda das finanças e dos direitos dos doentes. As informações a que vamos tendo acesso apontam no sentido do incumprimento desta lei por uma parte significativa das farmácias", refere o comunicado ontem divulgado pelo Conselho Nacional Executiva da OM, onde se lê que os farmacêuticos estão a "impor aos doentes as marcas mais caras, alegando, muitas vezes falsamente, que as marcas mais baratas do princípio ativo prescrito estão esgotadas".

A denúncia já foi várias vezes feita pela OM e rejeitada pelo ministro da Saúde, que alega que essa conferência é feita no Centro de Conferência de Faturas. Desta feita, o assunto veio de novo a lume a propósito de uma providência cautelar, suscitada pela Ordem dos Farmacêuticos, que obrigou o governo a rever as receitas em vigor e a deixar cair o direito de opção

ORDEM SUGERE QUE MÉDICOS SEJAM OBRIGADOS A RECEITAR UM DOS CINCO MAIS BARATOS

do doente, que permitia ao utente bloquear a receita no consultório do médico.

Miguel Guimarães sugere que uma boa alteração à lei seria obrigar os médicos a prescrever sempre um dos cinco medicamentos mais baratos no mercado - ficando assim ao critério do clínico escolher aquele em que mais confia - ou que o Estado defina preços máximos para os principais princípios ativos, propostas que deixa para a revisão da lei. ●

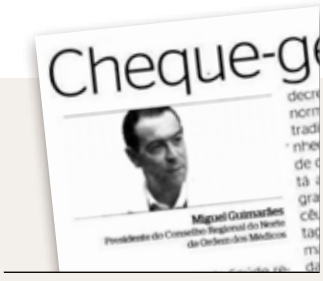
UMA GUERRA ANTIGA

▸ A "guerra" entre médicos e farmacêuticos a propósito da liberdade de opção vem de longe. O novo modelo de receita médica, que entrou em vigor a 1 de abril, passou a prever um campo onde o doente pode declarar que não pretende exercer o direito de opção, mesmo que o farmacêutico lhe queira vender um medicamento mais barato do que o médico lhe receitou nos casos em que pode receitar por marca. A Ordem dos Farmacêuticos fez uma queixa ao Ministério Público, que interpôs uma providência cautelar e obrigou o Governo a retirar, para já, esse campo das receitas.

Ordem dos Médicos desafia Infarmed a divulgar dados da dispensa de medicamentos

AINDA O DIREITO DE OPÇÃO PELO UTENTE... E O "PRÉMIO" DO ESTADO ÀS FARMÁCIAS QUE VENDAM MAIS GENÉRICOS

Artigo de Opinião de Miguel Guimarães no jornal Grande Porto, 27 de Setembro de 2013



GRANDE PORTO

[27 SET 2013]

Cheque-genérico

O Ministério da Saúde resolveu inovar na forma como pretende atingir a meta de 45% de quota de mercado dos medicamentos genéricos em Portugal. Ao invés de monitorizar a dispensa de medicamentos – e de a divulgar convenientemente, cumprindo o dever fundamental de transparência do sistema – resolveu anunciar um incentivo para que as farmácias vendam mais "genéricos" e cumpram a lei da prescrição por DCI. A mesma lei que as obriga a disponibilizar três dos cincos medicamentos mais baratos e que não está a ser cumprida. Estamos perante uma solução

GRANDE PORTO
[06 SET 2013]

Médicos e farmácias em guerra devido à opção de medicamentos

A Ordem dos Médicos está contra a eliminação, nas receitas, da opção do doente por medicamentos mais baratos.

Pedro José Barros
pedro.barros@grandeportoonline.com

A Ordem dos Médicos (OM) contesta a eliminação nas receitas médicas de um campo onde o doente poderia declarar se queria ou não exercer o direito de opção por um medicamento mais barato.

A eliminação consta de um despacho, publicado em cumprimento de uma decisão judicial que proferiu uma providência cautelar apresentada pela Ordem dos Farmacêuticos (OF), em que a OF contestava a existência do campo nas receitas.

Numa nota enviada à imprensa, a OM refere que a defesa da saúde dos doentes e da qualidade do seu tratamento "não é compatível com a possibilidade das farmácias procederem de forma abusiva e, contrariando a própria Lei da prescrição por DCI (princípio activo), à dispensa de medicamentos genéricos de forma indiscriminada e sem qualquer respeito pelo fornecimento de um dos cinco medicamentos mais baratos".

Os médicos consideram que o campo com a opção do doente nas receitas obrigava as farmácias a dispensar o medicamento desejado pelo doente, "respeitando dessa forma a sua liberdade de escolha e colocando no doente, durante o acto médico, o poder final de decisão". A eliminação inscrita no despacho faz com que os doentes "fiquem sem qualquer tipo de protecção" quando vão levantar a receita à farmácia, diz ao GRANDE PORTO Miguel Guimarães, presidente da Secção Regional do Norte da OM.

Miguel Guimarães, presidente da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos

Investigação

"De facto, as instituições representativas dos farmacêuticos nunca estiveram dispostas a abdicar do poder discricionário das farmácias sobre quais os medicamentos a disponibilizar aos doentes. Sem qualquer respeito pela relação de confiança médico-doente e pelo princípio dos doentes poderem exercer o seu direito de opção, violando claramente a autonomia de prescrição e a essência de um acto médico que só aos médicos e doentes deveria respeitar", refere a nota.

A OM acrescenta que "é no mínimo estranho, e merecedor de uma investigação aprofundada, que sejam os farmacêuticos, que legitimamente vendem medicamentos e obtêm os respectivos lucros, a decidir e, na realidade, a impor aos doentes as marcas mais caras, alegando, muitas vezes falsamente, que as marcas mais baratas do princípio activo prescrito estão esgotadas". Considera, por isso, que estamos perante um "manifesto conflito de interesses que o poder político insiste em proteger".

Farmacêuticos satisfeitos

A inquirição ao utente, por parte do médico, sobre a sua opção "vem limitar a liberdade do doente no livre exercício desse mesmo direito de opção, que deve ser exercido perante o farmacêutico, no momento da dispensa, e não perante o médico, no momento da prescrição", contraria a OF também num comunicado. O bastonário da OF entende que existe "alguma desigualdade e assimetria" no contexto de uma consulta médica, o que faz com que o doente se sinta condicionado na resposta que dá ao clínico em relação ao seu direito de opção por um medicamento mais barato.

Uma posição refutada por Miguel Guimarães: "Os médicos não vendem medicamentos, querem o melhor para os doentes. Quem vende medicamentos são os farmacêuticos, são eles que enfrentam um conflito de interesses".

À espera dos dados do Infarmed

Segundo o presidente da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, os médicos serão "os únicos" profissionais que estão a cumprir a Lei da prescrição por DCI, que obriga ao fornecimento de um dos cinco medicamentos mais baratos.

A OM tem chegado "dezenas de relatos" de incumprimento por parte das farmácias, pelo que a OM continua a aguardar a divulgação pública pelo Infarmed dos dados relativos à dispensa de medicamentos pelas farmácias.

simultaneamente peregrina, contraditória e perniciosa. Peregrina, porque vem incentivar por decreto aquilo que deveria ser o normal cumprimento da lei. Contraditória, dado que é um reconhecimento claro e inequívoco de que, se há sector que não está a cumprir com as novas regras de prescrição, é o farmacêutico, apesar das notórias vantagens que a lei lhe outorgou em matéria de decisão sobre a venda do medicamento. Além disso, contraria o discurso oficial: afinal não está tudo a correr bem e, quiçá, a prescrição por DCI não está a ter resultados tão positivos no crescimento da quota de genéricos. Perniciosa, porque está a compensar de forma escandalosa a perda de lucros das farmácias com o dinheiro dos contribuintes. Muito recentemente, percebemos de que lado está o interesse em favorecer o caos legislativo em que se encontra a política do medicamento em Portugal. Foi interposta uma providência cautelar pelo Tribunal Administrativo do Círculo de Lisboa por queixa da Ordem dos Farmacêuticos (OF) que visa impedir que o doente exerça o legítimo direito de opção sobre o medicamento que quer comprar. O doente, na visão da OF, serve para levantar aquilo que o balcão da farmácia pretende e não aquilo que, de forma livre e informada, decidiu na consulta com o seu médico. A Lei da Prescrição por DCI foi um cheque em branco aos farmacêuticos e um acto de retaliação aos médicos. Sobram poucas dúvidas disso. Percebemos agora, por via de uma espécie de cheque-genérico, que é também um fundo de maneio às farmácias que se limitam a fazer o que a lei obriga. A defesa e promoção de uma boa relação relação médico-doente por parte do Ministério da Saúde é coisa do passado. Infelizmente para os doentes e para todos nós a preocupação do Ministério da Saúde centra-se apenas nas contas e nos cortes e não na Saúde dos portugueses. ■

MINISTÉRIO DA SAÚDE INSISTE NOS CONCURSOS FECHADOS

Ordem dos Médicos toma posição sobre os Despachos 8056-C/2013 e 10231-A/2013 do Secretário de Estado da Saúde

[07 AGOSTO 2013]

A Ordem dos Médicos não pode deixar de manifestar a sua mais profunda surpresa pelo facto do Ministério da Saúde, depois de receber um extenso parecer jurídico da Provedoria de Justiça a considerar ilegais os anteriores concursos fechados e a instar à reposição da legalidade, reiterar na repetição do mesmo tipo de concursos fechados, ultrapassando a Lei com um estranho, inaceitável e desnecessário desprezo pelo Estado de Direito.

COMUNICADO DO CNE [proposto e aprovado em CNE]

Analisado os **Despachos 8056-C/2013 e 10231-A/2013 do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde**, retira-se do seu teor que:

1. Os Despachos em questão visam apenas e só os **médicos que concluíram o internato da especialidade na 1.ª época do internato médico de 2013.**

2. Os médicos que tenham concluído o seu internato de especialidade na 1.ª época de 2013, são obrigados a concorrer, pois se não o fizerem (ou se se recusarem a celebrar o contrato de trabalho) cessarão, a contar da data da verificação de qualquer um daqueles factos, o respectivo contrato.

3. Os procedimentos de selecção serão abertos ao abrigo do n.º 2 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 45/2009, de 13 de Fevereiro, em conjugação com a alínea b) do n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 112/98, de 24 de Abril; ora, diz o artigo 3.º n.º 2 do DL 45/2009 (diploma que veio introduzir alterações ao diploma dos internatos médicos e que revogou o diploma DL 112/98, que continha o regime das vagas carenciadas) que "o disposto nos n.ºs 5 a 7 do artigo 12.º-A do Decreto-Lei n.º 203/2004, (...) na redacção do presente Decreto-Lei, aplica-se aos médicos abrangidos pelo n.º 1 do artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 112/98 (...), salvo oposição dos interessados a apresentar, por escrito, no prazo de 30 dias a contar da data de entrada em vigor do presente Decreto-Lei"; isto é o regime de contratação dos médicos que fizeram o seu internato numa vaga preferencial (anteriormente designada por vaga protocolada), aplica-se aos médicos que tenham sido colocados em vagas carenciadas que (repita-se), entretanto, foram extintas pelo DL 45/2009;

4. Os procedimentos de selecção irão permitir a celebração de contrato de trabalho em funções publicas por tempo indeterminado ou de contrato individual de trabalho por tempo indeterminado ao abrigo do Código do Trabalho, consoante se trate de, respectivamente, estabelecimentos do sector público administrativo ou entidades públicas de natureza empresarial;

Os procedimentos de recrutamento em causa observam a regime fixado no n.º 5 do artigo 12.º-A do Decreto-Lei n.º 203/2004, seja, são considerados e ponderados a resultado da prova de **avaliação final do internato medico e a classificação obtida em entrevista de selecção a realizar para o efeito.**

> Os Despachos acima referidos limitam a abertura de vagas a médicos que tenham obtido a sua especialidade na 1.ª época de 2013, excluindo todos os restantes profissionais que aspiravam legitimamente ao preenchimento de uma vaga no Serviço Nacional de Saúde

5. No caso das áreas hospitalar e de saúde pública, os procedimentos de selecção serão realizados pelas Administrações Regionais de Saúde.

Tomando conhecimento do conteúdo dos Despachos n.ºs 8056-C/2013 e 10231-A/2013, cuja finalidade é a abertura de procedimentos de selecção restritos para contratação de pessoal médico, a Ordem dos Médicos não pode deixar de lamentar a insistência do Ministério da Saúde em violar os preceitos constitucionais nos seus processos de recrutamento.

Os Despachos acima referidos limitam a abertura de vagas a médicos que tenham obtido a sua especialidade na 1.ª época de 2013, excluindo todos os restantes profissionais que aspiravam legitimamente ao preenchimento de uma vaga no Serviço Nacional de Saúde.

Este procedimento, tal como está definido, viola o direito de igualdade de acesso ao emprego no

sector público (artigo 47.º da Constituição) e coloca em causa referenciais de transparência, equidade e igualdade de oportunidades na administração pública.

Além disso, é uma medida que favorece a injustiça do sistema, premiando a idade dos candidatos em detrimento do seu desempenho e competências adquiridas.

A Ordem dos Médicos não pode deixar de manifestar a sua mais profunda surpresa pelo facto do Ministério da Saúde, depois de receber um extenso parecer jurídico da Provedoria de Justiça a considerar ilegais os anteriores concursos fechados e a instar à reposição da legalidade, reiterar na repetição do mesmo tipo de concursos fechados, ultrapassando a Lei com um estranho, inaceitável e desnecessário desprezo pelo Estado de Direito.

Estes concursos fechados são ainda mais incompreensíveis porque há Colegas especialistas, nomeadamente em Medicina Geral e Familiar, uma área especialmente necessitada, que estão a ser sucessivamente impedidos de concorrer ao SNS por estarem dele desvinculados. Com estes concursos fechados, que mantêm especialistas fora do SNS, são os doentes que estão a ser prejudicados.

Por último, o Despacho 10231-A/2013 põe em causa a autonomia administrativa, financeira e patrimonial das unidades locais de saúde e dos centros hospitalares, desrespeitando as competências destas entidades em matéria de recrutamento do pessoal médico.

Deste modo, a Ordem dos Médicos apela a que a Ministro da Saúde ponha termo aos presentes despachos e informa que irá remeter as mesmos à Provedoria de Justiça e à Procuradoria-Geral da República para que estas entidades possam agir em defesa do Estado de Direito, sem prejuízo de, desde já, estar disponível para apoiar juridicamente todos os médicos que se sintam lesados por este tipo de concursos e os pretendam impugnar.

Lisboa, 7 de Agosto de 2013.
Conselho Nacional Executivo
da Ordem dos Médicos ■

Cerca de uma centena de médicos estiveram reunidos na SRNOM para debater o conteúdo dos despachos 8056-C/2013 e 10231-A/2013

[12 AGOSTO 2013]

CONCLUSÕES DA REUNIÃO

No dia 12 Agosto, pelas 21 horas, realizou-se na Secção Regional Norte da Ordem dos Médicos (SRNOM) uma reunião, em que participaram cerca de 100 médicos, para debater o conteúdo dos despachos 8056-C/2013 e 10231-A/2013, cuja finalidade é a abertura de procedimentos de selecção restritos para contratação de pessoal médico. A mesa da reunião foi coordenada pelo Presidente do Conselho Regional Norte da OM e pela consultora jurídica da SRNOM.

> Defesa unânime de concursos legais, abertos a todos os médicos

Foram expostas as principais implicações decorrentes da aplicação prática dos referidos despachos, as matérias consideradas ilegais, as medidas já adoptadas e as posições públicas já assumidas pela Ordem dos Médicos, pelos Sindicatos Médicos e por alguns hospitais EPE.

Entre os principais pontos debatidos, realçamos:

- A posição unânime da defesa de concursos legais, que sejam abertos a todos os médicos;
- A existência de um número desadequado e inapropriado de vagas, sem qualquer coerência ou respeito pelas necessidades regionais;
- A possibilidade da existência de júris regionais nomeados pelas respectivas ARSs, sem qualquer respeito pela autonomia dos hospitais EPE ou pelas responsabilidades das diferentes Unidades de Saúde e respectivos serviços;

MINISTÉRIO DA SAÚDE INSISTE NOS CONCURSOS FECHADOS (CONT.)

- A impossibilidade legal da Ordem dos Médicos instruir uma providência cautelar para suspender os efeitos dos referidos despachos.

As conclusões finais da reunião foram as seguintes:

- Actuar juridicamente, apoiando e patrocinando todos os médicos que se sintam lesados com as consequências destes despachos, e recorrendo directamente para o Ministro da Saúde, a Provedoria da Justiça e o Procurador Geral da República.
- Manter uma posição pública firme e informada, como forma de pressionar o Ministério da Saúde.
- Propor uma reunião, com carácter de urgência, entre a Ordem dos Médicos e os Sindicatos Médicos no sentido de serem encontradas medidas mais eficazes para alterar este tipo de concursos (que ocorreu a 11/09/2013; ver comunicado conjunto, ao lado).
- Aprofundar os contactos com as Unidades de Saúde da região Norte no sentido de reforçar uma posição que possa ser conjunta ou apoiada sobre esta matéria.
- Criação de uma *mailing-list*, disponível para todos os médicos presentes na reunião e todos os interessados em resolver esta situação ilegal e profundamente injusta.

O CRN da Ordem dos Médicos.
Porto, 12 de Agosto de 2013. ■

A QUESTÃO DOS CONCURSOS FECHADOS TEVE REPERCUSSÃO NA COMUNICAÇÃO SOCIAL. O CRN EXPÔS A POSIÇÃO DA ORDEM DOS MÉDICOS

GRANDE PORTO
[16 AGO 2013]

Secção do Norte da Ordem dos Médicos diz que concurso é ilegal

Miguel Guimarães fala em desrespeito pela Constituição e diz que pode ser altura de se "tomarem medidas mais gravosas".

Ana Cardiade
ana.cardiade@grandeporto.onda.pt

O presidente da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos (SRNOM) está indignado com os dois despachos recentes do ministério da Saúde, onde se estabelece a abertura de procedimentos de selecção para contratação de pessoal médico. Miguel Guimarães explicou ao GRANDE PORTO que os dois documentos "visam apenas e só os médicos que concluíram o internato da especialidade na primeira época do internato médico de 2013, deixando de fora todos os outros médicos que vêem desta forma limitado o seu acesso ao SNS". Miguel Guimarães não tem dúvidas ao afirmar que estes despachos são "ilegais", uma vez que violam um preceito básico da Constituição que diz que "tem de haver igualdade no acesso ao emprego na função pública". "O ministério da Saúde não tem obrigação de dar emprego a todos os médicos, mas tem obrigação de cumprir as regras consagradas na constituição". E não são só os juristas da Ordem dos Médicos que consideram os despachos ilegais. A provedoria da Justiça analisou os documentos, a pedido da OM, e emitiu um parecer onde também considera os despachos ilegais. A Ordem, segundo Miguel Guimarães, "já escreveu uma carta ao senhor secretário da Saúde a pedir a revogação dos despachos".

A verdade é que até agora o ministério da Saúde não recuou. O presidente da SRNOM afirma que "se a Ordem pudesse já tinha interposto uma providência cautelar no sentido de parar os concursos", mas apenas os sindicatos ou os hospitais EPE o podem fazer. É que também os hospitais têm razões de queixa, uma vez que, explica o responsável, "não foram respeitados na sua autonomia". "Não vão ser os hospitais a escolher os especialistas que vão contratar, mas sim um júri escolhido pelas ARS". A Ordem dos Médicos pediu entretanto reuniões com os sindicatos dos médicos e um contacto aprofundado com as unidades de saúde. Paralelamente, enviaram a sua posição sobre o assunto, e o devido enquadramento jurídico, para a Provedoria de Justiça e para a Procuradoria-Geral da República. "O que está aqui em causa é o Estado de Direito", remata Miguel Guimarães, que admite que "se calhar estamos na altura de tomar medidas mais gravosas para que o ministério nos entenda".

Concursos de contratação restritos estão a gerar polémica entre os médicos

ACTIVIDADE PROFISSIONAL DOS MÉDICOS INTERNOS

Comunicado conjunto

SIM - FNAM - OM

[11 SETEMBRO 2013]

EM DEFESA DA CARREIRA MÉDICA

O Sindicato Independente dos Médicos - SIM, a Federação Nacional dos Médicos - FNAM e a Ordem dos Médicos, reunidos em Coimbra, em 11/09/2013, reafirmam a necessidade de respeitar e fortalecer a carreira médica de forma a garantir a qualidade dos serviços e dos cuidados de saúde.

Para tal, é fundamental que o mecanismo dos concursos públicos para provimento de vagas seja assumido como essencial quer para o acesso, quer para a progressão na carreira.

Nesta medida, e em respeito pela Constituição Portuguesa, os concursos deverão ser abertos.

Deverão ocorrer concursos pelo menos duas vezes por ano, de forma a permitir que os recém-especialistas possam ter a possibilidade de concorrer logo a seguir à respectiva época de exame da especialidade.

No sentido de permitir a mobilidade de profissionais médicos entre as diferentes Unidades de Saúde (US) e recuperar para o SNS médicos sem ligação contratual pública, é desejável que as Administrações das US possam abrir concursos abertos externos em respeito pelos Acordos Colectivos de Trabalho em vigor.

No cumprimento pela legislação sobre as Carreiras Médicas, exigimos que sejam rapidamente concluídos os concursos para consultor abertos em 2012, como consta do acordado celebrado, assim como a rápida abertura de mais vagas para as categorias de assistente graduado e assistente graduado sénior nas diferentes áreas da Carreira Médica.

Só desta forma é possível manter serviços bem estruturados e com capacidade formativa adequada para enfrentar as necessidades dos serviços de saúde e dos doentes, colmatando a saída de milhares de médicos, que, desde 2010, já envolveu a reforma de 627 assistentes graduados sénior.

O anúncio em 2013 da abertura de 130 vagas para assistente graduado sénior, sendo positivo, é claramente insuficiente e não corresponde minimamente às necessidades existentes.

As três Organizações reafirmam a necessidade imperiosa de planear a médio e longo prazo uma política estruturada de recursos humanos na saúde, com base em reformas sustentadas que verdadeiramente respeitem o património genético do SNS e a sua trave mestra, as Carreiras Médicas.

Coimbra, 11 de Setembro de 2013 ■

Parecer da Consultora Jurídica da SRNOM

A SRNOM recebeu uma exposição de um médico a frequentar o 3.º ano do internato médico, cuja intenção era a de saber a partir de que ano poderia fazer consultas em regime privado com tutoria. Remetida à consultora jurídica da SRNOM, Inês Folhadela, a exposição mereceu o seguinte parecer:

Nos termos do artigo 16.º do Decreto-lei 203/2004 (redacção actual), "1. Os médicos internos estão sujeitos a horário de 40 horas semanais. 2. Os internos do internato médico devem dedicar à formação teórica e prática a sua actividade profissional durante toda a semana de trabalho e estão impedidos de acumular outras funções públicas, salvo funções docentes, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 312/84, de 26 de Setembro, na sua redacção actual, e em escolas superiores, institutos públicos e outros estabelecimentos de ensino onde sejam ministrados cursos ou conferida formação na área da saúde, mediante autorização nos termos da lei". Assim, o desenvolvimento de qualquer actividade fora do âmbito do internato, carece de autorização para acumulação de funções nos termos do disposto nos artigos 25.º e ss. da Lei 12-A/2008.

Quanto à realização de "consultas em regime privado (com tutoria)", salientamos que, durante todo internato, o médico interno não poderá, em circunstância alguma, arrogar-se da qualidade de médico especialista, sendo que toda a sua actividade não poderá ser divulgada ou apresentada como tecnicamente diferenciada, ainda que tutelada por Médico Especialista.

Deste modo não há um ano a partir do qual se possa afirmar que o médico interno possa efectuar consultas da especialidade em regime privado sem que exista uma tutela efectiva e directa sobre a sua actuação por um especialista. ■

ACTIVIDADE PROFISSIONAL DOS MÉDICOS INTERNOS

Comunicado conjunto

SIM - FNAM - OM

[11 SETEMBRO 2013]

EM DEFESA DA CARREIRA MÉDICA

O Sindicato Independente dos Médicos - SIM, a Federação Nacional dos Médicos - FNAM e a Ordem dos Médicos, reunidos em Coimbra, em 11/09/2013, reafirmam a necessidade de respeitar e fortalecer a carreira médica de forma a garantir a qualidade dos serviços e dos cuidados de saúde.

Para tal, é fundamental que o mecanismo dos concursos públicos para provimento de vagas seja assumido como essencial quer para o acesso, quer para a progressão na carreira.

Nesta medida, e em respeito pela Constituição Portuguesa, os concursos deverão ser abertos.

Deverão ocorrer concursos pelo menos duas vezes por ano, de forma a permitir que os recém-especialistas possam ter a possibilidade de concorrer logo a seguir à respectiva época de exame da especialidade.

No sentido de permitir a mobilidade de profissionais médicos entre as diferentes Unidades de Saúde (US) e recuperar para o SNS médicos sem ligação contratual pública, é desejável que as Administrações das US possam abrir concursos abertos externos em respeito pelos Acordos Colectivos de Trabalho em vigor.

No cumprimento pela legislação sobre as Carreiras Médicas, exigimos que sejam rapidamente concluídos os concursos para consultor abertos em 2012, como consta do acordado celebrado, assim como a rápida abertura de mais vagas para as categorias de assistente graduado e assistente graduado sénior nas diferentes áreas da Carreira Médica.

Só desta forma é possível manter serviços bem estruturados e com capacidade formativa adequada para enfrentar as necessidades dos serviços de saúde e dos doentes, colmatando a saída de milhares de médicos, que, desde 2010, já envolveu a reforma de 627 assistentes graduados sénior.

O anúncio em 2013 da abertura de 130 vagas para assistente graduado sénior, sendo positivo, é claramente insuficiente e não corresponde minimamente às necessidades existentes.

As três Organizações reafirmam a necessidade imperiosa de planear a médio e longo prazo uma política estruturada de recursos humanos na saúde, com base em reformas sustentadas que verdadeiramente respeitem o património genético do SNS e a sua trave mestra, as Carreiras Médicas.

Coimbra, 11 de Setembro de 2013 ■

Parecer da Consultora Jurídica da SRNOM

A SRNOM recebeu uma exposição de um médico a frequentar o 3.º ano do internato médico, cuja intenção era a de saber a partir de que ano poderia fazer consultas em regime privado com tutoria. Remetida à consultora jurídica da SRNOM, Inês Folhadela, a exposição mereceu o seguinte parecer:

Nos termos do artigo 16.º do Decreto-lei 203/2004 (redacção actual), "1. Os médicos internos estão sujeitos a horário de 40 horas semanais. 2. Os internos do internato médico devem dedicar à formação teórica e prática a sua actividade profissional durante toda a semana de trabalho e estão impedidos de acumular outras funções públicas, salvo funções docentes, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 312/84, de 26 de Setembro, na sua redacção actual, e em escolas superiores, institutos públicos e outros estabelecimentos de ensino onde sejam ministrados cursos ou conferida formação na área da saúde, mediante autorização nos termos da lei". Assim, o desenvolvimento de qualquer actividade fora do âmbito do internato, carece de autorização para acumulação de funções nos termos do disposto nos artigos 25.º e ss. da Lei 12-A/2008.

Quanto à realização de "consultas em regime privado (com tutoria)", salientamos que, durante todo internato, o médico interno não poderá, em circunstância alguma, arrogar-se da qualidade de médico especialista, sendo que toda a sua actividade não poderá ser divulgada ou apresentada como tecnicamente diferenciada, ainda que tutelada por Médico Especialista.

Deste modo não há um ano a partir do qual se possa afirmar que o médico interno possa efectuar consultas da especialidade em regime privado sem que exista uma tutela efectiva e directa sobre a sua actuação por um especialista. ■

PROJECTO PARA O NOVO REGIME DE CONVENÇÕES COM O SNS

Resumo do parecer da OM sobre o projecto de decreto-lei que estabelecerá um novo regime jurídico das convenções com o SNS, o qual foi comunicado ao Ministro da Saúde, Paulo Macedo, por carta datada de 12 Agosto 2013.

CONSELHO NACIONAL EXECUTIVO

As Convenções, existentes desde há muitos anos, desempenham um papel fundamental, reconhecido e imprescindível no suprimento de carências do SNS, apenas tendo pecado por não serem de adesão livre e aberta, cumpridos os pressupostos legais em vigor.

Têm um valor único numa lógica de acessibilidade e proximidade aos cuidados de saúde, insuperável em algumas zonas, nomeadamente junto de populações mais desfavorecidas, fora dos grandes centros urbanos ou com dificuldades da mobilização.

Os custos a elas inerentes e a fixação de preços sempre foram controlados e regulados pelo Estado e pelo poder político da forma que melhor entenderam. Assim sendo, sempre foram cumpridos os princípios da complementaridade, da liberdade de escolha, da transparência, da igualdade e da concorrência pela Qualidade, aos quais se acrescenta a insuperável mais-valia que é a medicina de proximidade para as populações, sem que no caso em apreço represente maiores custos directos para o Estado, mas sim e apenas para os prestadores.

Existem, por isso, múltiplas entidades convencionadas que, na sequência da sua actividade de longos anos, criaram estruturas significativas, geraram empregabilidade local e regional importante, assumiram investimentos vultuosos e prestam cuidados de qualidade que não podem, hipoteticamente e de forma discricionária, ser aniquilados num prazo de um ano, conforme se induz do citado Projecto. Para estes deve ser assumido um prazo obrigatoriamente mais longo e regras que os protejam em função de toda a actividade e custos/investimentos despendidos no passado, com o enquadramento legal que estava em vigor, devendo ser muito clara e não superficialmente generalista a regulamentação que os impeça de continuar os citados cuidados. Numa verdadeira Democracia respeitadora dos cidadãos, as regras não podem ser subitamente alteradas sem quaisquer preocupações pelas consequências humanas, sociais e empresariais decorrentes dessas alterações.

1. (...) Com o projecto de decreto-lei agora apresentado pelo Ministério da Saúde, pretende o Governo estabelecer um novo regime jurídico das convenções com o SNS, alterando e adulterando profundamente os princípios basilares (nota: princípios descritos na versão integral disponibilizada no site), que enformam o Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril, ainda não revogado.

Com efeito,

2. Este novo projecto propõe-se, designadamente:
a) Instituir dois modelos de procedimentos para a celebração de contratos de convenção: um primeiro, para uma convenção específica [alínea a) do n.º 1 do artigo 4.º], destinado a mercados com baixo grau de concentração ou com concorrência significativa (preâmbulo) e que se regerará pelas regras estabelecidas no Código dos Contratos Públicos (n.º 4 do artigo 4.º); e um segundo, de natureza excepcional, que se processa através da adesão a um clausulado-tipo previamente publicado [alínea b) do n.º 1 do artigo 4.º] e que se destinará a mercados com graus de concorrência reduzidos (preâmbulo);
b) Criar, quanto à extensão do território abrangido pelo contrato de convenção, um modelo de âmbito nacional e outro de âmbito regional (preâmbulo, n.ºs 2 e 3 do artigo 3.º), sendo o último afastado pela existência de um outro de âmbito nacional (n.º 4 do artigo 3.º);
c) Estabelecer como preços máximos a pagar no âmbito das convenções os constantes na tabela de preços do SNS (n.º 1 do artigo 7.º) e indexar padrões de qualidade ao financiamento [alínea c) do n.º 2 do artigo 2.º];
d) Reduzir o prazo de validade das convenções para 3 anos e o da sua denúncia para 90 dias antes do final de cada período de vigência (n.º 1 do artigo 11.º);

e) Os contratos de convenção vigentes à data de entrada em vigor do decreto-lei agora projectado cessarão passado um ano sobre aquela data (n.º 1 do artigo 16.º), sem cuidar de investimentos feitos e legítimas expectativas existentes;
f) Os preços podem ser revistos anualmente (n.º 2 do artigo 11.º).

3. (...)
4. (...)
5. (...)
6. (...)
7. (...)
8. (...)
9. (...)

Em resumo

O projectado decreto-lei, a ser publicado conforme está, trará, entre outras, as seguintes consequências:

a) O agravamento da já encetada destruição da rede de cuidados de saúde privados e convencionados;
b) O forte agravamento do grau de concentração em alguns mercados;
c) O agravamento da dificultação do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde;
d) A degradação inaceitável do nível de Qualidade dos serviços prestados aos doentes;
e) E, por fim e por via das anteriores, alguma poupança para o Estado no curto prazo (o único e verdadeiro objectivo do Governo, embora não expresso), mas de consequências futuras imprevisíveis e não minimamente avaliadas, dentro de uma política de "quem vier a seguir que feche a porta".
f) Ou seja, o resultado da aplicação deste DL seria exactamente o contrário daquilo que são os seus anunciados propósitos.

Para que não viesse a ser...

Para que isso não venha a suceder, será necessário alterar o presente projecto. Para tanto, apresentamos as seguintes sugestões:

a) Clarificar conceitos;
b) Eliminar o modelo de atribuição de convenções por concurso, mantendo apenas um modelo aberto de adesão aos termos de um clausulado-tipo previamente conhecido, com controlo administrativo ponderado e equilibrado dos preços;
c) Não reduzir o tempo de vigência dos contratos nem do prazo para a sua denúncia;
d) Pelo contrário, aumentá-los para as áreas de prestação que exijam investimentos mais volumosos, como a Radiologia, por exemplo;
e) Instituir a renovação automática dos contratos após o seu termo de validade, apenas limitada pelo incumprimento de exigências de carácter técnico, ético ou legal;
f) Instituir um mecanismo justo de actualização de preços que seja previsível (por exemplo, indexação à inflação) e o processo negocial nos casos em que isso se justifique;
g) Instituir meios de eficaz e consequente controlo de Qualidade.
h) Quando neste projecto-lei se fala da indexação de padrões de qualidade ao financiamento, o que nos parece essencial, esta situação deverá ser discutida e concretizada com a Ordem dos Médicos e os colégios das respectivas especialidades, que são as entidades com a competência e a capacidade para definir e auditar as normas de qualidade das respectivas áreas de actuação.

O Conselho Nacional Executivo e as Direcções dos Colégios da Ordem dos Médicos, conscientes da importância da revisão do modelo de convenções, encontram-se disponíveis para colaborar num modelo de convenção que garanta maior acessibilidade e qualidade aos doentes, evite o desperdício de recursos e tenha em consideração a actual situação de Portugal". ■

A versão integral deste Parecer pode ser consultada no portal nacional da Ordem dos Médicos, no separador CNE- informações e deliberações.

SISTEMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE

OM estabelece protocolo com a ERS

A Ordem dos Médicos e a Entidade Reguladora da Saúde anunciaram uma inédita parceria tendo em vista o desenvolvimento do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde – SINAS. Através desta colaboração, o regulador pretende beneficiar do conhecimento técnico da Ordem para estabelecer critérios de avaliação nas especialidades clínicas

A Ordem dos Médicos (OM) e a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) anunciaram um protocolo de colaboração no âmbito do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS). Este projecto, que tem vindo a ser desenvolvido pelo regulador desde 2011, visa "promover um sistema de classificação de saúde quanto à sua qualidade global, de acordo com os critérios objetivos e verificáveis, incluindo os índices de satisfação dos utentes", pode ler-se na página oficial da ERS.

Através desta colaboração – cujo acto de oficialização está agendado para o dia 30 de Outubro – a ERS pretende definir critérios de avaliação comuns para as diversas componentes específicas de cada especialidade clínica. No enunciado do protocolo, aquele organismo reputa de "fundamental" a cooperação institucional com as ordens profissionais do sector e reconhece, de forma particular, na OM um "conhecimento privilegiado a nível técnico e científico das diversas especialidades clínicas" que poderá constituir "uma mais-valia para o rigor científico pelo qual se pauta o SINAS".

"Em todas as dimensões do SINAS, a ERS pugna pela existência de rigor científico e técnico, de objetividade e justiça na avaliação, de motivação e envolvimento dos prestadores e profissionais, e de transparência e inteligibilidade, quer para os prestadores e profissionais, quer para os utentes e público em geral", acrescenta o regulador.

A participação da OM no SINAS será feita através do Conselho Nacional da Auditoria e Qualidade (CNAQ) e dos Colégios de Especialidade. Estes organismos serão co-responsáveis pela "definição e validação dos indicadores de qualidade das áreas com componentes técnicas e científicas de carácter clínico a integrar no SINAS" e terá o apoio, nas designadas "reuniões de consensualização", dos representantes dos colégios de especialidade e das respectivas sociedades científicas. Além deste trabalho, o CNAQ irá participar com peritos médicos nas equipas de auditoria aos prestadores de saúde. Desta forma será possível desenvolver o programa do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde de acordo com o rigor científico e técnico dependente da Ordem dos Médicos. ■

TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS

Ordem dos Médicos interpela o Presidente da República sobre o diploma das terapêuticas não convencionais

A aprovação e publicação da Proposta de Lei n.º 111/XII/2.ª, que visa regulamentar a prática das designadas Terapêuticas Não Convencionais (TNC) previstas na Lei nº 45/203, suscitou diversas perplexidades à Ordem dos Médicos (OM), prontamente comunicadas ao Presidente da República.

Em duas exposições enviadas ao gabinete de Cavaco Silva, a OM questionou a falta de uma distinção clara entre aquilo que é do domínio das TNC e o que deve ser enquadrado na Medicina, além das inúmeras arbitrariedades técnicas e terminológicas que constam do enunciado final da Lei. No primeiro ofício, pode ler-se que "(…) todas as intervenções terapêuticas com resultados efectivos e comprovados são incorporados na Medicina, pelo que não se justifica a legalização autónoma de práticas que não têm base científica, para além de questionável empirismo (…)", acrescentando-se que a OM "defendeu e defende que essas práticas deveriam ser enquadradas numa Direcção Clínica Médica, para efectiva protecção dos Doentes".

Um dos aspectos em que a OM se mostrou mais crítica prende-se com a inclusão da prática de "Medicina Tradicional Chinesa" no lote de terapias regulamentadas. Esta disciplina, lembrou a OM, nunca constou das propostas de regulamentação anteriores e foi "incluída no último momento, silenciosamente (…) de modo a evitar que fosse sujeita a contraditório". Com "profunda estupefacção", a Ordem condenou a atitude do Grupo de Trabalho da Comissão Parlamentar de Saúde e solicitou a alteração da expressão por "Terapêuticas tradicionais chinesas".

Na segunda interpelação feita ao Presidente da República, a OM considerou que o Decreto-Lei das TNC "não salvaguarda a saúde pública, nem faz as especificações necessárias no que respeita à exigência de qualificação profissional", acrescentando que o seu articulado "promove objectivamente a confusão de títulos profissionais da saúde, gerando situações dúbias que não permitirão que o consumidor fique informado de forma clara e adequada".

A desresponsabilização "intolerável" dos terapeutas face às interacções medicamentosas, a arbitrariedade de atribuir dois anos de moratória sobre a proibição da venda de produtos terapêuticos nos locais de prestação de serviços, ou a ausência de uma definição clara do conteúdo funcional de cada terapia e da respectiva formação específica, foram outros aspectos relevantes mencionados pela OM. ■

SISTEMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE

OM estabelece protocolo com a ERS

A Ordem dos Médicos e a Entidade Reguladora da Saúde anunciaram uma inédita parceria tendo em vista o desenvolvimento do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde – SINAS. Através desta colaboração, o regulador pretende beneficiar do conhecimento técnico da Ordem para estabelecer critérios de avaliação nas especialidades clínicas

A Ordem dos Médicos (OM) e a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) anunciaram um protocolo de colaboração no âmbito do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS). Este projecto, que tem vindo a ser desenvolvido pelo regulador desde 2011, visa "promover um sistema de classificação de saúde quanto à sua qualidade global, de acordo com os critérios objetivos e verificáveis, incluindo os índices de satisfação dos utentes", pode ler-se na página oficial da ERS.

Através desta colaboração – cujo acto de oficialização está agendado para o dia 30 de Outubro – a ERS pretende definir critérios de avaliação comuns para as diversas componentes específicas de cada especialidade clínica. No enunciado do protocolo, aquele organismo reputa de "fundamental" a cooperação institucional com as ordens profissionais do sector e reconhece, de forma particular, na OM um "conhecimento privilegiado a nível técnico e científico das diversas especialidades clínicas" que poderá constituir "uma mais-valia para o rigor científico pelo qual se pauta o SINAS".

"Em todas as dimensões do SINAS, a ERS pugna pela existência de rigor científico e técnico, de objetividade e justiça na avaliação, de motivação e envolvimento dos prestadores e profissionais, e de transparência e inteligibilidade, quer para os prestadores e profissionais, quer para os utentes e público em geral", acrescenta o regulador.

A participação da OM no SINAS será feita através do Conselho Nacional da Auditoria e Qualidade (CNAQ) e dos Colégios de Especialidade. Estes organismos serão co-responsáveis pela "definição e validação dos indicadores de qualidade das áreas com componentes técnicas e científicas de carácter clínico a integrar no SINAS" e terá o apoio, nas designadas "reuniões de consensualização", dos representantes dos colégios de especialidade e das respectivas sociedades científicas. Além deste trabalho, o CNAQ irá participar com peritos médicos nas equipas de auditoria aos prestadores de saúde. Desta forma será possível desenvolver o programa do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde de acordo com o rigor científico e técnico dependente da Ordem dos Médicos. ■

TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS

Ordem dos Médicos interpela o Presidente da República sobre o diploma das terapêuticas não convencionais

A aprovação e publicação da Proposta de Lei n.º 111/XII/2.ª, que visa regulamentar a prática das designadas Terapêuticas Não Convencionais (TNC) previstas na Lei nº 45/203, suscitou diversas perplexidades à Ordem dos Médicos (OM), prontamente comunicadas ao Presidente da República.

Em duas exposições enviadas ao gabinete de Cavaco Silva, a OM questionou a falta de uma distinção clara entre aquilo que é do domínio das TNC e o que deve ser enquadrado na Medicina, além das inúmeras arbitrariedades técnicas e terminológicas que constam do enunciado final da Lei. No primeiro ofício, pode ler-se que "(…) todas as intervenções terapêuticas com resultados efectivos e comprovados são incorporados na Medicina, pelo que não se justifica a legalização autónoma de práticas que não têm base científica, para além de questionável empirismo (…)", acrescentando-se que a OM "defendeu e defende que essas práticas deveriam ser enquadradas numa Direcção Clínica Médica, para efectiva protecção dos Doentes".

Um dos aspectos em que a OM se mostrou mais crítica prende-se com a inclusão da prática de "Medicina Tradicional Chinesa" no lote de terapias regulamentadas. Esta disciplina, lembrou a OM, nunca constou das propostas de regulamentação anteriores e foi "incluída no último momento, silenciosamente (…) de modo a evitar que fosse sujeita a contraditório". Com "profunda estupefacção", a Ordem condenou a atitude do Grupo de Trabalho da Comissão Parlamentar de Saúde e solicitou a alteração da expressão por "Terapêuticas tradicionais chinesas".

Na segunda interpelação feita ao Presidente da República, a OM considerou que o Decreto-Lei das TNC "não salvaguarda a saúde pública, nem faz as especificações necessárias no que respeita à exigência de qualificação profissional", acrescentando que o seu articulado "promove objectivamente a confusão de títulos profissionais da saúde, gerando situações dúbias que não permitirão que o consumidor fique informado de forma clara e adequada".

A desresponsabilização "intolerável" dos terapeutas face às interacções medicamentosas, a arbitrariedade de atribuir dois anos de moratória sobre a proibição da venda de produtos terapêuticos nos locais de prestação de serviços, ou a ausência de uma definição clara do conteúdo funcional de cada terapia e da respectiva formação específica, foram outros aspectos relevantes mencionados pela OM. ■

PARECER JURÍDICO

NOVO REGIME LEGAL DAS 40 HORAS

APLICAÇÃO À CARREIRA MÉDICA

Vasco Coelho
Consultor Jurídico

A pedido do CRN, o Departamento Jurídico da OM emitiu o seguinte esclarecimento sobre a eventual aplicação à carreira médica do novo regime de trabalho da função pública, publicado através da Lei n.º 68/2013, de 29 de Agosto

Foi solicitado a este departamento um esclarecimento quanto à eventual aplicação à carreira médica do novo regime de trabalho da função pública, recentemente publicado através da Lei n.º 68/2013, de 29 de Agosto.
Respondendo de imediato à questão, somos de parecer que o referido novo regime não se aplica à carreira médica, por menção expressa do legislador. Com efeito, resulta do disposto no artigo no artigo 11.º, n.º 2 o seguinte:

Artigo 11.º – Norma transitória
1 – Os horários específicos existentes à data da entrada em vigor da presente lei devem ser adaptados ao disposto no artigo 2.º;
2 – O disposto no n.º 1 do artigo 2.º não prejudica os regimes próprios de carreiras para as quais vigora, à data da publicação da presente lei, o período normal de trabalho de quarenta horas por semana e oito horas por dia, incluindo os respetivos regimes de transição.
Para se perceber este artigo é necessário ter presente a redacção do n.º 1 do artigo 2.º ali referido. A redacção da norma é a seguinte:

Artigo 2.º – Período normal de trabalho dos trabalhadores em funções públicas
1 – O período normal de trabalho dos trabalhadores em funções públicas é de oito horas por dia e quarenta horas por semana.
Ou seja, o legislador deixou bem claro que este novo regime não afecta a carreira médica porque, como sabemos, está em vigor um regime de transição para os médicos que não tenham um período normal de trabalho de 40 horas. O referido regime transitório está regulado pelo artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 266-D/2012, de 31 de Dezembro, cuja redacção é a seguinte:

Artigo 5.º – Disposições transitórias
1 – Os trabalhadores médicos que, após a entrada em vigor do presente decreto-lei, ingressem na carreira especial médica ficam sujeitos ao regime de trabalho a que correspondem 40 horas semanais.
2 – Os médicos providos na carreira especial médica à data da entrada em vigor do presente decreto-lei regem-se pelo disposto no Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto, com as alterações do presente diploma, exceto no que respeita às seguintes matérias:
a) Duração do período normal de trabalho semanal, incluindo as até 12 horas semanais a afetar à prestação de cuidados de saúde de urgência externa e interna, unidades de cuidados intensivos, unidades de cuidados intermédios, no exercício de funções de apoio aos utentes sem médico de família dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde primários nos modelos organizativos que envolvam a existência de consultas abertas e ou de recurso;
b) Remuneração correspondente ao regime de trabalho;
c) Faculdade de redução de uma hora em cada ano no horário de trabalho semanal, relativamente aos médicos com idade superior a 55 anos e que trabalhem em regime de dedicação exclusiva há, pelo menos, cinco anos, com horário de 42 horas por semana, até que o mesmo perfaça as 35 horas semanais;
d) Regime de incompatibilidades;
e) Dimensão da lista de utentes.
3 – Os trabalhadores médicos referidos no número anterior, podem, a partir do dia 1 de janeiro de 2015 e a todo o tempo, transitar para o regime de trabalho a que correspondem 40 horas semanais, mediante declaração escrita, dirigida ao dirigente máximo do serviço, a qual produz efeitos 120 dias após a sua receção.
4 – A transição referida no número anterior pode, antes daquela data, ser excecionalmente autorizada, a pedido do médico e desde que exista comprovado interesse para o serviço, o qual deve ser objetivamente fundamentado em função da sua necessidade para o bom funcionamento do serviço e tendo em conta as disponibilidades orçamentais, mediante despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, que pode delegar no conselho diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
5 – A transição para o horário de 40 horas semanais referida nos números anteriores implica que o médico requerente renuncie ao exercício do direito de dispensa, em função da idade, de trabalho em serviço de urgência externa e interna, unidades de cuidados intensivos e unidades de cuidados intermédios, ainda que já declarado, pelo período de 2 anos.
6 – O pessoal médico que requeira a passagem para o regime de 40 horas semanais transita para a nova estrutura remuneratória na mesma categoria e de acordo com o anexo I ao presente decreto-lei.
7 – O pessoal médico da área de medicina geral e familiar, integrado em unidades de saúde familiar de modelo B, apenas pode requerer a transição para o regime de 40 horas semanais, quando deixar de estar integrado naquelas unidades.
8 – Os médicos em regime de 35 horas semanais e até 31 de dezembro de 2015, passam a ser remunerados, em trabalho extraordinário e a partir da 5.ª hora semanal realizada, com base no valor hora correspondente à remuneração da respetiva categoria com período normal de trabalho de 40 horas.
9 – A aplicação dos valores das retribuições mínimas decorrentes do presente decreto-lei e dos instrumentos de regulamentação coletiva relativamente aos trabalhadores médicos sujeitos ao regime do Decreto-Lei n.º 176/2009, de 4 de agosto, com um período normal de trabalho de 40 horas determina a alteração do conteúdo do contrato de trabalho em matéria de tempo de trabalho em conformidade com aquele decreto-lei com a redação do presente diploma.
10 – Sem prejuízo do disposto no número anterior, mantêm-se o número de horas do período normal de trabalho afeto aos serviços de urgência, externa e interna, unidades de cuidados intensivos e unidades de cuidados intermédios, fixados por contrato de trabalho quando superiores aos previstos na lei.

Como se percebe, os médicos que hoje não têm 40 horas de período normal de trabalho semanal podem pedir a transição para esse regime, de forma automática a partir de 2015 e de forma condicionada desde 1 de Janeiro de 2013.

Quer isto dizer que os médicos com contrato de trabalho em funções públicas que não têm um regime de 40 horas de trabalho normal semanal mantêm o seu actual horário, não lhe sendo aplicada esta nova legislação por vontade expressa do legislador.

Esta é, s.m., a n. opinião.

O Consultor Jurídico,
Vasco Coelho ■

PARECER JURÍDICO

ACUMULAÇÃO DE FUNÇÕES NOS SECTORES PÚBLICO E PRIVADO

Esclarecimento sobre a acumulação de funções nos sectores público e privado, a propósito de um ofício do Centro Hospitalar do Porto sobre esta matéria

Dra. Inês Folhadela
Consultora Jurídica da SRNOM

O Decreto-lei 177/2009, de 04 de Agosto, que estabelece o regime da carreira especial médica dos médicos cuja relação jurídica de emprego público seja constituída por contrato de trabalho em funções públicas, prevê, no n.º 3 do artigo 35.º, que "*em matéria de incompatibilidades, impedimentos e exercício de medicina liberal, é aplicável aos médicos integrados na carreira médica o disposto nos artigos 25.º e seguintes da Lei n.º 12 -A/2008, de 27 de Fevereiro*";

Deste modo, o aludido diploma remete para a Lei 12-A/2008 que define e regula os regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações da generalidade dos trabalhadores que exercem funções públicas.

Por seu turno, a Lei 12-A/2008, de 27 de Fevereiro (na sua redacção actual e que resultou, nomeadamente, da Lei 66/2012, de 31 de Dezembro e do Decreto-Lei 47/2013, de 05 de Abril), determina, em matéria de acumulação de funções, o seguinte:

Artigo 25.º – Incompatibilidades e impedimentos

1 – A existência de incompatibilidades e de impedimentos contribui para garantir a imparcialidade no exercício de funções públicas.

2 – Sem prejuízo do disposto na Constituição, nos artigos 44.º a 51.º do Código do Procedimento Administrativo e em leis especiais, as incompatibilidades e os impedimentos a que se encontram sujeitos os trabalhadores, independentemente da modalidade de constituição da relação jurídica de emprego público ao abrigo da qual exercem funções, são os previstos no presente capítulo.

Artigo 26.º – Incompatibilidade com outras funções

As funções públicas são, **em regra**, exercidas em regime de exclusividade.

Artigo 27.º – Acumulação com outras funções públicas

1 – O exercício de funções pode ser **acumulado com o de outras funções públicas** quando estas **não sejam remuneradas** e haja na acumulação manifesto interesse público.

2 – **Sendo remuneradas** e havendo manifesto interesse público na acumulação, o exercício de funções apenas pode ser acumulado com o de outras funções públicas nos seguintes casos:

a) (Revogada.)

b) (Revogada.)

c) Participação em comissões ou grupos de trabalho;

d) Participação em conselhos consultivos e em comissões de fiscalização ou outros órgãos colegiais, neste caso para fiscalização ou controlo de dinheiros públicos;

e) (Revogada.)

f) Actividades docentes ou de investigação de duração não superior à fixada em despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, da Administração Pública e da educação e que, sem prejuízo do cumprimento da duração semanal do trabalho, não se sobreponha em mais de um quarto ao horário inerente à função principal;

g) Realização de conferências, palestras, acções de formação de curta duração e outras actividades de idêntica natureza.

Artigo 28.º – Acumulação com funções privadas

1 – Sem prejuízo do disposto nos números seguintes, o exercício de funções não pode ser acumulado com o de funções ou actividades privadas.

2 – **A título remunerado ou não, em regime de trabalho autónomo ou subordinado, podem ser acumuladas, pelo trabalhador ou por interposta pessoa, funções ou actividades privadas desde que as mesmas não sejam concorrentes ou similares com as funções públicas desempenhadas e que com estas sejam conflituantes.**

3 – Consideram-se **concorrentes ou similares com as funções públicas desempenhadas e que com estas sejam conflituantes as funções ou actividades que, tendo conteúdo idêntico ao das funções públicas desempenhadas, sejam desenvolvidas de forma permanente ou habitual e se dirijam ao mesmo círculo de destinatários.**

4 – A título remunerado ou não, em regime de trabalho autónomo ou subordinado, **podem ainda ser acumuladas, pelo trabalhador ou por interposta pessoa, funções ou actividades privadas que:**

a) **Não** sejam legalmente consideradas incompatíveis com as funções públicas;

b**) Não** sejam desenvolvidas em horário sobreposto, ainda que parcialmente, ao das funções públicas;

c**) Não** comprometam a isenção e a imparcialidade exigidas pelo desempenho das funções públicas;

d) **Não** provoquem algum prejuízo para o interesse público ou para os direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.

Artigo 29.º – Autorização para acumulação de funções

1 – A acumulação de funções nos termos previstos nos artigos 27.º e 28.º depende de prévia autorização da entidade competente.

2 – Do requerimento a apresentar para o efeito deve constar a indicação:

a) Do local do exercício da função ou actividade a acumular;

b) Do horário em que ela se deve exercer;

c) Da remuneração a auferir, quando seja o caso;

d) Da natureza autónoma ou subordinada do trabalho a desenvolver e do respectivo conteúdo;

e) Das razões por que o requerente entende que a acumulação, conforme os casos, é de manifesto interesse público ou não incorre no previsto nas alíneas a) e d) do n.º 4 do artigo anterior;

f) Das razões por que o requerente entende não existir conflito com as funções desempenhadas, designadamente por a função a acumular não revestir as características referidas nos n.ºs 2 e 3 e na alínea c) do n.º 4 do artigo anterior;

g) Do compromisso de cessação imediata da função ou actividade acumulada no caso de ocorrência superveniente de conflito.
3 – Compete aos titulares de cargos dirigentes, sob pena de cessação da comissão de serviço, nos termos do respectivo estatuto, verificar da existência de situações de acumulação de funções não autorizadas, bem como fiscalizar, em geral, a estrita observância das garantias de imparcialidade no desempenho de funções públicas.

Artigo 30.º – Interesse no procedimento
1 – Os trabalhadores não podem prestar a terceiros, por si ou por interposta pessoa, em regime de trabalho autónomo ou subordinado, serviços no âmbito do estudo, preparação ou financiamento de projectos, candidaturas ou requerimentos que devam ser submetidos à sua apreciação ou decisão ou à de órgãos ou unidades orgânicas colocados sob sua directa influência.
2 – Os trabalhadores não podem beneficiar, pessoal e indevidamente, de actos ou tomar parte em contratos em cujo processo de formação intervenham órgãos ou unidades orgânicas colocados sob sua directa influência.
3 – Para efeitos do disposto nos números anteriores, consideram-se colocados sob directa influência do trabalhador os órgãos ou unidades orgânicas que:
a) Estejam sujeitos ao seu poder de direcção, superintendência ou tutela;
b) Exerçam poderes por ele delegados ou subdelegados;
c) Tenham sido por ele instituídos, ou relativamente a cujo titular tenha intervindo como entidade empregadora pública, para o fim específico de intervir nos procedimentos em causa;
d) Sejam integrados, no todo ou em parte, por trabalhadores por ele designados por tempo determinado ou determinável;
e) Cujo titular ou trabalhadores neles integrados tenham, há menos de um ano, sido beneficiados por qualquer vantagem remuneratória, ou obtido menção relativa à avaliação do seu desempenho, em cujo procedimento ele tenha intervindo;
f) Com ele colaborem, em situação de paridade hierárquica, no âmbito do mesmo órgão ou serviço ou unidade orgânica.
4 – É equiparado ao interesse do trabalhador, definido nos termos dos n.os 1 e 2, o interesse:
a) Do seu cônjuge, não separado de pessoas e bens, dos seus ascendentes e descendentes em qualquer grau, dos colaterais até ao 2.º grau e daquele que com ele viva nas condições do artigo 2020.º do Código Civil;
b) Da sociedade em cujo capital detenha, directa ou indirectamente, por si mesmo ou conjuntamente com as pessoas referidas na alínea anterior, uma participação não inferior a 10 %.
5 – A violação dos deveres referidos nos n.ºs 1 e 2 produz as consequências disciplinares previstas no respectivo estatuto.
6 – Para efeitos do disposto no Código do Procedimento Administrativo, os trabalhadores devem comunicar ao respectivo superior hierárquico, antes de tomadas as decisões, praticados os actos ou celebrados os contratos referidos nos n.ºs 1 e 2, a existência das situações referidas no n.º 4.
7 – É aplicável, com as necessárias adaptações, o disposto no artigo 51.º do Código do Procedimento Administrativo.
Deste modo, não resulta expressamente do teor da Lei 12-A/2008 qualquer referência a cargos de direcção técnica.
O Acordo Colectivo de Trabalho n.º 2/2009, aplicável aos médicos cuja relação jurídica de emprego público seja constituída por contrato de trabalho em funções públicas, celebrado pela Federação Nacional dos Médicos, pelo Sindicato Independente dos Médicos e, em nome das entidades públicas empregadoras, por S. Ex.ª a Ministra da Saúde (publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 198, de 13 de Outubro de 2009) determina, na sua cláusula 8.ª que:
Actividade privada e incompatibilidades
1 – Nos termos do n.º 3 da Base XXXI da lei de Bases da Saúde, aos trabalhadores médicos é permitido exercer a actividade privada, em regime de trabalho autónomo, mediante a mera apresentação à entidade empregadora pública de compromisso de honra de que por esse motivo não resulta qualquer condição de incompatibilidade.
2 – A acumulação com funções privadas, em regime de trabalho subordinado, depende de autorização da entidade empregadora pública e não pode determinar para o Serviço Nacional de Saúde qualquer responsabilidade pelos encargos resultantes dos cuidados por esta forma prestados aos seus beneficiários.
3 – A autorização para a acumulação de funções privadas, em regime de trabalho subordinado, é concedida a requerimento do trabalhador médico interessado, nos termos legais, devendo mediar um intervalo de tempo não inferior a uma hora entre o exercício das funções a acumular.
4 – Não depende de autorização da entidade empregadora pública, o exercício pelo trabalhador médico, em regime de trabalho autónomo, a título remunerado ou não, das seguintes actividades:
a) Criação de obras do domínio literário, científico e artístico;
b) Realização de conferências, palestras e cursos breves;
c) Elaboração de estudos e pareceres médicos.
5 – **São consideradas actividades privadas e condições incompatíveis, nomeadamente, o exercício de funções de direcção técnica de entidades da área da saúde, convencionadas ou não**, bem como a titularidade de participação superior a 10 % no capital social de entidades convencionadas, por si ou por cônjuge e pelos ascendentes ou descendentes do 1.º grau.

Seja, resulta expressamente do teor do Acordo Colectivo de Trabalho n.º 2/2009 que o exercício de funções de direcção técnica de entidades na área da saúde (convencionadas ou não) é considerado incompatível com o exercício da actividade médica ao abrigo do contrato de trabalho em funções públicas.
No entanto, a previsão constante da cláusula 8.ª do Acordo Colectivo de Trabalho n.º 2/2009 **não pode** ser aplicada indistintamente a todo e qualquer médico titular de um contrato de trabalho em funções públicas.
É que, na aplicação concreta do Acordo Colectivo de Trabalho n.º 2/2009 não podemos deixar de considerar o disposto na cláusula 1.ª do próprio acordo e que define, de acordo com o **princípio da filiação (ou da dupla filiação)**, o âmbito pessoal dos acordos colectivos de trabalho.

Determina a cláusula 1.ª que:
Área e **âmbito**
1 – O presente acordo colectivo de carreira especial médica (doravante, ACCE) aplica-se em todo o território continental da República Portuguesa.
2 – O ACCE aplica-se e todos os **trabalhadores médicos filiados nas associações sindicais outorgantes** que, vinculados em regime de trabalho em funções públicas por tempo indeterminado e integrados na carreira especial médica (doravante trabalhador médico), exercem funções nas entidades empregadoras públicas abrangidas pelo âmbito de aplicação objectivo definido no artigo 3.º da Lei n.º 12-A/2008 de 27 de Fevereiro (doravante entidade empregadora pública).
3 – O ACCE aplica-se ainda aos trabalhadores que, nas circunstâncias referidas no número anterior, exercem funções em entidade excluídas do âmbito de aplicação do artigo 3.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro.
4 – Para os efeitos do disposto na alínea g) do artigo 350.º do Regime do Contrato de Trabalho em Funções Publicas (doravante RCTFP), aprovado pela Lei n.º 59/2008, de 11 de Setembro, as entidades celebrantes estimam que serão abrangidos pela presente convenção colectiva 35 entidades empregadoras públicas e 11270 trabalhadores.

Tal princípio da dupla filiação, de resto, encontra consignação expressa no n.º 1 artigo 359.º da Lei 59/2008, de 11 de Setembro (e que consagra o regime jurídico do contratado de trabalho em funções públicas – RCTFP), de acordo com o qual "o acordo colectivo de trabalho obriga as entidades empregadoras públicas abrangidas pelo seu âmbito de aplicação e os trabalhadores ao seu serviço que sejam membros das associações sindicais outorgantes". E sempre que o acordo colectivo seja outorgado por uniões, federações ou confederações "obriga os trabalhadores inscritos nos sindicatos representados nos termos dos estatutos [dessas] organizações" (n.º 2 do artigo 359.º do RCTFP).
O princípio da dupla filiação, nos seus estritos termos, conduz, assim, a que, no âmbito de uma mesma entidade empregadora pública, possam ser aplicáveis, a trabalhadores com as mesmas funções, regimes diferentes, por haver, por exemplo dois acordos colectivos de trabalho ou, por outro lado, que **os trabalhadores que não têm filiação sindical não são abrangidos por esses acordos.**

Deste modo, o ofício do Centro Hospitalar do Porto, EPE apenas **deve e pode** ter como destinatários os médicos titulares de contrato de trabalho em funções públicas que sejam filiados num dos Sindicatos outorgantes. ■

PARECER JURÍDICO

REGISTO NA ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE E TAXAS DE INSCRIÇÃO E MANUTENÇÃO

Miguel Guimarães
Presidente do CRNOM

Inês Folhadela
Consultora Jurídica da SRNOM

No contexto do exercício da medicina privada, e através de negociações jurídica e politicamente firmes, em reunião que teve lugar no Porto, em 11/09/2013, entre o Presidente do CRN e a Direcção da ERS, foi possível alterar substancialmente a obrigação de registo e as taxas de inscrição e manutenção para aqueles médicos que prestam os seus serviços a uma clínica, num estabelecimento em relação ao qual não exercem qualquer tipo de controlo, mas porque são detentores de uma convenção, ou por qualquer outra razão, emitem, em todas ou algumas situações, em seu nome ou no de uma sociedade da qual são sócios, recibos aos doentes (ver alterações em "FAQS – Obrigatoriedade de registo na ERS", no site da ERS e em www.nortemedico.pt.
Este trabalho, no sentido de diminuir o "peso" das taxas cobradas pela ERS, é para continuar.
O Parecer que nos serviu de base foi elaborado pela Consultora Jurídica da SRNOM, Dra. Inês Folhadela, e transcreve-se de seguida.

O exercício da actividade médica desenvolve-se em diferentes contextos jurídicos, distinguindo-se, tradicionalmente, entre aqueles que desenvolvem a sua actividade em termos públicos (quando ligados a instituições integradas no Serviço Nacional de Saúde – SNS), daqueles que exercem (de forma cumulativa ou não) a actividade de forma privada.

No desempenho da sua actividade em instituição do SNS, o médico ou é contratado como trabalhador dependente (em funções públicas ou ao abrigo do Código do Trabalho) ou como prestador de serviços (vulgarmente designado por tarefeiro). Em qualquer uma destas situações e pertencendo o estabelecimento de saúde ao SNS não resultam quaisquer dúvidas de que a obrigação de inscrição na ERS recai sobre a própria instituição, que é quem detém em exclusivo o estabelecimento (centro de saúde, hospital) onde são prestados os cuidados de saúde. Acresce que, no âmbito do SNS o médico nunca é solicitado, por si ou através de sociedade da qual seja sócio, a emitir recibos aos doentes, já que estes, enquanto utentes do SNS, estão sujeitos apenas ao pagamento de taxa moderadora.

A questão da obrigação de registo na ERS ganha foros de alguma complexidade quando consideramos o exercício da actividade médica em ambiente privado.

Se no caso de o médico ser contratado como trabalhador dependente por uma clínica ou por um hospital privado, a resposta à questão de saber sobre quem recai a obrigação de registo é objectiva (recai sobre a entidade empregadora, titular da clínica ou hospital já que o médico é remunerado pela instituição não emitindo qualquer recibo aos doentes), no caso de o médico prestar o seu serviço como profissional independente a resposta poderá ser mais difícil.

Vejamos:

Situação 1 – o médico presta os seus serviços a uma clínica, emitindo à clínica factura/recibo em nome individual e/ou de uma sociedade da qual é sócio; em caso algum o médico emite recibos aos doentes;

Situação 2 – o médico presta os seus serviços a uma clínica, num estabelecimento em relação ao qual **não exerce qualquer tipo de controlo**, mas porque é detentor de uma convenção ou por qualquer outra razão, emite, em todas ou algumas situações, em seu nome ou no de uma sociedade da qual é sócio, recibos aos doentes;

Situação 3 – o médico partilha com outros médicos um espaço no qual são efectuadas consultas; cada médico tem os seus doentes e emite em seu nome ou no de uma sociedade da qual é sócio, recibos aos doentes; o espaço é comum e cada médico ocupa o mesmo espaço em determinados dias da semana; o espaço funciona como que em condomínio, participando cada médico nas despesas, em função de uma percentagem previamente acordada, partilhando funcionários e instrumentos de trabalho;

Situação 4 – o médico ocupa um espaço que não é seu, mas não paga nada por isso; o médico emite recibos, por si ou através de uma sociedade, aos doentes; o médico, no período de tempo em que ocupa o consultório, é totalmente independente, gerindo os seus instrumentos de trabalho e eventuais colaboradores; nos períodos de tempo em que não se encontra no espaço, este é ocupado por outros profissionais.

Analisando estas situações à luz da Portaria 52/2011, de 27 de janeiro (que estabelece as regras do registo obrigatório na ERS dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde), temos que:

Situação 1 – a obrigação de registo impende apenas sobre a clínica ou hospital já que, juridicamente e de facto, a organização e funcionamento dos mesmos é da integral responsabilidade da pessoa detentora da clínica ou hospital, seja, *"é sujeito da obrigação de registo a pessoa, singular ou colectiva, que é proprietária, tutela, gere, detém ou, de qualquer outra forma, exerce a sua actividade profissional por conta própria em estabelecimento onde são prestados cuidados de saúde"* (cfr. artigo 6º da Portaria 52/2011). O médico constitui-se mero funcionário ou prestador de serviço da clínica ou hospital, totalmente alheio ao controlo da unidade de saúde;

Situação 2 – neste caso, nos termos do disposto no artigo 6º da Portaria 52/2011, o médico está obrigado a registo porquanto exerce a sua actividade por conta própria, na medida em que é ele que emite recibos aos doentes; no entanto, não exerce qualquer controlo de facto sobre o estabelecimento de saúde, sendo que a entidade titular deste estabelecimento também está obrigada a registo; há, assim uma duplicação das obrigações de registo;

Situação 3 – neste caso cada um dos médicos tem a obrigação de registo na ERS nos termos do artigo 6º da Portaria 52/2011, não obstante o estabelecimento prestador dos cuidados de saúde ser um único e ser gerido como um único; os médicos poderão obviar a tal multiplicidade de registos se constituírem uma pessoa colectiva que assuma a responsabilidade integral pela organização e funcionamento do estabelecimento, desde que esta insira no seu registo todos os médicos, constituindo-se, assim, sujeito da obrigação de registo; caso os médicos não constituam uma sociedade que assuma, juridicamente e de facto, o controlo do estabelecimento de saúde, cada um deverá inscrever-se na ERS já que, cada um, é juridicamente e de facto detentor de um estabelecimento de saúde, ainda que em parte;

Situação 4 – nesta situação a obrigação de registo existe sobre o médico. No entanto, o titular do estabelecimento e/ou os outros profissionais de saúde deverão também proceder a registo; no fundo trata-se de uma situação paralela à descrita em 3.

A questão que se coloca é a de descortinar a razão de ser da obrigação de registo na ERS de forma a evitar a duplicação de registos sem razão de ser na *ratio legis*, como acontece na Situação 2.

Nos termos do disposto no artigo 3º do Decreto-lei 127/2009, de 27 de Maio, a ERS tem por missão a regulação da actividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, sendo que as atribuições da ERS compreendem a supervisão da actividade e funcionamento dos **estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde** no que respeita: a) Ao cumprimento dos requisitos de exercício da actividade e de funcionamento; b) À garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde e dos demais direitos dos utentes; c) À legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes.

ISTO SIGNIFICA, PARA OS MÉDICOS NAS CIRCUNSTÂNCIAS DESCRITAS, FICAREM ISENTOS DE TAXA DE INSCRIÇÃO NO VALOR DE 1000 € E TAXAS ANUAIS DE MANUTENÇÃO NO VALOR DE 500 €

Por seu turno, o artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 127/2009 determina que, no âmbito da regulação *"estão sujeitos à regulação da ERS, no âmbito das suas atribuições e para efeitos do presente decreto-lei, todos os **estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde**, do sector público, privado e social, independentemente da sua natureza jurídica, nomeadamente hospitais, clínicas, centros de saúde, laboratórios de análises clínicas, termas e consultórios"* (n.º 1 do citado artigo).

Destas normas desde logo se pode retirar que o objectivo primordial da regulação é a supervisão da actividade e funcionamento dos estabelecimentos de saúde enquanto agentes económicos de prestação dos cuidados de saúde, não versando a regulação sobre os aspectos profissionais, deontológicos ou outros das diversas profissões da área da saúde.

Na sequência deste diploma a Portaria 52/2011 veio regular a obrigação de registo determinando no seu artigo 2.º que *"o registo é o acto administrativo, obrigatório e público, que se destina a **dar publicidade e a declarar a situação jurídica dos estabelecimentos**, tendo em vista o cumprimento das atribuições da ERS"* (n.º 1) sendo que *"a existência de registo é condição de abertura e funcionamento do estabelecimento"* (n.º 2).

Para esse efeito o artigo 3.º da Portaria 52/2011 estabelece o conceito de estabelecimento como *"toda a instalação fixa onde, com carácter profissional, são prestados cuidados de saúde a clientela disposta a contratar a aquisição dos seus serviços, haja ou não contacto directo com aquele"* (n.º 1) determinando no n.º 2 que *"nos casos em que coexistam, no mesmo local, mais de um estabelecimento, recai sobre cada um a obrigatoriedade de registo"* e que *"caso o regime jurídico do licenciamento específico assim o permita, no mesmo local podem exercer a sua actividade profissional vários prestadores de cuidados de saúde, considerando-se um único estabelecimento, desde que uma pessoa colectiva assuma a responsabilidade integral pela sua organização e funcionamento, inserindo no seu registo todos os colaboradores desses prestadores, constituindo-se, assim, sujeito da obrigação de registo"* (n.º 3) e que *"a cada estabelecimento é atribuído um número de registo"* (n.º 4).

Por seu turno o artigo 6.º da Portaria 52/2011 determina que *"é sujeito da obrigação de registo a pessoa, singular ou colectiva, que é proprietária, tutela, gere, detém ou, de qualquer outra forma, exerce a sua actividade profissional por conta própria em estabelecimento onde são prestados cuidados de saúde"*.

Deste modo, os artigos 3º e 6º da Portaria 52/2011 deverão ser interpretados no sentido de que, em face daquelas que são as atribuições da ERS, a obrigação de registo **apenas impende** sobre os prestadores dos cuidados de saúde (pessoas singulares ou colectivas) que, exerçam a sua actividade em estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde abertos ao público, do sector público, privado e social, **sobre os quais detenham juridicamente e de facto qualquer forma de controlo**. Sem este duplo controlo (juridicamente e de facto), como sucede nos casos descritos na Situação 2, não haverá obrigação de registo na ERS.

Este, s.m.o., o nosso entendimento,

Porto, 2013.08.12

A Consultora Jurídica da SRN da OM,
Inês Folhadela

ENTREVISTA AO PRESIDENTE DO CRNOM

MIGUEL GUIMARÃES AVALIA O TRABALHO REALIZADO NESTE MANDATO

A terminar um mandato de 3 anos à frente dos destinos da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães faz um balanço do trabalho realizado. A partir de uma candidatura que se propôs "Consolidar Reformas, Preparar Mudanças, Projectar o Futuro", o que ficou realizado nestas diferentes vertentes. E o esforço acrescido que os tempos de crise têm imposto a todos, dirigentes da OM incluídos.

nortemédico Texto Nelson Soares | Fotografia Digireport

(nortemédico) – **Em 2010 propôs uma agenda política mais activa para o Conselho Regional. Conseguiu atingir esse objectivo?**
(Miguel Guimarães) – Penso que sim. Procuramos impor esse registo de intervenção política mais firme desde o início do mandato, com iniciativas políticas diversificadas que envolveram os médicos em matérias decisivas para a qualidade do seu exercício profissional e para a própria organização do sistema de saúde. Na minha opinião, esse é o facto mais relevante destes três anos. Conseguimos reaproximar-nos dos colegas e mobilizá-los para virem às instalações da Secção Regional do Norte debater os problemas e trocar impressões com a instituição que os representa. Essa proximidade teve, na maior parte dos casos, um bom resultado e ajudou à resolução de muitas questões.

A esse nível, que momentos destacaria?
Desde logo, a sessão que promovemos com cerca de 500 médicos internos para debater a chamada 'fidelização' ao Serviço Nacional de Saúde após o internato, proposta pela ministra Ana Jorge. A mensagem forte que saiu daquela sessão impediu que a proposta avançasse. No início de 2012 tivemos uma Reunião Geral de Médicos verdadeiramente histórica, que congregou a Ordem, os sindicatos e o movimento Médicos Unidos e que foi decisiva para desencadear a primeira Greve Nacional em mais de 20 anos. Estivemos na primeira linha de intervenção contra a prescrição por DCI, que constitui a primeira grande violação das competências médicas e que foi um tema quase transversal a todo o mandato. A Assembleia-Geral extraordinária da SRNOM em 2011, onde estiveram centenas de pessoas, foi uma oportunidade de ouvir os colegas sobre esta matéria e de perceber, claramente, que não concordavam com este modelo de prescrição. Conseguimos travar a lei numa primeira fase, mas o actual ministro da Saúde, sob pressão da troika, avançou. Infelizmente, o tempo veio dar-nos razão e a prescrição por DCI só está a servir para que as farmácias façam trocas de medicamentos e decidam pelos doentes.

Encarou a aplicação da prescrição por DCI como uma derrota política da Ordem dos Médicos?
Não foi uma derrota política da Ordem. Foi uma derrota para os doentes e toda a classe médica, que lhe viu ser retirada uma parte da sua autonomia e que viu ser questionada a confiança que deve existir

na relação médico-doente. O que esta lei representa é muito grave, porque se trata da primeira violação clara das competências médicas como disse há pouco. A prescrição por DCI vem possibilitar, na prática, é que sejam as farmácias, que vivem da comercialização dos medicamentos, a decidir qual é o medicamento que o doente vai tomar. Para mim, continua a ser um conflito de interesses inaceitável. Por outro lado, já toda a gente percebeu a quem verdadeiramente serve esta lei. Não foi por acaso que a Ordem dos Farmacêuticos pediu uma providência cautelar para que fosse retirado do modelo de receita o campo de escolha do doente.

Pela primeira vez, a Ordem dos Médicos teve uma participação activa na convocação de uma greve nacional. Tratando-se de uma matéria sindical, porquê esta intervenção?

O Conselho Regional e eu próprio, enquanto seu presidente, tivemos oportunidade de transmitir as nossas divergências relativamente à actuação deste Ministério da Saúde praticamente desde a primeira hora. A situação foi-se agravando substancialmente no sector, com aumento das taxas moderadoras, diminuição do acesso, crescimento das listas de espera, racionamento de medicamentos, entre outras medidas amplamente conhecidas de todos. A contratação de médicos ao mais baixo preço por hora – não como medida extraordinária, mas como uma solução permanente de recrutamento médico – foi, na minha opinião e na opinião da generalidade dos médicos portugueses, uma atitude desrespeitosa e revoltante. Nunca vi tanta unanimidade contra uma medida do Governo. Por isso, a Ordem dos Médicos não se podia eximir das suas responsabilidades e deixar de estar ao lado dos profissionais numa altura em que a sua dignidade estava a ser colocada em causa de forma tão flagrante. O Conselho Regional do Norte fez a sua parte e, acredito, teve um papel importante no sucesso que constituiu a Greve Nacional de 11 e 12 de Julho de 2012.

"Procuramos impor esse registo de intervenção política mais firme desde o início do mandato, com iniciativas políticas diversificadas que envolveram os médicos em matérias decisivas para a qualidade do seu exercício profissional e para a própria organização do sistema de saúde"

Considera que foram atingidos os objectivos da Greve?

Nem todos os objectivos foram atingidos, mas penso que o Ministério da Saúde percebeu claramente que os médicos estão unidos como nunca antes estiveram e que não vão aceitar uma degradação maior das suas condições laborais. O acordo obtido pelo SIM e pela FNAM foi uma boa solução de compromisso que, apesar de não ter assegurado todas as condições desejadas, permitiu que os mais jovens acedessem à carreira médica e que fosse definida uma tabela única remuneratória para o regime de 40 horas.

Além destes temas mais mediáticos, o CRNOM interveio publicamente nas mais diversas matérias da política de Saúde.

Fizemo-lo convicta e assiduamente. Sempre defendi que o Conselho Regional deveria recuperar a capacidade de intervenção nas matérias que mais dizem respeito aos médicos e aos doentes e isso foi largamente conseguido neste mandato. Por exemplo, foi através do CRNOM que a opinião pública tomou conhecimento das irregularidades que estavam a ser cometidas no Hospital de Braga. Foi também através do CRNOM que houve a primeira denúncia pública dos chamados "job for the boys" nas administrações dos Agrupamentos de Centros de Saúde. Tivemos várias posições públicas sobre a possibilidade dos enfermeiros acompanharem grávidas. Impedimos que o mapa de vagas para acesso ao internato de Medicina Geral e Familiar em 2011 fosse lançado com uma série de irregularidades. Denunciamos a intenção de uma instituição privada de ensino superior abrir um curso de Medicina bie-etápico, numa articulação duvidosa com uma universidade espanhola. Participamos de uma forma activa e combativa contra uma inacreditável proposta de racionamento terapêutico feita pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Enfim, tivemos uma intervenção marcante em variadíssimos temas e, no fundo, cumprimos com a intenção que manifestei há pouco de termos uma Secção Regional do Norte mais actuante.

Foi perceptível a preocupação que o CRNOM teve com a formação pré e pós-graduada. Ficou satisfeito com o resultado das várias intervenções que foi tendo sobre essa matéria?

Bom… ninguém melhor do que os próprios estudantes e as respectivas associações para fazerem essa avaliação. Eu considero que o Conselho Regional se aproximou dos estudantes e procurou ter um papel activo na defesa da qualidade do ensino médico e da formação especializada. Nos últimos três anos promovemos dezenas de reuniões com as associações estudantis que desenvolveram, na minha opinião, uma maior consciência das dificuldades que os futuros médicos vão enfrentar. Reunimos também com o reitor da Universidade do Porto e com os directores das três escolas médicas da região Norte para os sensibilizar para esta matéria. Participámos ainda no Fórum do Internato Médico em Abril de 2012, que deu voz aos jovens médicos em

defesa, por exemplo, do Internato do Ano Comum. Hoje, já existe essa consciência generalizada de que as escolas médicas ultrapassaram claramente a sua capacidade formativa e que, ao nível do internato, há dificuldades tremendas para garantir uma formação especializada a todos os médicos.

De resto, o mandato ficou incontornavelmente marcado pelo insuficiente número de capacidades formativas para acolher todos os candidatos ao internato…
Sem dúvida. É uma situação para a qual a Ordem dos Médicos e o Conselho Regional do Norte, em particular, têm vindo a alertar. Estivemos na iminência de não termos as idoneidades formativas necessárias em 2013 e o problema volta a colocar-se em 2014. Quase garantidamente não vamos ter capacidade de acomodar todos os candidatos, o que coloca à Ordem dos Médicos um problema grave que terá de ser avaliado seriamente. Neste mandato defendemos a criação de um exame de autonomia condicionado para o exercício da profissão e não me parece que essa hipótese possa ser posta de parte no futuro. Teremos de avaliar. É evidente que toda a gente percebe a origem deste problema: o excessivo número de alunos nas escolas médicas. Penso que já se ultrapassou o limite aceitável nesta matéria e não podemos tolerar que se continue a colocar em causa a qualidade da formação médica e a qualidade do exercício técnico da profissão em nome de interesses político-partidários.

Foi por esse motivo que se posicionaram contra a abertura do novo curso de Medicina na Universidade de Aveiro?
Precisamente. Não víamos qualquer tipo de vantagem ou, sequer, necessidade em abrir mais um curso de Medicina, ainda por cima assente em critérios pedagógicos pouco claros. Felizmente o curso foi desacreditado pela A3ES e estão suspensas novas admissões.

Os críticos entendem que se tratou de uma cedência ao lóbi da Ordem dos Médicos…
Quem conhece o modo de funcionamento da A3ES e a postura do Prof. Alberto Amaral [presidente da A3ES] sabe que se trata de uma instituição imune a pressões corporativas. É um organismo perfeitamente independente. O não reconhecimento do curso de Aveiro foi uma vitória do bom senso e da boa gestão dos recursos públicos. Desde a primeira hora que nos opusemos à abertura de mais um curso superior de Medicina em Portugal, uma vez que não dispomos de nenhum dado que aponte para essa necessidade. Bem pelo contrário. Os dados mais recentes, disponibilizados pelo estudo prospectivo realizado pela Universidade de Coimbra para a Ordem dos Médicos, apontam para um excesso muito significativo de médicos a médio prazo o que torna muito pouco recomendável a abertura de novos cursos. Por outro lado, o curso de Aveiro levantou-nos muitas dúvidas pela forma como foi concebido, pelo seu conteúdo curricular e pela fragilidade do seu corpo docente. Perante tudo isto, parece-me claro que o curso não deve voltar a funcionar.

O estudo da demografia médica que há pouco citou constava do seu programa eleitoral e foi recentemente apresentado na cerimónia dos 75 anos da Ordem dos Médicos. As conclusões apresentadas confirmaram as suas expectativas?
Antes de responder directamente à questão, devo dizer que o "Estudo de Evolução Prospectiva de Médicos no Sistema Nacional de Saúde" foi levado a efeito, em grande medida, por insistência do CRNOM. Quanto às conclusões apresentadas pela coordenadora do estudo, a Prof.ª Paula Santana, não só confirmaram como até superaram em alguns aspectos aquilo que eu esperava. Estamos a falar de um excesso de profissionais em 2025 que pode ir de 3500 até 9 mil médicos! É um valor verdadeiramente assustador e que reflecte a desorientação e falta de planeamento com que o poder político tem gerido a questão do numerus clausus em Medicina. Repare que, neste estudo, aponta-se para a necessidade de reduzirmos em 550, cerca de 30%, o número de vagas que existem actualmente nas escolas médicas. O que está a fazer o Ministério da Educação? Aumenta o numerus clausus ano após ano, com consequências gravíssimas na qualidade da formação dos alunos, na sua progressão profissional e, a muito curto prazo, na própria obtenção de emprego. É um contra-senso. Estamos a formar profissionais altamente especializados e diferenciados para exportação.

Acredita que este estudo poderá ter impacto numa redefinição da demografia médica?
Acredito e desejo que isso venha a acontecer. Espero que a Ordem dos Médicos não desista nesta matéria e que aprofunde as conclusões do estudo de forma a sensibilizar os decisores políticos. De uma vez por todas, têm de ser planeadas as necessidades reais do sistema de saúde para os próximos anos. Não podemos sistematicamente andar a navegar à vista.

Ao nível do funcionamento interno da SRNOM, quais foram as principais mudanças introduzidas?
Iniciamos este percurso na expectativa de imprimir uma nova dinâmica na instituição, não só na sua componente mais política que aqui já abordamos, mas também em termos organizativos. Um dos aspectos mais relevantes foi o reforço da modernização administrativa, já iniciada pela anterior

direcção. Concluímos este ano a informatização de todos os processos individuais dos médicos, o que irá melhorar substancialmente a capacidade de resposta às solicitações dos colegas e a própria segurança dos dados pessoais. Mantivemos uma trajectória de rigor orçamental, ajustada ao momento económico que vivemos e tivemos uma aprovação do Relatório e Contas de 2012 com voto de louvor. Em termos de infraestruturas, concluímos a renovação dos courts de ténis e abrimos dois novos espaços de grande importância: a sede do Distrito Médico de Viana do Castelo, que era uma aspiração antiga dos colegas vianenses, e, mais recentemente, o Centro de Convívio da SRNOM – Casa Luz Soriano, que representou um investimento inteiramente subsidiado e sobre o qual temos grandes expectativas no futuro próximo.

O que é que o Centro de Convívio pode acrescentar à oferta que a SRNOM já disponibiliza?
Várias coisas. A grande mais-valia é ser um espaço complementar à Casa do Médico e que acrescenta serviços como a biblioteca, o ginásio, a possibilidade de consultas de apoio médico e de enfermagem, as salas de reabilitação física, a sala de convívio, etc. O que queremos é que seja um espaço aberto a todos os médicos. Naturalmente, como foi referido na inauguração, são os colegas seniores que terão mais tempo para usufruir das instalações, mas nós queremos um Centro de Convívio multi-geracional. Queremos que seja frequentado por jovens, menos jovens e seniores. Que tenha actividade e movimento. É um espaço magnífico, uma obra de reabilitação muito bem conseguida e que nós queremos colocar à disposição de todos.

"Um agradecimento público aos restantes membros da direcção do Conselho Regional"

A renovação da cédula profissional, com inclusão da assinatura digital qualificada, foi um processo em que se aplicou bastante. Como está a decorrer a sua implementação?
Francamente bem. Os médicos estão a perceber a importância desta nova cédula para garantirem a segurança e a privacidade dos dados clínicos e dos seus documentos pessoais. A adesão tem sido muito significativa e já temos mais de 8700 médicos inscritos na Secção Regional do Norte, num universo de 15 mil médicos. Apliquei-me pessoalmente nesta iniciativa devido a uma série de exigências que hoje são colocadas aos médicos em matéria de processamento da informação clínica. Estamos a falar da prescrição electrónica e da futura desmaterialização da receita e dos ficheiros clínicos. Isso exige uma ferramenta digital que dê uma garantia total de protecção de dados, ao contrário do modelo até aqui vigente que baseava a autenticação num utilizador e numa palavra-chave.

Há três anos atrás propôs uma maior diversificação na actividade social e cultural da SRNOM. Esse trabalho foi realizado? Acredita que a SRNOM é hoje uma instituição mais frequentada?
Estou perfeitamente convencido que sim, até porque tenho estado presente na maior parte dos eventos realizados e verifico uma adesão muito interessante na maior parte dos casos. Penso que, a esse nível, o mandato teve duas dimensões. Por um lado, valorizamos uma vertente social muito importante que passa por reconhecer o percurso pessoal e profissional dos médicos que prestigiaram a Medicina na nossa região. No início deste ano, prestamos uma grande homenagem ao Professor Daniel Serrão, em parceria com a Fundação Mestre Adelino Ângelo. Fomos parceiros na edição de uma grande obra da autoria do Professor António Coimbra, que retrata a evolução da medicina portuense desde o século XIX. Por fim, prestamos um tributo muito sentido ao antigo dirigente da SRNOM, Dr. António Gomes da Silva, com a edição de um livro de memórias e uma grande sessão de apresentação. A estes três momentos mais simbólicos, acrescentava a realização das sessões-convívio "Do Médico para os Médicos", com uma brilhante organização do Professor António Sarmento.
No âmbito cultural, penso que o mandato foi ainda mais rico e diversificado. Promovemos uma série de eventos novos como o Jazz na Ordem, o Leilão Solidário para a Liga dos Amigos do Maria Pia, os concertos didáctico-pedagógicos da Orquestra do Norte, o Fitas com Jazz, etc... Acolhemos exposições de arte quinzenais, variadíssimos concertos e dezenas de apresentações de livros. Além disso, reforçamos a aposta nos eventos que já existiam, como a Arte Médica ou o Ciclo de Cinema, introduzindo novidades e procurando melhorar a capacidade de divulgação junto dos médicos e do público em geral. Realço o facto de, neste mandato, as actividades sócio-culturais terem sido financiadas por entidades externas à Ordem dos Médicos. Estou francamente agradado com o trabalho desenvolvido a esse nível e tenho a noção de que a fasquia está bastante alta e não será fácil melhorar.

Num balanço final, ficou satisfeito com o trabalho desenvolvido pela sua direcção?
Estou satisfeito, mas um pouco cansado (risos)! Tenho de confessar que foram três anos muito intensos e desgastantes a nível pessoal e profissional. De qualquer forma, faço uma auto-avaliação positiva do trabalho realizado e acredito que o objectivo de dar um novo impulso à Ordem, refrescar alguns procedimentos e aproximar a instituição dos médicos, para que esta seja sempre e cada vez mais a sua casa, foi atingido. Quero prestar um agradecimento público a todos os funcionários da SRNOM e aos restantes membros da direcção do Conselho Regional que deram um contributo importante para que tudo isto fosse conseguido. Deixo também um agradecimento e um elogio ao trabalho desenvolvido pelos restantes órgãos regionais e pelos Conselhos Distritais do Porto, Viana, Braga, Vila Real e Bragança. ■

Pedro Pacheco

Presidente da comissão instaladora da União Médica Mutualista explica o projecto

No dia 26 de Julho foi dado o primeiro passo para a criação da União Médica Mutualista (UMM). Pedro Pacheco é o rosto mais visível deste projecto inovador em Portugal, que procura atenuar a crescente degradação laboral dos médicos e devolver os princípios liberais e autónomos ao exercício da Medicina. Na entrevista à Nortemédico, o presidente da Comissão Instaladora explica a base do projecto e lança um desafio ambicioso aos profissionais: investir nos seus princípios.

nortemédico Texto **Nelson Soares** • Fotografia **Vítor Silva**

(nortemédico) – **Qual foi o momento que motivou a criação de um projecto mutualista na classe médica?**
(Pedro Pacheco) – A oportunidade deste projecto é indissociável da Greve Nacional de Julho de 2012 e do entendimento histórico que se registou entre sindicatos e Ordem dos Médicos, tendo o movimento Médicos Unidos como catalisador. Pretendíamos concretizar esta união num projecto mobilizador. Não queríamos que se ficasse por um mero episódio. Acreditámos que estavam reunidas as condições para avançar, incorporando todo este potencial de entendimento entre a classe médica e assumindo a ideia de que era necessário um novo modelo de organização a longo prazo. Sabemos que é um caminho difícil, mas acreditamos nele. Temos perfeita consciência que os

"A MUTUALISTA QUER FAVORECER O EXERCÍCIO DA MEDICINA EM REGIME DE CLÍNICA LIVRE"

MUTUALISTA MÉDICA

médicos podem organizar integralmente a sua actividade de forma autónoma, eliminando intermediários e estabelecendo regras e objectivos próprios, e responder aos desafios que lhe são colocados de forma mais dinâmica e eficaz.

Em concreto, o que pode inovar e oferecer uma mutualista, quer aos profissionais, quer aos utentes?

O potencial é imenso e depende apenas dos médicos. Neste momento de arranque temos de reunir recursos: humanos, financeiros e operacionais. Mas sobretudo associados. Estimamos que são necessários 10% do total de médicos do país para atingirmos a auto-suficiência em todos os objectivos a que nos propusemos a médio prazo. Uma auto-suficiência a todos os níveis – financeira, técnica, humana – para que sejamos capazes de oferecer um serviço integral aos médicos e outros associados. Numa primeira fase, que designaria de Fase 1, queremos agregar o máximo de mutualistas (médicos) e disponibilizar um conjunto de benefícios de previdência e segurança social que qualifiquem a UMM, bem como protocolos para serviços que a generalidade dos médicos "usam" individualmente e que podem ser, garantidamente, contratualizados em melhores condições se o forem de forma associativa. Estamos a falar, por exemplo, de seguros profissionais e de assistência na saúde, e também outros benefícios sociais, produtos financeiros, vantagens comerciais, entre outros benefícios. À medida que formos agregando associados, vamos catalogando os recursos humanos. Numa segunda fase, pretendemos organizar os médicos associados por especialidade, região e disponibilidade, para perceber quais são aqueles que pretendem prestar serviços. A partir daí, e assim que a mútua for vista como uma entidade capaz e de confiança, queremos protocolar com outras entidades a prestação de serviços médicos e começar a acolher associados aderentes, contribuintes e participantes. Numa terceira fase isso conduzirá a uma oferta semelhante a um seguro, ou um fundo de protecção mútua. As mutualidades são, na sua origem, organizações de previdência e protecção social sem fins lucrativos. Organizam fundos de protecção comuns para se precaverem de riscos expectáveis. À partida, a gestão desses fundos está muito bem delineada, num regulamento de benefícios e num estudo técnico de provisões, auditado interna e externamente. Cada fundo, correspondente a cada benefício, é autónomo e estanque e os excedentes técnicos não são lucro. Ou seja, as quotizações não são prémios a fundo perdido como os seguros tradicionais – e os remanescentes são forçosamente aplicados em Melhorias ou Benefícios para os associados ou seja, ampliação do sistema, aquisição de meios, redução das quotizações, aumento das coberturas e regalias, dos honorários, etc. Se pensarmos que uma empresa de prestação de serviços médicos tem entre 20 a 30% de margem, tal como uma seguradora, percebemos o potencial que uma mútua pode ter na prestação de cuidados de saúde e na justa aplicação e utilização dos meios. A medicina é um bem comum essencial à sociedade. Uma mútua pode encarnar este princípio e voltar a permitir que médico e doente se considerem parceiros na persecução do mesmo fim.

Estima-se que o Estado contratualize, anualmente, 2,5 milhões de horas a empresas prestadoras de serviços médicos. É aí que pretendem actuar? Numa moralização do sistema?

Esse é um assunto que está na ordem do dia. O Estado tem dado um mau exemplo aos privados, contratando fora a preços muito baixos. É certo que há necessidades pontuais, sazonalidades, que justificam alguma contratação externa. Mas não existe qualquer necessidade de haver esta intermediação, feita desta forma. A verdade é que existem muitos lóbis, muitas pressões – temos assistido à nacionalização e proletarização dos médicos no âmbito da privatização da saúde. Sabe-se que a Saúde envolve em Portugal cerca de 16 mil milhões de euros entre gastos do Estado e particulares. Note-se que estas horas a concurso representam "somente" 90 milhões de euros. Mas é no fundo um flagrante exemplo de que se está a dar lucro e negócio a empresas que não têm qualquer autoridade na Medicina, que não actuam em prol das pessoas e não contribuem na criação de valor. Ao mesmo tempo tem-se vindo a arredar os médicos da gestão da saúde, pública e privada, e subjugando a sua actuação e actividade. Há uma série de regalias, aspirações e benefícios legítimos que se estão a perder e que vão aterrar no colo de quem não fez nada por isso. Em suma, esta é somente uma de muitas situações que podem ser objecto de uma resposta por parte da mútua.

"Devem encarar isto como um investimento nos seus princípios e como uma aposta em algo que vai produzir efeitos transversais no mercado"

Neste momento que passos já foram dados para uma operacionalização da União Médica Mutualista?
Promovemos uma Assembleia Constituinte no dia 26 de Julho onde foram aprovados os estatutos e eleita a comissão instaladora, que foi incumbida de tratar do processo de constituição e agendar no prazo de quatro meses o primeiro acto eleitoral, que envolveu já a escritura pública e depende ainda da submissão do regulamento de benefícios e respectivos estudos técnicos ao Ministério da Segurança Social, que regula as mutualidades. Depois, avançar propostas para a formação dos órgãos sociais, que terão uma direcção composta por 11 elementos e um Conselho Geral. Este último será o órgão estratégico da mútua, por definição, composto por sócios honorários, o que irá impedir qualquer apropriação ideológica ou política. O plano de actuação prevê ainda a criação de uma ou duas empresas consoante seja necessário para actuar quer no campo da prestação de serviços médicos, quer na prestação ou mediação de seguros. Depende do tipo de protocolo que for necessário fazer. Preliminarmente contactámos vários possíveis parceiros, como a AMA, que está muito vocacionada para os profissionais de saúde; o Montepio, a maior mutualista portuguesa; a União das Mutualidades Portuguesas, a AXA, seguradora Mundial e uma mútua francesa na área da Saúde com uma vasta experiência, entre outros. Queremos que a UMM seja uma estrutura inclusiva, e que a médio prazo e uma vez bem estruturada, se possa abrir para cooperar com a sociedade e mesmo com os chamados "grupos" actuais da saúde em Portugal, mas sempre com princípios muito próprios e na preservação de autonomia e independência funcional.

Tem receio que surjam resistências que condicionem o aparecimento da UMM?
Temos a certeza que vão existir. É das poucas certezas que temos. Há muita cartelização, muito jogo de interesses e temos consciência disso. Os "grupos" da saúde são os mesmos que controlam outras tantas actividades económicas em Portugal e fazem-no por interesse económico, como é óbvio. Isto acresce à politização e partidarização dos cargos de gestão e destinos da coisa pública que se conhece. Tudo isto é nefasto para a saúde de todos. Uma associação sem fins lucrativos que pode oferecer os mesmos ou melhores serviços em condições mais favoráveis quer aos utilizadores, quer aos profissionais, não convém a nenhum deles. Estamos em campo a ponderar todos esses aspectos e alternativas, desde o momento zero. Existem várias soluções operacionais, parceiros estrangeiros, livre circulação de bens e serviços… uma miríade de recursos que podemos ter que vir a utilizar na eventualidade de sofrermos bloqueios internos. Para já o maior desafio é a própria dimensão da associação. Já há uma série de sócios fundadores, perto de uma centena. Depois, pré-inscrições temos mais de mil, que terão ainda de se consumar! Estamos a 25% do nosso objectivo antes do arranque da mútua. É um bom sinal. Estamos certos de que quanto maior for a divulgação da mútua e quanto mais célere for a operacionalização, maior será o número de sócios. É um dever para nós próprios, pelo menos é o que eu penso, associar-nos a esta mútua.

Sobretudo os médicos jovens.
Sobretudo os mais jovens, claro.

Terá sido essa também a vossa preocupação ao isentar de jóia os médicos recém-formados?
Claramente, essa é a nossa preocupação. Este projecto capta muito mais a atenção dos jovens médicos, isso tem-se verificado nos próprios formulários de participação. Nos próximos anos vai haver desemprego médico e muito emprego precário. Os médicos que se formarem a partir de hoje têm todo o interesse em se associarem logo à partida. Temos 80% de médicos abaixo de 40 anos. São também esses uma parte dos médicos que prestam serviço a estas empresas de recursos humanos e que têm sido sujeitos a uma pressão muito forte para baixar os salários e os honorários e assumir condições de trabalho que nunca imaginaram. Hoje, um médico olha para o mercado de trabalho, seja no sistema privado ou no sistema público, e não vê uma compensação pelo seu esforço, conhecimentos e capacidades. Neste momento, há propostas para prestação de serviços com 15 a 20 euros à hora. Valores brutos! Estamos a falar de uma degradação abrupta das condições de trabalho. Isso assume várias formas: apelidar os médicos de "funcionários técnicos", contratar empresas intermediárias para a interface laboral, atacar a clínica privada e o pequeno consultório. No fundo, a partir de 2000 foram criadas condições para serem retirados os meios de produção aos médicos.

Os pequenos consultórios e clínicas são um mercado potencial para aderir a esta mútua?
Claramente. A mutualista quer favorecer o exercício da Medicina em regime de clínica livre. Queremos permitir que haja protocolos de colaboração e associação com médicos que possam controlar a sua actividade de forma autónoma, e sejam ou se tornem detentores de todos os meios necessários, seja a título financeiro, económico ou operacional. Uma independência dos médicos associados face a qualquer outra entidade que pretenda tirar proveito da prestação de cuidados de saúde através da exploração dos médicos. Sendo uma organização sem fins lucrativos, a habitual margem de 20 a 30% – que existe nos diversos grupos mas que não existe neste projecto – permite por um lado uma almofada financeira para majorar os honorários dos médicos e, simultaneamente, por outro, oferecer serviços

a preços competitivos directamente ao utilizador. O que acontece nas mutualidades francesas, por exemplo, é que conseguem fornecer seguros 15% mais baratos e pagar honorários aos médicos 15 a 20% superiores. É claro que isto não é uma boa notícia para os seguros e para os grupos económicos que nos últimos anos se têm voltado para saúde.

Com as actuais condições de mercado, acredita na viabilidade deste projecto?
Acho perfeitamente viável e não considero, de forma alguma, que seja um projecto idílico. A mútua gere-se por outras regras e tem o potencial de se autonomizar do próprio mercado tradicional. Este conceito existe noutros países, com resultados claros. Temos o exemplo aqui ao lado, em Espanha, de um grande hospital que é detido por uma mútua. Ou a experiência de décadas de mutualismo em França ou na Bélgica. Inexplicavelmente, em Portugal o mutualismo não singrou. Há duas ou três áreas de excepção – agências funerárias, por exemplo; residências seniores – mas são incipientes. Mais recentemente, mútuas estrangeiras começaram a operar em Portugal, nomeadamente na área da Saúde, e a demonstrar o quanto estamos atrasados. Queremos estar, de forma muito própria, na defesa de objectivos que estão definidos e queremos assumir a liderança nesta área da Saúde. O mutualismo não é um fim, mas um meio. Os princípios de Medicina livre, de prática de qualidade, de eficiência de recursos, da procura das melhores soluções de operacionalidade, da partilha de responsabilidade com a sociedade – princípios que constam do relatório das carreiras médicas e que fundaram o SNS – são uma base da qual não abdicamos. Queremos um *fresh-start,* um regresso às raízes. Não temos qualquer pretensão em transformar a mútua num grupo comercial ou num grupo com interesses económicos na Saúde. Somos um grupo sócio-profissional com interesses comuns e legítimos.

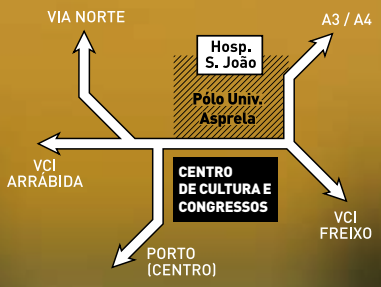
Neste momento, qual é o principal obstáculo que enfrentam para avançar com outra celeridade?
O grande desafio é começar com capital zero. Mas de outra forma talvez tivéssemos que hipotecar os nossos princípios, abdicar da nossa independência financeira e estratégica. Com este número de associados, acreditamos que é possível iniciar o projecto. Com 4000 e uma distribuição normal em termos de recursos humanos, temos condições para avançar. Um financiamento talvez ajudasse a avançar mais rápido, mas eu acredito que isso acontecerá naturalmente. À medida que nos aproximarmos da operacionalização do projecto, que conseguirmos agregar mais associados e tivermos maior receptividade, haverá interesse de várias entidades em associarem-se a nós. Falo de hospitais, seguradoras, bancos, misericórdias, etc. Os estatutos e o regime de associação deixam portas abertas para que haja vários tipos de protocolos, de uma estrutura que se quer inclusiva e aberta à sociedade. Encaro isso como uma evolução natural, desde que mantenhamos sempre a capacidade de gerir esses protocolos.

Para quem possa ter algum receio em associar-se ao vosso projecto, para quem possa pensar que se trata de um fogacho passageiro, que mensagem gostaria de deixar?
Nós estamos a trabalhar para que os médicos façam da mútua aquilo que acham que a mútua deve ser. Queremos que ela seja feita para médicos e gerida por médicos. E que tenha capacidade de ser um veículo de solidariedade social entre médicos e, ao mesmo tempo, operacionalizar e verticalizar a prática médica em clínica livre. A partir daí, a mútua será aquilo que os mutualistas médicos quiserem. É um meio, não é um fim. Fizemos os possíveis para que esse meio fosse o mais rigoroso, o mais incorruptível e transparente possível, com vários graus de blindagem à sua integridade original, o que tem levado o seu tempo mas ao mesmo tempo motivado a classe e alguns dos seus membros mais respeitados e representativos. Todos os colegas que partilharem estes princípios têm a obrigação, consigo próprios e para com os colegas, de participarem e de se envolverem nesta gestão da medicina. O potencial é imenso. A única condição que pode pesar na decisão dos médicos é a questão da jóia (que é única) e da quotização, mas temos de ter em mente que essa jóia corresponde, talvez, a um quarto do valor mensal que perdemos em salário ao submetermo-nos às actuais condições. Devem encarar isto como um investimento nos seus princípios e valores, e como uma aposta em algo que vai produzir efeitos transversais no mercado ao nível das condições de trabalho e da remuneração. ■

ORDEM DOS MÉDICOS
SECÇÃO REGIONAL DO NORTE

CENTRO DE CULTURA E CONGRESSOS

No centro da cidade do Porto encontra um espaço privilegiado para organizar o seu evento. A Ordem dos Médicos – Secção Regional do Norte tem à sua disposição um moderno Centro de Cultura e Congressos, composto por espaços multifuncionais, equipamentos de última geração e serviços premium diversificados, que garantem total cobertura das suas necessidades.
Rodeado por uma atmosfera bucólica e singular, o Centro de Cultura e Congressos garante uma rara tranquilidade e privacidade a quem o visita. Situada junto ao Jardim d'Arca de Água, a infraestrutura reúne ótimas condições para acolher os mais variados tipos de eventos: congressos, conferências, exposições, ações de formação, jantares ou espetáculos.
Para as diferentes valências dispõe de um auditório com capacidade para 300 lugares, de um vasto conjunto de pequenos auditórios e salas de reunião, de uma galeria polivalente, de um bar e área lounge e de um complexo residencial. No exterior, além dos belíssimos espaços verdes, piscina e dois campos de ténis, dispõe de parque de estacionamento, zonas de lazer e um bar/restaurante no edifício sede.
Mais do que um espaço físico de excelência, o Centro de Cultura e Congressos distingue-se como um equipamento multifacetado e apto a acolher o seu evento.
Venha conhecê-lo.



CENTRO DE CULTURA E CONGRESSOS
Rua Delfim Maia, 405 · 4200-256 PORTO
tel. 22 507 01 00 · fax 22 507 01 99
email: ccc@nortemedico.pt
www.nortemedico.pt

Eventos à medida

ESPAÇOS

Salão Nobre

O Salão Nobre é o principal auditório do Centro de Cultura e Congressos. Com dimensões apropriadas para a realização de eventos de média e grande dimensão, está particularmente vocacionado para acolher conferências ou seminários das mais diversas entidades.
O espaço assegura uma grande variedade de opções técnicas, desde o sistema de iluminação, à projeção audiovisual ou à configuração do palco. Dispõe ainda de um *foyer* para receção dos convidados e uma sala de apoio (Sala Porto), ideal para a colocação do secretariado. O palco tem acesso próprio.

CAPACIDADE: 300 pessoas (máx.)
CARACTERÍSTICAS: Área: 330 m² | Área de palco: 25 m² | Área de foyer: 40 m² | Climatização | Cabine de audiovisuais (Régie)
EQUIPAMENTO: Rede sem fios/Wireless (livre e gratuita) | Sistema de iluminação progressiva e multissectorial | Tela de grande formato (4,80 largura) | Projetor multimédia | Sistema de som ambiente | Microfones de palco e de lapela | Mesa presidencial com 2 ou 5 módulos | Gravação de Vídeo e de Som | Computador | Relógio conta-minutos

Galeria

A Galeria, situada junto ao Salão Nobre, é um espaço amplo, que beneficia de intensa luz natural e se debruça sobre o espelho de água exterior. Ideal para acolher exposições, é, simultaneamente, a área utilizada para apoio aos congressos na colocação de stands promocionais e/ou disponibilização de refeições.

CAPACIDADE: 200 pessoas
CARACTERÍSTICAS: Área: 280 m² | Climatização
EQUIPAMENTO: Rede sem fios/Wireless (livre e gratuita) | Sistema de iluminação progressiva e multissectorial

Sala Porto

A Sala Porto é um espaço próximo do Salão Nobre, com dimensões mais reduzidas e própria para instalação de serviços de apoio a congressos, nomeadamente o secretariado.

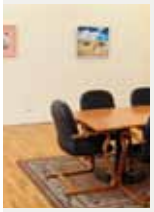
CARACTERÍSTICAS
Área: 25 m² | Climatização | Bar de apoio
EQUIPAMENTO
Rede sem fios/ Wireless (livre e gratuita) | Mesa modular

Sala Braga

Espaço luminoso, com acesso a um jardim interior, a Sala Braga é uma das áreas mais acolhedoras e reservadas do Centro de Cultura e Congressos. De capacidade ajustável ao tipo de evento, está perfeitamente habilitada para acolher ações de formação, colóquios ou conferências paralelas aos congressos. Simultaneamente é um espaço requisitado para momentos de lazer, como concertos intimistas, apresentações de livros ou jantares de grupo.

CAPACIDADE: 100 pessoas
CARACTERÍSTICAS
Área: 75 m² | Climatização
EQUIPAMENTO
Rede sem fios/Wireless (livre e gratuita) | Tela de projeção

Salas Viana, Bragança e Vila Real



Três salas de dimensão semelhante e que comunicam entre si, facilitando uma utilização integrada quando necessário. Situadas numa área mais reservada, são apropriadas a reuniões mais informais e de pequena afluência ou a momentos de convívio. Na Sala Bragança, as mesas poderão ser dispostas em I, U ou L.

CAPACIDADE: 30 pessoas
CARACTERÍSTICAS
Área: 37 m² (cada) | Climatização
EQUIPAMENTO
Rede sem fios/Wireless (livre e gratuita) | Mesas modulares | Sofás

Medicoteca

Espaço recuado junto à receção do CCC, a Medicoteca é apropriada para reuniões e pequenos eventos, como ações de formação, tertúlias, conferências de imprensa ou apresentações de livros.

CAPACIDADE: 50 pessoas
CARACTERÍSTICAS
Área: 50 m² | Climatização
EQUIPAMENTO
Rede sem fios/Wireless (livre e gratuita) | Mesas modulares | Tela de projeção

Sala de Conferências

Localizada no edifício-sede da SRNOM, a Sala de Conferências é um espaço requintado e acolhedor, de ambiente e arquitetura tradicional, que comunga com os jardins exteriores. Pela sua dimensão, é adequada à realização de pequenas palestras, colóquios ou reuniões. Pela proximidade com o restaurante, é frequentemente utilizada para refeições de grupo.

CAPACIDADE: 70 pessoas
CARACTERÍSTICAS
Área: 50 m² | Climatização
EQUIPAMENTO
Rede sem fios/Wireless (livre e gratuita) | Mesas de refeição | Mesas modulares | Tela de projeção

Residências

O complexo do Centro de Cultura e Congressos está equipado com um núcleo residencial, designado por Casa do Médico, que disponibiliza serviços de alojamento, temporário ou prolongado, aos participantes e organizadores dos eventos. Composto por 42 apartamentos e 10 quartos, oferece um serviço de qualidade e de conforto semelhante ao de uma unidade hoteleira e com preços convidativos.

CAPACIDADE: 42 apartamentos e 10 quartos (duplos e singles)
CARACTERÍSTICAS
Climatização | Serviços de Limpeza | Pequeno Almoço | Parqueamento | Receção e vigilância
EQUIPAMENTO
Rede sem fios/Wireless (apenas no bar e zona lounge) | Televisão | Telefone

Restaurante e Bar

O Restaurante e o Bar, localizados no edifício-sede da instituição, estão abertos ao público em geral e prestam apoio aos eventos do Centro de Cultura e Congressos. Têm um ambiente reservado, são espaços confortáveis e acolhedores e destacam-se pela qualidade do seu serviço.

HORÁRIO
RESTAURANTE: Segunda a Sábado, das 12 às 15 horas (almoço) e das 20 às 22:30 horas (jantar)
BAR: Dias úteis, das 10 às 23 horas
CAPACIDADE
RESTAURANTE: 20 pessoas
BAR: 30 a 40 pessoas
CARACTERÍSTICAS
Climatização
EQUIPAMENTO
Rede sem fios/Wireless (livre e gratuita)

SERVIÇOS

O Centro de Cultura e Congressos da SRNOM dispõe de um conjunto de serviços especializados que contribuirão, certamente, para o sucesso do seu evento.

CATERING
Coffee-breaks, serviço de bar, cocktails, cerimónias, almoços e jantares, etc...

SERVIÇOS AUDIOVISUAIS
Régie, projeção multimédia, gravação de vídeo e áudio, projeção de luz multissectorial.

PARQUEAMENTO E VIGILÂNCIA
Parque livre para 90 viaturas, vigilância permanente no exterior e interior do edifício.

ALOJAMENTO
Alojamento temporário ou sazonal, aluguer de quartos e apartamentos.

LAZER
Courts de ténis e piscina.

A morte do corpo. O corpo morto.

DANIEL SERRÃO

Palestra proferida no âmbito do ciclo de conferências/exposição intitulado «Tríptico – da Luz, do Corpo, da Morte», que decorreu entre 27 de fevereiro e 15 de março e envolveu três espaços museológicos do Porto: Museu Nacional Soares dos Reis, Museu de Serralves e Museus da Universidade do Porto

1 No meu site na Internet (www.daniel-serrao.com), onde garanto a minha imortalidade simbólica informática, está escrito: "Com a morte de cada homem termina um universo cultural específico, mais ou menos rico, mas sempre original e irrepetível. O que um homem deixa quando morre – os seus escritos, os objectos culturais que criou, a memória, naqueles que com ele viveram, da sua palavra, dos seus gestos ou do seu sorriso, os filhos que gerou... – tudo exprime uma realidade que está para além do corpo físico; de um certo corpo físico que esse homem usou para viver o seu limitado tempo pessoal de ser homem".

Esta é a minha leitura do lugar cultural que pertence ao corpo, vivo ou morto. Vivo, como agente actuante e decisor, o corpo é mortal; morto, é, como memória evocável, corpo imortal.

Mas o tema que me deram foi a morte do corpo.

2 Como Patologista fiz, em Portugal e em Angola, mais de mil autópsias a pessoas mortas. E sempre, olhando o corpo morto que ia abrir e dissecar, me perguntava: quem foi este corpo?

O corpo morto é como um livro onde se pode ler a biografia de quem o usou, no tal limitado tempo de viver que a cada um é dado pela lotaria genética associada às acções epigenéticas, que são, no essencial, os comportamentos pessoais.

A autópsia anátomo-patológica não se limita a determinar a causa necessária e suficiente de morte, como na prática pericial médico-legal. O seu objectivo é mais vasto, pois pretende, examinando todos os órgãos, encontrar as alterações estruturais que, embora não tendo contribuído para a morte da pessoa, poderão explicar de que forma aquela pessoa usou o corpo ao longo da sua vida.

Podia apresentar numerosos exemplos desta espécie de escrutínio de vida a partir da observação de um corpo morto. Darei apenas alguns poucos exemplos.

Um fígado, observado num corpo morto, com uma cirrose de pequenos nódulos e esteatose, evocava-me as alegres bebedeiras com que aquele corpo se animou tantas vezes, no seu convívio, pela noite fora, com os amigos do peito, na taberna do senhor Alípio, ali ao dobrar da esquina.

E umas coronárias entupidas por placas de ateroma, num corpo com uma obesidade flácida e um epíplon sobrecarregado de gordura, muito amarela, levavam-me a ver aquele corpo, em vida, sentado umas quantas horas, de muitos dias, guloso, a comer sem controlo tudo o que exigia lhe pusessem à frente; até ficar saciado e

dormir, empanturrado. Num destes sonos pós-prandiais o coração parou e o seu corpo tornou-se um corpo morto.
E aquele cancro do pulmão, metastizado por todo o corpo, era a assinatura pessoal, firmada por um fumador de vinte cigarros por dia que ficou a dever, durante muitos anos, ao tabaco, horas longas de prazer gustativo e muita inspiração nocturna para os brilhantes artigos que escrevia num semanário de referência.
Mas, algumas vezes, o corpo parecia, à primeira vista, não responder à minha pergunta: quem foi este corpo?
No teatro anatómico, como escreveu um poeta romântico, "Os estudantes tinham perdido os modos turbulentos, a irreflexão da idade e do costume. Envoltos em secretos pensamentos ao transporem a porta, quedavam-se de espanto a contemplar a morta".
Na mesa de autópsia a situação era diferente: Era ela quase uma menina, "Und fast eine mädchen wars", como escreveu Rilke, num dos seus muito belos "Sonetos a Orfeu".
A vida tinha passado por ela sem lhe marcar o corpo nem lhe apagar a beleza. Mas os barbitúricos em excesso, referidos na nota clínica, e, na autópsia, um útero com sinais de gravidez incipiente, transportaram-me para uma narrativa de muitas horas de sofrimento, solitário, silencioso e oculto de todos, até que a morte se perfilou, para aquela jovem adolescente, como a única solução; sem o ser.
De muitas outras formas nos fala um corpo morto.
Da sinistralidade brutal das nossas estradas, da violência assassina desencadeada por ciúmes insensatos, da doença incurável, daqueles que se enforcam quando "o vento suão faz febre, esfarela os ossos, dói nos peitos sufocados e atira aos desesperados a corda com que se enforcam na trave de algum desvão", como cantou José Régio na sua encantada "Toada de Portalegre"; mas fala, também, o corpo morto, de um envelhecimento tranquilo, sem grandes mazelas e, então, apenas dizemos, como o nosso povo sábio, que morreu "sequinho", deixando sair a vida, lentamente, pelos interstícios da sua matéria corporal, com a água que ele não pode mais reter.
Esta morte natural, sem doença, é o moderno objectivo que se pretende juntar ao da longevidade; este já, em grande parte, conseguido.
Teremos, então, corpos mortos que uma centena de anos de vida boa não estragou nem deformou. Como o corpo incorrupto de Santa Paula Frassinetti que vi, recentemente, na Casa de Roma da Congregação das Irmãs Doroteias.
Vendo-o, a esse corpo, incorrupto depois de ter estado vários anos sepultado, recordei irresistivelmente Pessoa:

"Calmo na falsa morte a nós exposto,
O Livro ocluso contra o peito posto,
Nosso Pai Roseacruz conhece e cala"

Pense cada um o que lhe aprouver. Porque esta é matéria de profundezas tais que nela só podemos entrar com passos hesitantes e inseguros.

3 Permitam-me, agora, uma reflexão pessoal que já deixei exarada no livro/entrevista de Henrique Manuel Pereira intitulado "Daniel Serrão, aqui diante de mim".
Não tenho nenhum culto em relação ao corpo morto. Tenho memória de meus pais que morreram, de meus dois irmãos que morreram e de um filho, Daniel, que morreu, com 33 anos. Mas não presto culto a nenhum destes cinco corpos de familiares próximos que morreram. Nem a nenhuns outros corpos. Os meus pais, sei, estão sepultados em Vila Real mas nunca lá fui, senão no dia do funeral. O mesmo com o cemitério do Porto onde estão os meus irmãos e o meu filho.
Porquê? Porque sou insensível, ingrato, injusto?
Certamente que não.
Em primeiro lugar por estar seguro que o corpo material acaba com a morte e não mais existirá. Os corpos não ressuscitam nunca. São um despojo que "jaz morto e arrefece" – mesmo que seja o do menino de sua mãe.
As pompas fúnebres, como se designam, em francês, os rituais após a morte, são isso mesmo: meras pompas, inúteis.
Os mausoléus, simulando casas onde o rico e poderoso continua a viver, devidamente identificado, bem como a sua família, são para mim ridículos. Como são ridículas as frases que por lá aparecem, mesmo em campas mais modestas, como "eterna saudade da tua mulher, Adozinda".
Por exemplo, direi que Ramalho Ortigão não está no cemitério da Irmandade da Lapa; mas está, sim, nas suas obras publicadas, como nas actualíssimas Farpas que escreveu, mano a mano, com Eça de Queiroz. É aqui que deve ser procurado, louvado e recordado. Não no Cemitério da Ordem da Lapa.
Em segundo lugar porque acredito na imortalidade do espírito e numa outra forma de vida, "a vida do mundo que há-de vir"; e, nesta outra forma de vida, o corpo seria, até, um estorvo; porque nela não haverá corpo, nem espaço, nem qualquer matéria, nem tempo. Nalguma teologia é chamado "corpo glorioso", para indicar que não é um corpo material.
S. Paulo bem exclamou "quia me liberavit de corporis mortis hujos"?, quem me libertará deste corpo de morte, deste corpo mortal?.
Daniel Faria, um Poeta ainda à espera da consagração, que viveu apenas 28 anos e morreu tragicamente, escreveu, sobre a imortalidade, este breve poema:

"Pai
Tenho medo de morrer depois da morte
Tenho medo de morrer antes da vida"

E, evocando a morte do Eremita Charles de Foucauld, às mãos dos terroristas berberes do Norte de África, que não sabiam quem era aquele francês isolado num casebre às portas do deserto, escreveu, na mesma perspectiva de imortalidade, este outro poema:

"Pensa que morrerás mártir. Entre talhas
Ao cair ressoará o teu corpo sobre o bojo
Pensa que morrerás
Esta tarde. Com o sangue no peito a marcar o umbral
Da tua morada. Nu morrerás
E desconhecido. Na terra só o adorno
Possui o reconhecimento.
Pensa que morrerás no chão
À tua porta
E nunca mais acabarás
De regressar"

Pois é. A imortalidade pode ser este eterno regresso do mártir.

4 Olhando o corpo morto a minha questão é, portanto, sempre esta: quem foi este corpo?
Com o objectivo de tentar discernir, até onde me for possível, como esse "quem" será, na tal vida do mundo que há-de vir.
Se, finalmente, não houver essa outra forma de vida, que confiadamente espero que exista, sem saber como será, claro que, então, o corpo morto nada é e nada vale.
Deixem que os átomos que o constituem regressem à Terra, à Gaia, à Mãe Natureza, para que sejam usados noutros corpos, vegetais, animais ou humanos.
E digamos com o Padre António Vieira: os vivos são pó alevantado, os mortos são pó caído.
Ou "memento homo quia pulvis est et in pulvem reverteris": lembra-te, ó homem, que és pó e em pó te hás-de tornar.
O corpo morto é pó, pó caído, pó irremediavelmente caído. ■

LONGEVIDADE OPORTUNIDADE OU NÃO?

ALBERTO COSTA

Coordenador do Conselho Nacional dos Cuidados Continuados

[28 JUL 2013]

Considerando o contexto atual do progressivo envelhecimento demográfico e contínuo aumento das necessidades de cuidados continuados das populações, os serviços e os seus responsáveis devem colocar esta área na lista das prioridades.

Atualmente, assistimos ao declínio das doenças transmissíveis e de carácter agudo e ao aparecimento das doenças crónico-degenerativas. A Medicina atual resultou assim desta transição no modelo das doenças relacionada com a evolução dos indicadores que acompanharam a melhoria sócio-económica e dos estilos de vida. As doenças crónico-degenerativas, pela grande morbi-mortalidade prematura que condicionam, fizeram alterar o nosso objetivo, que passou a ser sobretudo a sua prevenção.

Os sistemas de saúde têm dado um contributo importante para o desenvolvimento das sociedades modernas. O aumento da oferta de serviços de saúde, a introdução de novas tecnologias e o aumento da qualidade de vida conseguidas através de medidas preventivas de saúde pública foram fatores determinantes para a mudança radical do estado de saúde das populações.

Estima-se que em Portugal entre 2010 e 2050 a população diminuirá cerca de 10% mas a população acima dos 65 anos aumentará em 66%. A população atual com mais de 65 anos (18% do total) é de 1.787.344 habitantes e a previsão disponível para 2050 é de que esta população será de 2.818.866 habitantes.

O envelhecimento progressivo da população que se está a verificar vai criar a médio/longo prazo uma nova dinâmica de recrutamento em diversos setores de atividade e entre eles o da saúde.

Partilhamos a opinião que, no futuro, o nosso envelhecimento deverá ser tratado também com o bom senso e não exclusivamente pela medicina.

A Medicina do Séc. XXI irá ser tanto melhor quanto menos dependente estiver dos medicamentos e terá de envolver todos os seus intervenientes: setor público, privado e social.

A organização dos sistemas de saúde, estruturados principalmente com financiamento público, para responder às novas ameaças criadas pelo próprio desenvolvimento, foi dos principais ganhos da humanidade no Séc. XX e continuará a sê-lo no Séc. XXI. A organização dos sistemas de saúde constitui um motor para a economia, gerando emprego, absorvendo mão-de-obra qualificada de elevada diferenciação técnica.

O direito de proteção da saúde é uma importante conquista civilizacional de que todos nos orgulhamos. Em Portugal, o indicador mais notável, para além da diminuição da mortalidade infantil, é a esperança média de vida, 12 anos maior do que em 1970 e superior à média europeia.

Em Portugal a despesa total com saúde correspondia em 1974 a 10,8% do PIB, em 2003 a 9,2% (Eurostat), em 2008 a 9,5% (Eurostat) e em 2010 atingiu 10,1% do PIB (INE), considerando que destes aproximadamente 2/3 corresponderão a despesa pública.

É comum dizer-se que a saúde não tem preço... mas tem um custo, que no modelo de financiamento atual é suportado maioritariamente pelos impostos. Promover a funcionalidade possível, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades, constitui a base das políticas sociais que mais podem contribuir para a qualidade de vida e para a consolidação de uma sociedade mais justa e solidária.

Em 2005 foi divulgado o Programa Nacional de Cuidados Paliativos para ser implementado em todas as Administrações Regionais de Saúde. Um dos objetivos deste programa era a capacitação das Famílias para a prestação de cuidados informais e a implementação dos Cuidados Paliativos (CP) em regime de internamento, no ambulatório e no domicílio.

Em 2006, Portugal implementou a Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), DL n.º 101 de 2006, de 6 de Junho, com o objetivo de fazer face a uma série de problemas específicos, entre eles o progressivo envelhecimento das populações, o aumento da prevalência das doenças crónicas incapacitantes e para dar resposta à escassa cobertura de serviços de cuidados continuados integrados a nível nacional.

Desde a criação da RNCCI, têm sido efetuados estudos para se perceber melhor o desenvolvimento das atividades e para se definirem estratégias visando uma melhoria contínua da prestação de serviços às comunidades. São vários os estudos analisados que mostram a pertinência das necessidades deste tipo de serviços para as populações e que revelam que o modelo de organização da RNCCI cumpre as expectativas e satisfaz as necessidades ("Estudo de acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde", ERS, Porto, 2011). A avaliação dos resultados demonstra que há eficácia, eficiência e efetividade.

O modelo adotado demonstra ter acessibilidade e equidade, mas tornou-se evidente a necessidade de crescer, nomeadamente na área dos CP. Muitos doentes com Doença Crónica Grave Incurável e Progressiva (DCGIP) com necessidades de CP continuam a ocupar as camas hospitalares em serviços sem vocação nem treino na gestão do sofrimento do doente e da família e por vezes submetidos a encarniçamento terapêutico.

Os internamentos prolongados, com altos custos associados, exigem que seja realizada uma otimização das vagas hospitalares, especialmente no atual contexto sócio-económico que o País enfrenta. A otimização só será possível com um adequado encaminhamento do doente para o seu domicílio, para unidades/centros de reabilitação, para a rede de cuidados continuados ou de cuidados paliativos se tal houver necessidade, locais e estruturas mais apropriadas ao acompanhamento do doente e de custo habitualmente inferior aos internamentos hospitalares.

As Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECCP) são por isso imprescindíveis e precisam de ser implementadas no terreno. O impacto de uma DCGIP no doente e na família traduz-se em várias reações adaptativas que condicionam alterações na organização e funcionamento familiar. Estas equipas têm que ser hábeis em comunicar e a lidar com a mudança, com a sobrecarga, com o assumir de novos papéis familiares, gerindo as expectativas, colocando novos objetivos e um novo sentido para o dia-a-dia.

Cuidar de um doente terminal no domicílio implica uma correta avaliação das capacidades físicas, psíquicas e emocionais da família. As políticas governamentais devem reconhecer e consagrar estas preocupações. Doente e cuidador têm que ser integrados nesta equipa domiciliária.

Os CP exigem profissionais com disponibilidade e formação específica. A Medicina Geral e Familiar (MGF) não pode nem deve continuar a assumir sózinha esta área dos serviços de saúde. Este modelo tem de situar-se como um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e os de internamento hospitalar.

A implementação de unidades e equipas de cuidados, financeiramente sustentáveis, dirigidos às pessoas em situação de dependência, assentes em parcerias públicas, sociais e privadas, visando contribuir para a melhoria do acesso do cidadão com perda de funcionalidade ou em situação de risco de a perder, através da prestação de cuidados técnica e humanamente adequados, constitui um desiderato que nos deve nortear nestas situações. A oferta deste tipo de cuidados de saúde deve adequar-se, tanto quanto possível, às necessidades concretas de cada região, de forma a garantirmos um acesso o mais uniforme possível para todas as regiões, o que não se verifica neste momento ("Avaliação do acesso dos utentes aos cuidados continuados de saúde", ERS, Fevereiro de 2013). O Relatório da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), de Março de 2011, que teve por base elementos colhidos até Dezembro 2010, conclui existirem ainda desigualdades, em algumas regiões do país, no acesso a este tipo de cuidados de saúde.

Em 5 de Dezembro de 2012, com a publicação da Lei n.º 52/2012 de 5 de Setembro, Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, é consagrado o direito e regulado o acesso aos CP, sendo criada a Rede Nacional dos Cuidados Paliativos (RNCP). Esta Lei n.º 52/2012 define cuidados paliativos como cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doente em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada ou progressiva, assim como às suas famílias.

As unidades de CP, as equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos e as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos, criadas no âmbito do DL n.º 101/2006, de 6 de Junho, bem como outros estabelecimentos e serviços idênticos no âmbito da RNCCI, foram integrados na RNCP agora criada.

Dispondo de uma dotação orçamental específica no quadro do Ministério da Saúde, estabelece-se que o financiamento da RNCP é da responsabilidade do Ministério da Saúde e que aquela se rege pelos princípios constitucionais, pela Lei de Bases da Saúde e demais legislação aplicável.

A Ordem dos Médicos e o seu Conselho Nacional dos Cuidados Continuados devem continuar interessados, atentos e disponíveis para colaborarem com todos os intervenientes, na defesa de um Sistema de Saúde que, também nesta área, distinga Portugal no apoio aos seus seniores.

Portugal dispõe ainda de outras áreas, como o turismo de saúde, com condições de excelência quer em recursos humanos e técnicos, quer em equipamentos construídos de raíz para o efeito, quer ainda pelo nosso clima ameno, que poderiam ser uma mais valia e oportunidade única, inovadora, transformando este setor num importante objetivo estratégico para o nosso País.

O slogan que o Conselho Nacional dos Cuidados Continuados propôs foi:

"Em Portugal a longevidade é uma oportunidade!". ■

ACTA MÉDICA PORTUGUESA

Relatório de Actividades
JUNHO 2011-2013

- A Acta Médica Portuguesa (AMP) esteve sem Editor-Chefe durante 13 anos, tendo em 2011 cerca de 300 artigos para publicar, alguns com 2,5 anos de atraso. A taxa de aceitação rondava os 95%, alguns artigos eram aceites sem o processo de peer-review.
- Foi atingida no final de 2012 a pontualidade na edição da Acta Médica Portuguesa.
- Foi conseguida a recuperação do atraso da publicação dos cerca de 300 artigos.
- Publicação de 282 artigos em 2012, o ano na história da AMP com maior actividade editorial, cerca de 10% do total de artigos nos 33 anos de existência (Figura 1.)
- Conseguiu-se a manutenção do Factor de Impacto em 2011, que subiu para 0,151 em 2012 – Thomson-Reuters (0,256 em 2010, 0,091 em 2011).
- A categoria da AMP (categoria MEDICINE, GENERAL & INTERNAL) tem 151 revistas, a AMP está em 139º lugar.
- Formação de equipa multidisciplinar com vista ao regular funcionamento da AMP (editores-associados, tradutor de inglês, administrador do sistema de gestão electrónico, facebook, twitter, site, revisão final, gestão do fluxo dos artigos, etc.).
- Equipa actual: Dra. Carla de Sousa (coordenadora), Miguel Reis (assistente editorial), estes dois funcionários da Ordem dos Médicos – CNE; Rui Matos (designer), Prof. Fernando Fernandez-Llimóz (apoio especializado à edição – Medline, digitalização da AMP, etc.), Dra. Helena Donato (apoio especializado à edição, *screening* dos artigos entrados), Dr. Miguel Fontes (tradução para inglês), José Matias (site), José Carvalho (sistema de gestão electrónica, Open Journal System, apoio informático especializado), todos em regime de avença; Fernanda Pedroso (Facebook, Twitter, Wikipédia), Ana Margarida Sousa (Facebook, Twitter), Miguel Almeida (aluno da Faculdade de Medicina de Lisboa, Facebook, awareness junto dos alunos, Projecto iPAD), todos em regime de voluntariado; Henrique Carvalho (aluno Faculdade de Medicina de Coimbra).
- Aceitação da integração da AMP nas entidades COPE (Committee on Ethics Publication), International Committee Medical Journal Editors, Plataforma Scielo, Repositório RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal).

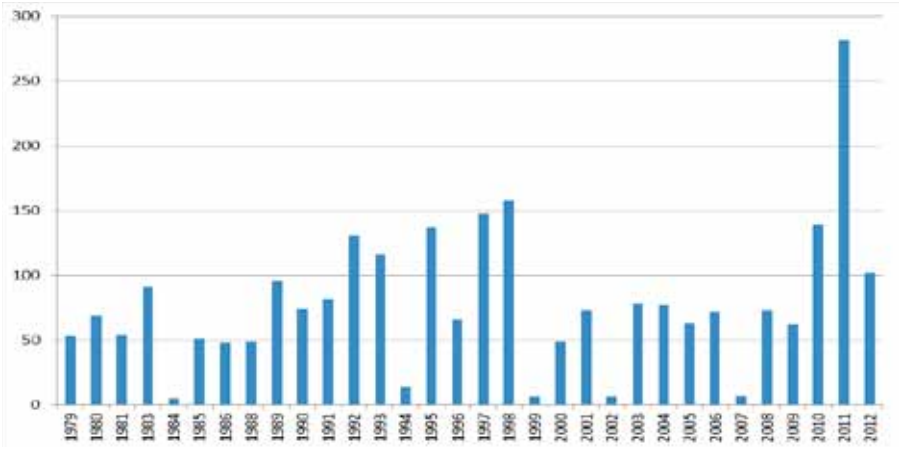


Figura 1. Publicações na Medline

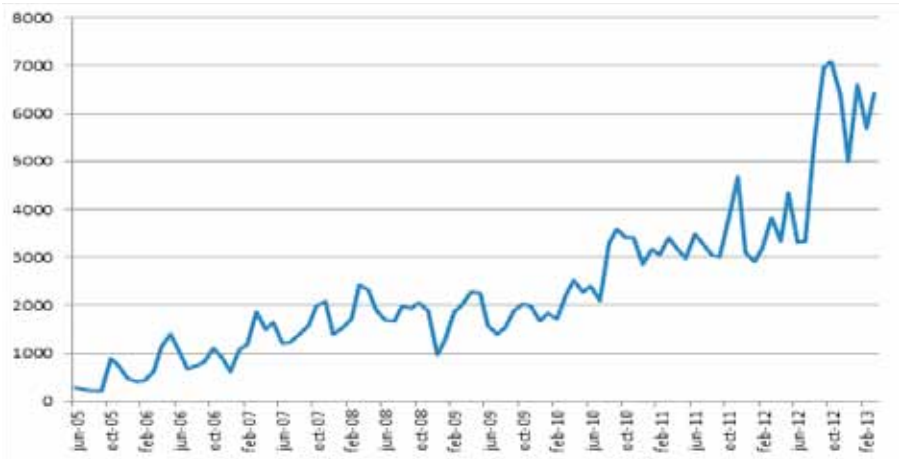


Figura 2. Hits na Medline

- Duplicação do número de downloads na Medline: de 3000 por mês para cerca de 7000 (Figura 2.)
- Aumento da taxa de rejeição de 5% para cerca de 50-60%.
- Aumento do número de artigos anuais submetidos de cerca de 250 para cerca de 500.
- Implementação das ferramentas da nova web/redes sociais: Facebook (com número de aderentes rapidamente em crescendo, agora com 5200 "gostos", com posts que atingiram 25000 visualizações).
- Início da aplicação Twitter, agora com cerca de 80 seguidores e 1100 tweets.
- Página na Wikipédia (português, espanhol e inglês).
- Organização do I Simpósio AMP em Novembro 2012, com a presença de 13 oradores e os editores-chefes das principais revistas portuguesas (Pneumologia, Reumatologia, AMP, Cardiologia).
- Organização do II Simpósio AMP em Novembro 2013, com a presença das principais revistas portuguesas (Pneumologia, Reumatologia, AMP, Cardiologia), grupo Cochrane (C. Gluud) e um ilustrador do New England Journal of Medicine (Daniel Muller).
- Contacto com um dos ilustradores do NEJM e com a equipa da Cochrane que estarão presentes no II Simpósio AMP em Novembro de 2013, com dois workshops no dia anterior ao Simpósio.
- Elaboração de novas normas de publicação.
- Normas na língua inglesa.
- Versão curta das normas.
- Elaboração de documento sobre as regras de publicidade.
- Elaboração de regulamento/Contrato para o cargo de Editor-Chefe.
- Elaboração de anúncio de divulgação para Revista da da Ordem dos Médicos.

ACTA MÉDICA PORTUGUESA
ACTA MED PORT

- Publicação de anúncio na Revista da Ordem dos Médicos a solicitar revisores.
- Renovação da ficha-técnica que tem agora 59 membros do Conselho Científico, alguns dos quais estrangeiros (Espanha, Brasil, Suíça, Canadá), 15 editores-associados (Cardiologia, Pneumologia, Medicina Interna, Bibliometria, Jornalologia, Endocrinologia, Ortopedia, Neurologia, Medicina Geral e Familiar, aluno de Medicina, etc.).
- Consultores de Epidemiologia, Estatística e Imagiologia.
- Alunos de Medicina: colaboração no awareness, Facebook, versão em iPAD, editor-associado.
- Digitalização integral de cerca de 20 anos (Prof. Fernando Fernandez-Llimós, Vanessa Fernandes).
- Integração dos cerca de 3000 artigos de forma integral e gratuita na Medline (Prof. Fernando Fernandez-Llimós, José Carvalho).
- Inclusão no portal RCAAP (Repositório Científico Acesso Aberto em Portugal): www.rcaap.pt.
- Forte investimento na qualidade final (erros ortográficos, incorrecção dos quadros e gráficos, incorrecção das referências).
- Início da tradução para inglês, numa primeira fase dos artigos originais.
- Conversações com agências de comunicação.
- Elaboração do modelo da versão em papel.
- Presença contínua na Revista da Ordem dos Médicos, com um anúncio de uma página por número.
- Site: novo site com renovadas funcionalidades, aumento das visitas de 50 para 127 por dia. Contrato de manutenção com a empresa Justweb.
- Site com pesquisa directa para os artigos da AMP na Medline.
- Site com documentos de ajuda a revisores e autores.
- Documentos: quadro resumo com a tipologia dos tipos de artigos a publicar na AMP, fluxo do artigo.
- Site com Top 20 dos artigos mais consultados, com contagem automática dos downloads. O artigo mais visitado tem cerca de 8.000 downloads.
- Criação de e-alert cada vez que sai um novo número.
- Gestão electrónica do ciclo editorial: implementação desde setembro de 2012 do sistema Open Journal System; continuação da implementação do sistema que exige elevada diferenciação e constante apoio (gestor: José Carvalho – Universidade do Minho).
- Visitas da revista no sistema OJS (plataforma electrónica) que subiram de 73 em setembro 2012 para 715 por dia em Maio 2013. Mais de metade (51%) vêm do Brasil. Início de visualização em Angola (já o nono País, Moçambique). O número de visualizações de páginas corresponde a cerca de 638.000 por ano (maio 2013). Cidades com maior número de visitas: Lisboa 9%, S. Paulo 8%, Belo Horizonte 4%, Rio de Janeiro 4%, Porto 3%. Há registo de visitas de 111 países. Países com mais visitas: Brasil 51%, Portugal 29%, EUA 3%, Espanha 2%, China 1% (Figura 3.)
- Contagem dos downloads dos artigos no sistema OJS, o mais visto, com 1500 descarregamentos. No total foram registados cerca de 104.000 downloads.
- Novo design gráfico, mais aperfeiçoado.
- iPAD, PDAs, outras plataformas: Implementação deste projecto em parceria com a PT, em fase final, a ser lançado ainda antes do Verão de 2013.
- Merchandizing: canetas AMP, roll-ups, flyers de divulgação. Em programação. capas plásticas, guarda-chuvas, PEN com conteúdo integral da AMP.
- Formação: Frequência dos editores associados de curso sobre edição médica em Oxford, em 2011, 2012, 2013 (Rui Tato Marinho, Helena Donato, Fernando Fernandez-Llimós).
- Visita aos escritórios do BMJ em Londres e reunião com a editora-chefe (Fiona Godee); presença em reunião do sttaf (Rui Tato Marinho e Fernando Fernandez-Llimós).
- Implementação de base de dados para solicitação de artigos de revisão ou perspectiva por experts nacionais e internacionais.
- Construção de base de revisores com cerca de 1900 peritos (Miguel Reis).
- Revisão dos artigos por dois ou três peritos. Anonimato da revisão.
- Início de pedido de colaboração a peritos brasileiros.

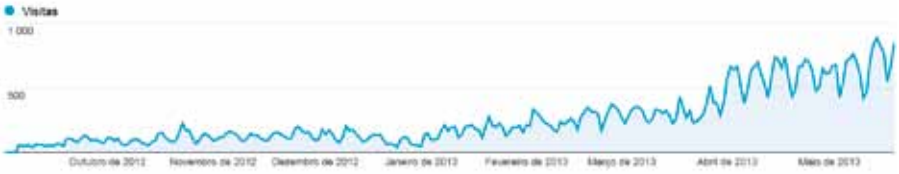


Figura 1. Visitas diárias ao site do Open Journal System da Acta Médica Portuguesa

- Criação de secção de "Pintura e Saúde" (Museu Soares dos Reis – Henrique Pousão, Assembleia da República – José Malhoa, Centro de Arte Moderna da Fundação Gulbenkian – Amadeo Sousa-Cardozo, Atelier-Museu Júlio Pomar – Júlio Pomar, Museu Nacional de Arte Antiga – Nuno Gonçalves).
- Convite para artigos a KOLs nacionais e internacionais (OMS, Cochrane, NICE, etc.).
- Comunicações sobre a actividade da AMP: Congresso Nacional de Dermatologia, Sessão para alunos da Faculdade de Ciências Médicas (iMED), Sessão de formação para Ortopedistas, Mestrado de Bioética na Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Criação de Secção "Cochrane Center" em parceria com o Centro de Medicina Baseada na Evidência (Prof. Vaz Carneiro).
- Staff Permanente da Acta Médica Portuguesa sob a orientação do Conselho Nacional Executivo: Dra. Carla de Sousa (coordenadora editorial), Miguel Reis (assistente administrativo

Lisboa, 6 Agosto 2013

Rui Tato Marinho
Editor-Chefe

Para mais informações
consulte a página oficial da AMP em
www.actamedicaportuguesa.com

Nova Cédula Profissional

ORDEM DOS MÉDICOS

ESCLARECIMENTO

Assinatura digital

Este documento tem como objetivo esclarecer algumas questões associadas aos certificados emitidos para os Médicos

Copyright 2002-2013 MULTICERT S.A. Todos os direitos reservados.

O que é uma assinatura digital?

De acordo com o art. 2.º do Decreto-Lei n.º 290-D/99 de 2 de Agosto, assinatura digital é:

"[...] processo de assinatura electrónica baseado em sistema criptográfico assimétrico composto de um algoritmo ou série de algoritmos, mediante o qual é gerado um par de chaves assimétricas exclusivas e interdependentes, uma privada e outra pública, e que permite ao titular usar a chave privada para declarar a autoria do documento electrónico ao qual a assinatura é aposta e concordância com o seu conteúdo, e ao declaratário usar a chave pública para verificar se a assinatura foi criada mediante o uso da correspondente chave privada e se o documento electrónico foi alterado depois de aposta a assinatura".

Tal como a assinatura tradicional é utilizada em documentos em papel, as assinaturas digitais começam a ser utilizadas para identificação de autoria de documentos eletrónicos, com o mesmo significado, grau de importância e validade legal.

As assinaturas digitais são criadas utilizando a chave privada do titular. Posteriormente são verificadas pelo recetor utilizando a chave pública do signatário, a qual se encontra no Certificado Digital emitido em seu nome. Para assinar digitalmente qualquer tipo de documento eletrónico a fim de comprovar inequivocamente a autoria do mesmo, o utilizador deve possuir um Certificado Digital, único e pessoal, que comprove indubitavelmente a sua identidade no mundo eletrónico e que tenha sido emitido por uma entidade certificadora de confiança, devidamente fiscalizada e credenciada nos termos do Decreto-Lei n.º 290-D/99 de 2 de Agosto.

Nota:
para saber um pouco mais sobre certificação digital pode aceder a
https://www.multicert.com/knowhow

A assinatura digital tem valor probatório?

Sim, aposição de uma assinatura eletrónica qualificada a um documento eletrónico equivale à assinatura autógrafa dos documentos com forma escrita sobre suporte de papel e cria a presunção de que:

MULTICERT

1. A pessoa que apôs a Assinatura Eletrónica Qualificada é a titular desta;

2. A Assinatura Eletrónica Qualificada foi aposta com a intenção de assinar o documento eletrónico;

3. O documento eletrónico não sofreu alteração desde que lhe foi aposta a Assinatura Eletrónica Qualificada. A aposição de Assinatura Eletrónica Qualificada substitui, para todos os efeitos legais, a aposição de selos, carimbos, marcas ou outros sinais identificadores do seu titular.

Quando assino um documento como é validado que fui eu?
Os certificados emitidos têm a seguinte estrutura que identifica o Médico univocamente:
PSEUDONYM = Jorge Sousa Valença
CN = [Assinatura Qualificada] Jorge Miguel de Sousa Rodrigues Valença
SERIALNUMBER = CP12345
T = Médico - Informação confirmada pela Entidade de Registo Ordem dos Médicos
OU = Especialidade: Cardiologista
OU = Certificado para pessoa singular - Assinatura Qualificada
O = Ordem dos Médicos
C = PT

Posso assinar documentos a nível pessoal?
O certificado só me identifica como Médico, como tal o seu valor legal de assinatura existe se usado com essa finalidade.
Contudo, o certificado ao ser utilizado num determinado documento permite outras funcionalidades, como saber se um documento original foi modificado ou mesmo, consoante os *softwares*, impossibilitar toda e qualquer alteração no documento.

Qual é a validade do certificado?
Quantos documentos posso assinar?
O certificado é válido por 4 anos, caso não seja revogado. Durante a sua validade pode assinar quantos documentos desejar.

Gostaria de obter um certificado. O que devo fazer?
Deve dirigir-se à Ordem dos Médicos e solicitar o impresso para efectuar o pedido de certificado.

O meu certificado digital de assinatura qualificada está associado à minha cédula profissional?
Sim. O certificado digital de assinatura qualificada permite assinar na qualidade profissional de Médico.

Caso tenha alguma dúvida no preenchimento do formulário a quem devo dirigir?
Todas as dúvidas são esclarecidas pela Ordem dos Médicos.

Posso utilizar o certificado em qualquer lugar?
O certificado poderá ser utilizado em todos os locais onde seja possível instalar os *drivers* (Middleware) distribuídos e o leitor de cartões (fornecido ou adquirido).

Posso instalar os drivers em vários computadores?
Sim, pode instalar em vários postos de trabalho.

Caso durante o pedido do certificado tenha alguma problema, com quem devo contactar?
Deverá utilizar os seguintes contactos:

Secção Regional do Sul:
Email secretaria@omsul.pt | **Telefone** 215 917 502

Secção Regional Centro:
Serviços de Secretaria. Email arnedicos@omcentro.com | **Telefone** 230 792 920

Secção Regional do Norte:
Dr. Luís Carvalho. Email luis.carvalho@nortemedico.pt | **Telefone** 225070100 | **Telemóvel** 939030446

Quando devo proceder à revogação do meu certificado?
Deve solicitar a revogação do seu certificado sempre que existam razões fundamentadas para crer que:

- O certificado foi emitido com base em informações erróneas ou falsas;
- As informações nele contidas deixaram de ser conformes com a realidade;
- A confidencialidade dos dados de criação de assinatura está comprometida;
- O certificado tenha sido extraviado.

A revogação do certificado nestes casos é uma obrigação legal do titular do certificado ou da entidade associada ao mesmo.

Como proceder para revogar um certificado qualificado?
A revogação de um certificado qualificado consiste em duas fases:

- Suspensão - em que o certificado fica temporariamente num estado em que não tem valor legal;
- Revogação - em que o certificado é colocado em estado não confiável e fica inutilizável permanentemente.

Caso o cliente pretenda revogar o seu certificado com efeitos imediatos, deve optar por suspendê-lo e, de seguida, deverá pedir a sua revogação efetiva no período máximo de 3 dias, dado que este é o prazo legal máximo de suspensão do certificado. Ultrapassado este prazo, o certificado passará novamente para o estado ativo. Para mais informações sobre o Processo de Revogação de Certificados deverá aceder ao sítio web https://servicos.multicert.com/suporte e fazer dique nas opções Artigos> Certificados Digitais> Revogação de Certificados Qualificados.

Quem pode pedir a revogação de um certificado? Apenas o seu titular?
A revogação pode ser pedida pelo titular ou pela Ordem dos Médicos. Em casos específicos, a própria entidade emissora do certificado, neste caso a MULTICERT, poderá requerer a revogação do certificado.

O processo de revogação de um certificado tem algum custo associado?
Este processo não tem qualquer custo associado.

Se perder as credenciais de acesso aos certificados existe alguma forma de as recuperar?
Sim, deve aceder ao link https://pki.multicert.com/maestroca03/backoffice/external/UserArea/CredentialsRecoveryForm.htm e seguir os passos solicitados. Irá receber as credenciais por SMS para o número anteriormente disponibilizado.

Este procedimento tem custos associados?
Sim, o custo é de 10,00 euros (IVA já incluído). ■

O ANTIGO E O NOVO NUM ESPAÇO ÚNICO

Inauguração do Centro de Convívio da SRNOM

Casa Luz Soriano

No dia 21 de Setembro de 2013, a Secção Regional do Norte da Ordem dos Médico registou mais uma página histórica no seu longo livro de memórias, com a inauguração do Centro de Convívio – Casa Luz Soriano. O espaço, que resultou da reconversão de um edifício contíguo à Casa do Médico, foi apresentado pelo presidente do Conselho Regional, Miguel Guimarães, como uma aposta naquela que deve constituir uma das vertentes mais importantes da actuação da Ordem: a solidariedade entre pares. O bastonário, José Manuel Silva, falou de um momento especial para assinalar os 75 anos da Ordem dos Médicos.

nortemédico | Texto Nelson Soares | Fotografia Digireport

O sonho de um Centro de Convívio para os médicos do Norte foi formulado há cinco anos, sob a direcção de José Pedro Moreira da Silva. Em 2013, o projecto concretizou-se e foi revelado numa cerimónia emotiva, à qual não faltaram históricos dirigentes da SRNOM, como os ex-presidentes António Maria Meireles e José Guimarães dos Santos.

Foi para eles a primeira palavra de Miguel Guimarães, o actual presidente. A invocação da memória na Ordem dos Médicos ganhou importância num momento em que se reabilitava um espaço antigo e se dotava a instituição de uma valência eminentemente social: "além da preocupação com a disciplina e com a formação, a solidariedade deve constituir uma prioridade para a Ordem. Esta é uma forma de oferecermos aos nossos associados mais uma possibilidade de se aproximarem".

O presidente do Conselho Regional mostrou-se honrado pela presença do bastonário da Ordem dos Médicos e aproveitou o momento para elogiar "o magnífico trabalho que tem feito e a coragem que tem tido em determinados momentos". "Espero que faça, pelo menos, mais um mandato para que os médicos possam recuperar alguma dignidade e qualidade no exercício da medicina", sublinhou.

Recordando o processo de construção do Centro de Convívio, o dirigente assinalou que se trata de um espaço especialmente "vocacionado para os médicos seniores". No entanto, ressalvou, "está aberto a todos os colegas e será um polo de informação,

de actividades lúdicas e de oferta complementar à Casa do Médico", acrescentou Miguel Guimarães, destacando as diferentes valências que integram o novo espaço da SRNOM, nas quais se incluem a biblioteca, a sala polivalente, o ginásio e os balneários, os gabinetes para atendimento clínico e o salão.

Autor das linhas em que se converteu a antiga moradia, o arquitecto Miguel Meirinhos agradeceu o "desafio de criar uma nova valência neste belíssimo complexo" e explicou alguns dos detalhes do projecto. O primeiro passou por "ferir o mínimo possível os espaços verdes existentes", justificando esse cuidado a opção pelas tonalidades brancas e castanhas com que o edifício foi pintado. Num segundo nível, esteve a transformação interna da habitação: "o edifício foi totalmente remodelado e reinterpretado. Dotámo-lo com condições e acessibilidades actuais". Por fim, destacou Miguel Meirinhos, foi especialmente concebido um tecto que

é, ele próprio, a recriação de "um tecto com padrão clássico". Estou muito orgulhoso por ter participado neste projecto e pelo resultado final", concluiu o jovem arquitecto.

José Manuel Silva não escondeu a admiração pelo projecto e considerou que a inauguração do Centro de Convívio – Casa Luz Soriano "é uma ocasião excelente para comemorarmos os 75 anos da Ordem dos Médicos, mostrando a sua vitalidade e capacidade". O bastonário não deixou de elogiar, de forma muito cordial, "o espírito de iniciativa e a visão da gente do Norte", reconhecendo que se trata da secção regional que "produziu trabalho em maior quantidade, em maior qualidade e com a maior lealdade e empenho". "Tenho de reconhecer este dinamismo dos homens do Porto, de trabalharem em prol do colectivo sem esquecerem o seu bairrismo saudável", concluiu.

«A 21 de Setembro de 2013 foi esta placa descerrada para comemoração da inauguração do Centro de Convívio da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, sendo Bastonário da Ordem dos Médicos o Prof. Doutor José Manuel Silva e Presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos o Dr. Miguel Guimarães».

«Esta obra reflecte o empenho e dedicação dos membros da Direcção da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, nos mandatos de 2008/2010 e 2011/2013».

TESTEMUNHOS

Marlene Lemos

"Estive envolvida neste processo desde o início e acreditei sempre que este dia haveria de chegar. Tivemos, ao longo de todo o processo, alguns constrangimentos que foram totalmente ultrapassados e o resultado final corresponde ao que tínhamos idealizado. A articulação entre a parte antiga da casa e o novo edifício resultou muito bem, temos um espaço muito agradável, ao serviço dos colegas. Tenho a certeza que teremos aqui muitas actividades a decorrer e que não vamos desperdiçar este belíssimo equipamento".

Manuela Dias

A minha colaboração para esta Casa foi na qualidade de presidente da Comissão Executiva do Fundo de Solidariedade. Na altura, havia uma verba disponível para se aplicar em algo que fosse útil e, havendo cada vez mais médicos de idade avançada, muitas vezes com problemas de isolamento, pensámos em criar um espaço de apoio social, apelativo e chamativo para que esses colegas tenham oportunidade de conviver com os seus pares. Esse foi o esboço inicial. Hoje tem imensas possibilidades, desde fazer uma refeição, promover uma tertúlia, estar simplesmente a apreciar esta exposição solar fabulosa. Tudo aspectos que se valoriza quando se começa a ter uma certa idade.

António Maia Gonçalves

Gostei bastante do que vi e, com sinceridade, fiquei impressionado com toda a intervenção. É um novo espaço com um horizonte muito grande à sua frente e que pode prestar um serviço muito interessante aos médicos, assim eles pretendam. A partir deste momento, a Casa Luz Soriano já não depende dos arquitectos ou dos engenheiros, depende apenas dos médicos e da vontade que tenham em usufruir do espaço e participar nas actividades que aqui sejam desenvolvidas. Estou convencido que isso será uma realidade, não direi no imediato, mas a médio prazo. ■

PISO 0
GINÁSIO
BALNEÁRIOS
GABINETES
SALÃO
SANITÁRIOS
PISO 1
LOUNGE
SANITÁRIOS
PISO 2
BIBLIOTECA
SANITÁRIOS

CATÓLICA PORTO
BUSINESS SCHOOL

GESTÃO NA SAÚDE

UNIVERSIDADE CATÓLICA PROMOVE EXECUTIVE MASTER EM GESTÃO NA SAÚDE

Obter competências avançadas de Gestão e aplicá-las ao sector da Saúde é a proposta de uma formação executiva na Católica Porto Business School. Coordenador e antigos alunos traçam uma perspectiva geral sobre o curso, as suas vantagens e as ferramentas que nele podem ser obtidas para tornar o médico mais apto a gerir equipas e serviços num tempo de grande exigência económica e financeira.

LUÍS PINA REBELO

"Desenvolver visão estratégica"

Que competências e vantagens pode um médico adquirir numa formação específica para gestão de serviços de Saúde?
O "Executive Master em Gestão na Saúde" da Católica Porto Business School (CPBS) permite aceder a um conjunto de conhecimentos e ferramentas indispensáveis às boas práticas de Gestão na Saúde, bem como potenciar a partilha de experiências. Procura desenvolver uma visão estratégica de onde resulte a criação de valor, para o paciente, para a organização ou serviço de saúde, e para todos os parceiros envolvidos. Acresce ainda o facto de reunir todos os requisitos para atribuição da Competência em Gestão por parte da Ordem dos Médicos.

Coordenador do Executive Master em Gestão na Saúde
Católica Porto Business School

Quais são as principais características do Executive Master em Gestão na Saúde?
É composto por um ciclo de estudos de um ano, que confere um sólido conhecimento teórico e aplicado de Gestão, mas também propicia troca de experiências entre os formandos com várias referências no setor da Saúde. Propicia, ainda, a criação de uma network de profissionais e ex-alunos que tem vindo a revelar-se muito valiosa. Na CPBS estamos ainda alinhados com os princípios de Bolonha, um sistema de acumulação de créditos (ECTS) que permite aos alunos, após completarem o curso, prosseguir com os seus estudos académicos.

Talvez fruto da conjuntura económica que vivemos, nunca como hoje se falou tanto nos custos/despesas na saúde. Que papel podem e devem os médicos assumir nesta matéria?
A temática dos custos persistirá sempre, com ou sem recessão económica. Uma população Europeia envelhecida representa uma sobrecarga orçamental, mas um aumento da esperança de vida e um envelhecimento saudável é desejável e apenas possível num contexto de permanente evolução das tecnologias da saúde.
Um médico gestor hospitalar ou diretor

de um serviço vê-se confrontado com recursos voláteis, instáveis e escassos, com origem em financiamento que a própria gestão não controla. Assim sendo, a sustentabilidade de um serviço que se deseja tecnologicamente avançado não pode passar pelo corte 'cego' de custos. Deve passar, antes, por uma gestão da restrição orçamental, pela otimização dos recursos segundo o estabelecimento de prioridades, e pela racionalização dos custos, sim, mas com base na reconfiguração dos processos e do planeamento. E tudo isto só pode ser feito por quem detenha uma bagagem de conhecimento de gestão forte.

Aconselhava os médicos interessados a obterem formação específica nesta área?
Perante um clima de permanente mudança num setor de domínio público, em que se adivinham alterações profundas, torna-se fundamental para um médico gestor de um serviço ou de uma qualquer equipa de saúde, ser capaz de identificar as oportunidades e ameaças e reconfigurar a sua atividade. Só assim se conseguirá distinguir a si, e ao serviço que coordena, num clima cada vez mais competitivo.

FERNANDO ARAÚJO

"Mudança profunda nas exigências"

Que importância teve para si adquirir formação específica no domínio da gestão em Saúde?
A formação específica em gestão foi determinante para adquirir conhecimentos e competências em áreas que não tinham sido abordadas durante o curso de medicina e que eram fundamentais para o exercício de cargos de coordenação ou administração.

Director do Serviço de Imunohemoterapia do Hospital de S. João

Ex-presidente da ARS Norte

Que papel pode e deve desempenhar a Competência em Gestão dos Serviços de Saúde no contexto actual?
Nos últimos 10 anos assistiu-se a uma mudança profunda nas exigências para as direcções intermédias e de topo. No passado, o fundamental eram os conhecimentos técnicos de uma especialidade, fazendo com que o director de serviço fosse em geral o médico mais antigo, não necessitando de possuir conhecimentos sobre questões económicas, gestão de recursos humanos ou cumprimento de determinados objectivos. O paradigma actual mudou e na gestão de cada um dos serviços é imprescindível coordenar as diferentes actividades: negociar contratos-programa, definir metas em termos de objectivos de produção, qualidade e eficiência, construir e interpretar orçamentos, identificar de forma profunda as rubricas da despesa e o seu acompanhamento ao longo do ano, gerar proveitos extra-Serviço Nacional de Saúde. Tal não é possível sem uma formação adequada nesta área.

Que mais-valias pode um médico aportar à gestão de um serviço de saúde?
A existência de um médico com estas competências é a certeza de que teremos um profissional com capacidade para discutir assuntos de gestão com profissionais de outras áreas, utilizando a mesma linguagem e os mesmos instrumentos, mas com uma enorme diferença: a segurança e a confiança de que o primeiro objectivo do processo será sempre o de prestar os melhores cuidados de saúde aos doentes.

Aconselhava os colegas interessados a obterem formação específica nesta área? Porquê?
Aconselhava. No presente e no futuro, a medicina estará sempre intrinsecamente ligada à gestão, pelo que é crítico que a formação em saúde seja sempre acompanhada por uma formação exigente em gestão.

ISABEL RAMOS

"Área de conhecimento essencial a qualquer médico"

Que importância teve para si adquirir formação específica no domínio da gestão em Saúde?
Quando se assume responsabilidades directivas são necessários conhecimentos para a realização de planos de acção, a fixação de objectivos, implementação de projectos, mediação em conflitos, etc. Por isso, iniciei as minha formação em Gestão frequentando o Mestrado de Gestão em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP)/Universidade do Minho (uma formação essencialmente teórica) e posteriormente fiz o Curso de Gestão da OM/Universidade Católica do Porto. Alguns anos mais tarde, inscrevi-me no PADIS (Programa de Alta Direcção de Instituições de Saúde) da Associação de Estudos Superiores de Empresa (AESE), curso que utiliza o método do caso, um processo interactivo de aprendizagem criado pela Harvard Business School. Foram formações com características pedagógicas diferentes mas complementares, que me deram ferramentas para o meu trabalho diário.

Que mais-valia pode um médico aportar à gestão de um serviço de saúde?
O médico tem as melhores condições para centralizar e padronizar soluções, seleccionar e implementar projectos que tenham sempre em consideração a organização, inovação e cultura de poupança, sem que haja prejuízo para os resultados clínicos.

Directora do Serviço de Radiologia do Hospital de S. João

Aconselhava os colegas interessados a obterem formação específica nesta área? Porquê?
A formação em Gestão é hoje uma área de conhecimento essencial a qualquer médico, e este facto já foi reconhecido pelas Faculdades de Medicina. A FMUP disponibiliza uma Unidade Curricular em Gestão em Saúde, e outra em Administração Hospitalar. Cabe aos Médicos tomarem consciência da importância desta formação, para que da racionalização dos custos, que é necessária, não resulte uma diminuição de qualidade dos Serviços de Saúde. ■

DEBATE NA SRNOM

Regime de licenciamento dos consultórios e clínicas a caminho da revisão

A Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos promoveu um debate a propósito do regime legal de licenciamento das Unidades Privadas de Serviços de Saúde (UPSS). Esta legislação previa que todos as clínicas e consultórios médicos fossem registados na Entidade Reguladora da Saúde até 30 de Setembro. No entanto, o processo foi fortemente contestado pelos profissionais e pela Ordem, que está em negociações com o Ministério da Saúde para a completa revisão dos diplomas. O debate constituiu uma importante sessão de esclarecimento e acabou por antecipar um prolongamento do prazo de inscrição decretado pela tutela.

nortemédico Texto **Nelson Soares** › Fotografia **Nuno Almeida**

"Ninguém parece estar de acordo com esta lei". A frase foi proferida por Miguel Guimarães e podia sintetizar o debate que reuniu mais de 300 médicos na SRNOM, no dia 25 de Setembro, a propósito do regime legal de licenciamento das Unidades Privadas de Serviços de Saúde (UPSS). O presidente do Conselho Regional do Norte (CRN) sublinhou que "a Ordem dos Médicos está completamente em desacordo com a legislação", que obrigava os consultórios e as clínicas a registarem-se na Entidade Reguladora da Saúde (ERS) para obtenção de licença até 30 de Setembro [o prazo foi, entretanto, prolongado por um ano – ver caixa no final desta peça], dado que esta "serviria apenas para acabar com os pequenos consultórios e clínicas privadas, colocando nas mãos dos grandes grupos económicos toda a medicina privada". Às críticas da OM, acrescentou o dirigente, somam-se as da ERS e das Administrações Regionais de Saúde.

Para o presidente do CRN são claros os pontos que devem ser reavaliados na aplicação do Decreto-Lei n.º 279 de 2009 e da Portaria n.º 287 de 2012. Em primeiro lugar, identificou, existe uma "discriminação negativa sobre os profissionais que exercem medicina privada", ao exigirem-se condições que "não são aplicadas no sector público e social". A este facto acresce, segundo Miguel Guimarães, a diferenciação que deve existir entre uma "clínica" e um "consultório" e a substituição do termo "estabelecimento" por "instalação clínica". Um terceiro aspecto sublinhado pelo dirigente tem a ver com o facto de ser exigida a presença da direcção clínica nos consultórios sempre que estes estiverem abertos, algo que, na sua opinião, "não faz qualquer sentido". As acessibilidades exigidas para, por exemplo, pessoas de mobilidade reduzida, são um outro entrave previsto na lei e que, de acordo com Miguel Guimarães, ultrapassam a legislação já existente sobre esta matéria. O último ponto a rever resulta da "ampla definição do conceito de cirurgia ambulatória" que, de acordo com o presidente do CRN, "agrega praticamente todos os estabelecimentos".

O papel da ERS no processo de licenciamento acabou por centrar as atenções no debate que se seguiu às intervenções iniciais. Miguel Guimarães começou por questionar se a ERS teria uma actuação pedagógica ou punitiva enquanto órgão fiscalizador. Nuno Castro Marques, vogal do regulador, ressalvou que o processo que está em curso visa "regular uma realidade pré-existente" e carece de algumas adaptações. "Um consultório não é uma clínica e haverá essa consciência quando se estiverem a interpretar as normas. A fiscalização da ERS não é cega e a aplicação da lei pode ser moldável", acrescentou.

"Quem ainda não se registou que o faça, independentemente de terem os seus consultórios com todos os requisitos e independentemente do processo negocial com a Ordem dos Médicos. Não desistam dos vossos consultórios nem dos vossos doentes. Acredito na mudança da legislação"
Miguel Guimarães

Álvaro Moreira da Silva, outro dirigente da ERS presente, reiterou a "atitude pedagógica" da ERS, que "não terá uma intenção punitiva" no exercício das suas funções. "Não há nenhum caso de encerramento de consultórios por faltar um regulamento interno, como não haverá se não houver uma tabela de horário", exemplificou o responsável.

As garantias de flexibilidade da ERS não colheram consenso. Um dos médicos presentes no auditório mostrou-se agradado com o intuito pedagógico, salientando, porém, que "aquilo que o representante da ERS diz não é o que está na lei". Paulo Varela, outro dos participantes, considerou que "o problema está no facto de uma proposta legislativa feita desta forma chegar a ser publicada", acrescentando que "não se pode vir aqui dizer que se vai aplicar a lei com jeitinho, porque esse não é o seu espírito". "Esta lei devia ser suficientemente clara para não precisarmos da boa vontade da ERS", concluiu. Tal como os colegas, Manuel Falcão criticou os "os filósofos desta lei" que, por um lado, obrigam os consultórios a cumprir determinadas regras e, por outro, permitem "projectos de 400 clínicas que vão aparecer nos shoppings". Fernando Castro questionou, por último, a possibilidade de se parar este processo legislativo pela via jurídica e de a Ordem dos Médicos intermediar alguma divergência que possa surgir entre a ERS e os profissionais.

O presidente do CRN sublinhou que a actuação jurídica nesta matéria é "morosa" e que à Ordem dos Médicos interessa a via do diálogo e da negociação. "Temos tentado negociar a legislação que existe, de forma a que todos os aspectos estejam contemplados. Não acredito na tese de que queiram acabar com os consultórios, porque isso seria impedir, em muitos casos, que o doente tenha acesso a um médico".

A consultora jurídica da SRNOM, Inês Folhadela, procurou esclarecer os muitos médicos presentes relativamente às questões mais polémicas na aplicação

da lei. Desde logo, recordou que "se um consultório estiver num edifício anterior a 1951 [anterior ao regime geral das edificações urbanas] não têm de se preocupar com o licenciamento". Por oposição, acrescentou, "se o imóvel for posterior a 51, convém que seja alterada a vocação do imóvel". A jurista lembrou que o Decreto-Lei n.º 279 de 2009 e as portarias subsequentes vieram preencher o "vazio total" que havia em matéria de registo e de obtenção de licenças das UPSS, considerando também que os médicos devem cumprir uma série de obrigações. Entre elas, a obtenção de autorização da Comissão Nacional de Protecção de Dados para processamento de ficheiros informáticos; a disponibilização de um livro de reclamações; o esforço para evitar a litigância e as situações de responsabilidade civil, numa altura em que, referiu, "a televisão promove a queixa contra o médico"; a realização de seguro com cobertura de assistência jurídica; o respeito pela lei vigente, enquanto a Ordem dos Médicos não conseguir introduzir alterações.

Após uma intensa discussão sobre a obrigatoriedade ou não do registo na ERS por parte dos médicos que exercem clínica privada, Miguel Guimarães concluiu aconselhando a que o mesmo seja feito de forma transversal. "Quem ainda não se registou que o faça, independentemente de terem os seus consultórios com todos os requisitos e independentemente do processo negocial com a Ordem dos Médicos", concluiu.

PRAZO ALARGADO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Poucos dias após o debate promovido na SRNOM, o Ministério da Saúde emitiu um comunicado dando conta do alargamento por um período de 12 meses do prazo de adequação ao regime de licenciamento. "Tendo em conta as dificuldades manifestadas por algumas unidades e estabelecimentos de saúde privados que prosseguem atividades de prevenção, diagnóstico, tratamento médico e reabilitação, em adequar as suas instalações e atividade aos requisitos exigidos pelo Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de outubro e pela Portaria n.º 287/2012, de 20 de setembro, no prazo estabelecido para o efeito (um ano a partir da data de publicação desta portaria, ou seja, 20 de setembro de 2012) e face às alterações a introduzir no respetivo regime, vem o Ministério da Saúde informar da prorrogação do mesmo prazo por mais 12 meses", pode ler-se no documento. ■

O debate realizado na SRNOM a propósito do regime legal de licenciamento das Unidades Privadas de Serviços de Saúde (UPSS) teve ampla repercussão na comunicação social médica. Abaixo a peça sobre o assunto publicada pelo "Tempo Medicina" de 7 de Outubro.

DESTAQUE

Debate não tranquiliza Ordem, mas ERS desdramatiza lei do licenciamento das unidades privadas

Pequenos consultórios médicos «estão licenciados por natureza»

A ERS acalmou as preocupações de muitos das centenas de médicos com consultório que assistiram a um debate, no Porto, sobre licenciamento de unidades privadas de saúde. Cautelosos, mesmo não muito optimistas, os dirigentes da Ordem dos Médicos aguardam alterações à lei já em vigor e que esta «seja exequível»

■ Manuel Morato

«O pequeno consultório, a pequena zona de atendimento no domicílio do médico já está por natureza licenciado, só falta que o médico o registe na ERS», afirmou Álvaro Moreira da Silva, membro do Conselho Directivo da ERS.

Num debate promovido na Secção Regional do Norte (SRN) (Centro de Congressos) da Ordem dos Médicos (OM), pelo Conselho Regional do Norte (CRN) sobre licenciamento de clínicas e consultórios privados, realizado a 25 de Setembro, Moreira da Silva defendeu que o papel daquela entidade, enquanto reguladora, é o de «ajudar de forma pedagógica» e dar um tempo aos médicos para enfrentarem a nova lei: «Não há nenhum caso de encerramento de consultório por falta de regulamento interno e não haverá nenhum também por falta de uma placa a dizer o horário de atendimento, como não haverá encerramento ou coima por falta de sinalética».

Sem querer caricaturar, o dirigente da ERS revelou de resto que o «primeiro passo do licenciamento parece estar a correr demasiado bem» e lembrava ainda que «a fiscalização da ERS não é cega e também a própria aplicação da lei pode ser moldável».

Apesar de tranquilizarem alguns dos presentes, e a avaliar pelas palavras do presidente do CRN da OM e membro do Conselho Nacional Executivo (CNE), Miguel Guimarães, a SRN não se mostrou muito optimista no decorrer do debate, em que participaram como convidados representantes de entidades da administração de saúde, nomeadamente a ARS do Norte, representada pelo vice-presidente do seu Conselho Directivo, Rui Cernadas, além do já referido dirigente da ERS.

Não sendo na altura ainda conhecida a decisão do Ministério da Saúde de prorrogar o prazo de licenciamento das unidades (**ver caixa**), Miguel Guimarães aconselhou os médicos a não desistirem dos seus consultórios, e a «não iniciarem as obras de forma atabalhoada» — a assessora jurídica da OM, Inês Fohndela, aconselharia mesmo os presentes a não fazerem obras de adaptação, para já «fiquem quietos», disse —, sobretudo instalar elevador ou casa de banho para deficientes.

«O SNS está absolutamente fora desta legislação», protestou Miguel Guimarães, lembrando que serviços públicos e privados devem funcionar de forma semelhante»

Rui Cernadas quis deixar no ar «uma palavra de tranquilidade», como fez questão de referir, mas lembrou que este processo «não competiu, do ponto de vista legislativo, nem à ERS, nem às ARS».

Regras têm que ser iguais para públicos e privados

«Neste momento, o que a Ordem pretende é que a legislação seja adaptada à realidade, e isso resolverá a maior parte dos problemas», frisou Miguel Guimarães. A OM, de resto, entende que faz sentido existir regras para melhorar cuidados, mas «as regras têm que ser exequíveis» e, sobretudo, semelhantes às que se aplicam aos serviços públicos do SNS. «O SNS está absolutamente fora desta legislação», protestou Miguel Guimarães, lembrando que serviços públicos e privados devem funcionar de forma semelhante» no que respeita à qualidade. «Quando exigimos que os privados tenham qualidade», também devemos «exigir que os públicos a tenham».

Processo legislativo não passou pela ARS

Pela parte dos convidados, também Rui Cernadas quis deixar no ar «uma palavra de tranquilidade», como fez questão de referir, mas lembrou que este processo «não competiu, do ponto de vista legislativo, nem à ERS, nem às ARS». Mostrou-se contudo «desagradado» com o facto de e a OM não se ter pronunciado sobre o projecto que hoje é lei, de acordo com o que foi pedido, a seu tempo, pela ACSS (Administração Central dos Serviços de Saúde), entidade que agora está a mediar o diálogo com os médicos. «Em Setembro de 2011, o diploma legal foi promulgado e ainda não havia uma posição formal da Ordem dos Médicos...», lembrou.

«Haverá sempre consciência de distinguir o que é diferente»

Entretanto, Nuno Castro Marques, também membro da ERS, esclareceu algumas dúvidas, entre as quais a «confusão entre consultório e clínicas», que alegadamente advém do disposto na lei, lembrando que «naturalmente não são a mesma coisa» e que, pelo menos no que respeita à reguladora, «existirá sempre consciência de, ao aplicar as normas, de distinguir aquilo que é claramente diferente».

ERS já emitiu 1509 licenças num universo de 5 mil

Já quanto à presença do director clínico nas unidades, que também consta do articulado da lei, «a legislação dá uma resposta», pois «o que é preciso é garantir que as normas internas prevejam os seus substitutos», frisou Nuno Marques. Admitindo que há uma série de disposições que «devem ser mais bem exploradas», e muitos requisitos que «vão levar a uma avaliação caso a caso» para aplicação concreta da norma, o dirigente da ERS deixou uma nota positiva: até o fim de Setembro passado, a reguladora já tinha 1509 licenças emitidas, 600 processos de licenciamento só de clínicas e consultórios médicos já submetidos mas ainda não concluídos, e quase 300 unidades para validação.

«Num universo de cerca de 5 mil, isto significa que a parte das clínicas e consultórios médicos tem sido um sucesso e temos visto com muita boa vontade a adesão no processo de licenciamento», acrescentou Nuno Marques.

OM «completamente em desacordo»

Ainda assim, a OM está «completamente em desacordo com a legislação». Segundo Miguel Guimarães, a própria ACSS terá já admitido que «é preciso fazer uma revisão da lei» e o adiamento da aplicação das regras de licenciamento, o que já aconteceu em parte.

«Acredito que o ministro da Saúde repense esta matéria, pense quão importante é actividade da clínica privada, que é irreversível, e reformule esta lei», pois embora «existam algumas exigências de qualidade, têm que ser feitas com bom senso», sublinhou Miguel Guimarães.

Versão alargada em www.tempomedicina.com

«Não há nenhum caso de encerramento de consultório por falta de regulamento interno e não haverá nenhum também por falta de uma placa a dizer o horário de atendimento», afirmou **Álvaro Moreira da Silva**

Clínicas e consultórios têm mais um ano para se adequar à lei

O Ministério da Saúde prorrogou, entretanto, por mais 12 meses, o prazo para adequação das clínicas ou consultórios médicos ao regime de licenciamento. Segundo uma nota divulgada pelo ministério, datada de 25 de Setembro, tendo em conta as «dificuldades manifestadas por algumas unidades e estabelecimentos de saúde privados que prosseguem actividades de prevenção, diagnóstico, tratamento médico e reabilitação» em adequar as suas instalações a actividade aos requisitos exigidos pelo Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de Outubro e pela Portaria n.º 287/2012, de 20 de Setembro, no prazo estabelecido para o efeito (um ano a partir da data de publicação desta portaria, ou seja, 20 de Setembro de 2012) e face às alterações a introduzir no respectivo regime, vem o Ministério da Saúde informar da prorrogação do mesmo prazo por mais 12 meses.

DEBATE

Cuidados de Saúde Transfronteiriços

Maria de Belém e Álvaro Almeida foram os protagonistas de um debate sobre a aplicação em Portugal da directiva europeia para os Cuidados de Saúde Transfronteiriços, que teve lugar no passado dia 3 de Outubro. Ambos concordaram na melhoria de competitividade que a directiva pode introduzir nos vários sectores, no entanto, colocam algumas reservas em termos de acesso, de controlo da despesa e de organização interna. O antigo presidente da ERS disse mesmo que o SNS vai ter de definir uma "carteira de cuidados" para se perceber quais os tratamentos que o Estado português pode suportar.

Directiva europeia obriga a definir "carteira de cuidados" no SNS

nortemédico Texto **Nelson Soares** • Fotografia **Nuno Almeida**

O princípio da livre circulação de pessoas, bens e serviços no espaço comunitário europeu, concretizado pelo Tratado de Maastricht, abriu o caminho a que também ao nível da prestação de cuidados de saúde existisse "uma construção comum". Maria de Belém Roseira, antiga ministra da Saúde, sintetizou desta forma o caminho regulamentar e legislativo que conduziu à materialização da directiva dos cuidados transfronteiriços em 2009, cuja transposição Portugal terá de assegurar até 25 de Outubro.

No debate que teve lugar no dia 3 de Outubro, a actual presidente do Partido Socialista concordou com os princípios subjacentes à directiva europeia, mas deixou também algumas reservas. A primeira das quais relativamente à desigualdade no acesso a tratamentos no exterior. "Poderemos estar a agravar as assimetrias através da facilitação do trânsito de doenças, porque só poderá assegurar o transporte quem

tem mais recursos financeiros", esclareceu, referindo-se ao facto de a directiva não prever que os Estados de origem suportem os gastos de deslocação dos respectivos cidadãos que recorrerem a cuidados de saúde fora do país.

Para Maria de Belém "a aplicação desta directiva não deve resultar num incentivo ao tratamento fora do seu país de origem". Pelo contrário, deve "estabelecer regras para permitir acesso a cuidados de saúde de boa qualidade e assegurar a mobilidade dos pacientes, partilhar responsabilidades e limitar o reembolso das despesas".

Entre as várias limitações impostas pela directiva, a convidada referiu que o Estado português não pode reembolsar um doente que procure um tratamento noutro país que não esteja incluído no SNS. Além disso não está prevista a inclusão de tratamentos de longa duração, bem como a obtenção de visto ou título de residência e os países receptores podem adoptar um sistema de "gatekeeping" – triagem inicial – semelhante ao adoptado em Portugal com os médicos de família.

A ex-governante revelou algumas expectativas face aplicação deste normativo europeu e considerou "indispensável" que dele sejam "retirados os aspectos positivos" e "prevenidos os aspectos negativos". "Devemos garantir que a regulamentação desta directiva é positiva e devemos garantir também a inclusão dos nossos serviços de excelência no mapa europeu. A pior coisa é não defendermos aquilo que temos de bom", acrescentou.

"A APLICAÇÃO DESTA DIRECTIVA NÃO DEVE RESULTAR NUM INCENTIVO AO TRATAMENTO FORA DO SEU PAÍS DE ORIGEM"

MARIA DE BELÉM

Identificando os "fortíssimos interesses nesta matéria", Maria de Belém considera que é possível "compreendê-los" e torná-los favoráveis à realidade nacional. "Conjugando essa lucidez com as potencialidades que o nosso sistema de saúde tem, com a excelência dos nossos profissionais, com as redes de contacto, podemos garantir que aquilo que começou por ser um mero interesse económico se torne num sistema que concorra para um melhor sistema de saúde para os cidadãos europeus".

Álvaro Almeida lembrou que a jurisprudência dos tribunais europeus foi determinando a construção desta directiva que, segundo o próprio, "mais do que alargar para a saúde as liberdades, regulamenta as liberdades na área da saúde". O ex-presidente da ERS acrescentou também que a adopção dos Cuidados de Saúde Transfronteiriços não retira aos estados a responsabilidade de "definir o modelo de intervenção e de política e de organização do seu sistema de saúde". Apenas exclui três áreas de

"O reembolso só pode ser feito em cuidados que já são assegurados no estado de origem, o que obriga a que se definam quais os cuidados que são cobertos no Serviço Nacional de Saúde"

Álvaro Almeida

intervenção – cuidados continuados, transplantes de órgãos e vacinação – e obriga a que a directiva seja aplicada no sector público e no sector privado.

Este quadro implica, na opinião do professor da Faculdade de Economia da Universidade do Porto, dois desafios essenciais. O primeiro, ao nível da organização interna, determinando qual é a instituição que vai assumir-se como Ponto de Contacto Nacional e assegurar "todo o dever de informação" a que a directiva obriga. Na sua opinião, as três entidades que podem assumir esse papel – a ERS, a Direcção Geral de Saúde e a Administração Central do Sistema de Saúde – têm perfis diferentes e vão divergir no efeito final que vão produzir. O segundo desafio identificado por Álvaro Almeida centra-se na aplicação do princípio da "não discriminação de preço". Para o economista será necessário "harmonizar as tabelas", tanto no sector público como no sector privado, sendo que no primeiro caso essa tarefa já foi realizada.

O convidado somou, no entanto, outras variáveis ao desafio da não discriminação. A mais relevante tem a ver com o reembolso que o Estado português pode assegurar a um cidadão nacional que recorra a um serviço de saúde externo. "O reembolso só pode ser feito em cuidados que já são assegurados no estado de origem, o que obriga a que se definam quais os cuidados que são cobertos no Serviço Nacional de Saúde. O Governo tinha isso no programa, mas tal não foi feito", problematizou. Álvaro Almeida defendeu, por isso, "que seja definida uma carteira de cuidados". "Pode ser feita explicitamente ou ser feita implicitamente através do médico de família, competindo a este perceber se o cuidado é ou não assegurável", aprofundou.

O economista identificou também diversas ameaças ao nível dos cuidados transfronteiriços, destacando um potencial descontrolo da despesa. "O efeito imediato vai ser pequeno, mas a médio-longo prazo os riscos de descontrolo da despesa são grandes", considerou, acrescentando também uma possível "perda de competitividade e de procura pelos utentes em alguns serviços privados e públicos em Portugal". Do lado das oportunidades, Álvaro Almeida considerou que a directiva "vai tornar os prestadores mais eficientes". "Para isso é preciso um conjunto de condições: requisitos de avaliação de qualidade muito claros, informação actualizada aos utentes, coordenação com Espanha e a criação de um conjunto de condições como o aumento da liberdade de escolha e da concorrência".

Este debate serviu de abertura à Assembleia Geral da FEMS (Fédération Européenne des Médecins Salariés) que se realizou de 4 a 5 de Outubro no Porto. O presidente da FEMS, Enrico Reginato aproveitou a oportunidade para partilhar algumas das preocupações fundamentais da sua organização em matéria de emprego, condições laborais e demografia médica à escala europeia e fez um apelo final para que haja maior coesão entre profissionais dos diferentes países. ■

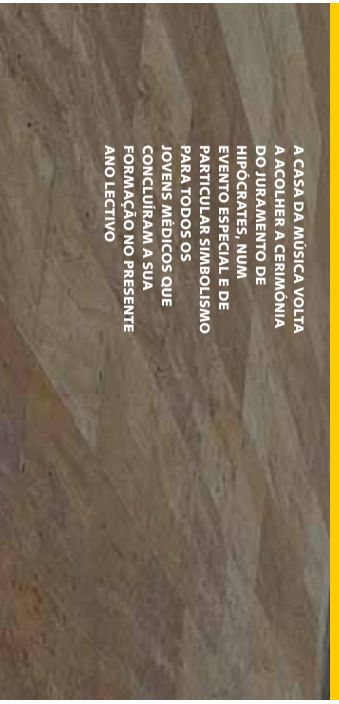
JURAMENTO DE HIPÓCRATES **2013**

O THEATRO CIRCO DE BRAGA ACOLHE PELA PRIMEIRA VEZ A CERIMÓNIA DO JURAMENTO DE HIPÓCRATES, UM EVENTO ESPECIALMENTE DEDICADO AOS MÉDICOS FORMADOS NA ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO MINHO

BRAGA

THEATRO CIRCO

24 NOVEMBRO
15h00



A CASA DA MÚSICA VOLTA A ACOLHER A CERIMÓNIA DO JURAMENTO DE HIPÓCRATES, NUM EVENTO ESPECIAL E DE PARTICULAR SIMBOLISMO PARA TODOS OS JOVENS MÉDICOS QUE CONCLUIRAM A SUA FORMAÇÃO NO PRESENTE ANO LECTIVO

PORTO

CASA DA MÚSICA

1 DEZEMBRO
21h00

ORDEM DOS MÉDICOS
SECÇÃO REGIONAL DO NORTE

IX MEDSCOOP debateu o presente e o futuro da Saúde em Portugal

SUSTENTABILIDADE É A PALAVRA-CHAVE DA REFORMA

"A Saúde em 30 anos: Saúde no presente e no futuro – fazer mais com menos" foi o tema da II Sessão Plenária do IX Medscoop, um evento organizado pela Associação Nacional de Estudantes de Medicina (ANEM) que decorreu nos dias 4, 5 e 6 de Outubro em Ofir, Esposende. Numa mesa de debate que contou com a presença do presidente do CRNOM, Miguel Guimarães, foram apontados caminhos para uma reforma global do sistema de saúde português e foi sublinhada a importância de assegurar a sustentabilidade do sector público.

nortemédico Texto **Nelson Soares** › Fotografia **Digireport**

Em dia de aniversário, António Ferreira não resistiu ao convite da ANEM para, uma vez mais, fazer um diagnóstico contundente da Saúde em Portugal. O administrador do Centro Hospitalar de São João apontou várias estatísticas – com destaque para os 130% de dívida pública – para chegar a uma conclusão genérica: "O Estado está falido". Por consequência, acrescentou, "a dívida da saúde está comprometida e invariavelmente não vai haver mais dinheiro para o Serviço Nacional de Saúde".

Apesar deste quadro, continua a haver desigualdades no tratamento da despesa de Saúde que são incompreensíveis para o responsável. "Há um país no Vale do Tejo e outro acima do Rio Douro. No Porto, a despesa *per capita* em Saúde é inferior a Lisboa em todos os parâmetros, mas é aqui que estão os melhores resultados, que há mais consultas e mais cirurgias por sala e por bloco", reforçou António Ferreira, que colocou uma questão essencial: "Como é que damos valor ao dinheiro que temos disponível?". Para o administrador é essencial perceber qual é o valor do investimento realizado e qual o impacto que este tem na melhoria da saúde e do bem-estar da população. "Não podemos aceitar que se continue a gastar mais dinheiro para obter os mesmos resultados", justificou.

António Ferreira defende, neste sentido, um modelo de aplicação criteriosa do investimento público – "Value for the money" – que teria diferentes implicações: "dotar os hospitais de instrumentos de gestão adequados; encerrar serviços ineficientes; combater a selecção adversa de clientes e pôr as unidades públicas a competir directamente com as unidades privadas". Sobre este último aspecto, o gestor criticou "a comunicação social paga para fazer opinião" e assumiu que "nos dados disponíveis, nada nos indica que os privados façam melhor gestão do que os hospitais públicos".

ENDOGAMIA REINANTE

O Estado tarda em avançar com uma reforma estrutural do sector da Saúde e o administrador do São João entende que tal se deve à designada "endogamia reinante", onde se movimentam os diferentes grupos de interesse. António Ferreira destaca, sob este ponto de vista, os subsistemas públicos de Saúde e a ADSE, em sentido particular, que beneficiam o sector privado. "Cada beneficiário desconta, em média, 276 euros. As receitas dos contribuintes só pagam 42% da despesa, tudo o resto é pago através de transferências indirectas do Orçamento do Estado. Para ser sustentável, cada beneficiário teria de suportar 445 euros por ano o que quer dizer que a ADSE está falida e só não é considerada como tal porque ninguém tem coragem para o fazer" afirmou. O

"Se todos os hospitais fossem geridos como o São João, o Estado poupava cerca de 750 milhões de euros"

responsável defende por isso "a extinção dos subsistemas". "Temos de reformar o SNS, transformando-o no único prestador de serviço público", concretizou, acrescentando medidas que possam contribuir para a sua sustentabilidade como a introdução de "reformas significativas na rede hospitalar, com extinção de hospitais", a retirada dos hospitais da "tutela corrupta do Tribunal de Contas" – "quem age com dolo vai para olho da rua e quem gere bem é premiado", defendeu – bem como a adopção de modelos de gestão privada.

CIDADÃO NO CENTRO DO SISTEMA

A gestão do Centro Hospitalar de São João foi o ponto de partida da reflexão de Miguel Guimarães. Para o presidente do Conselho Regional, o maior hospital do Norte apresenta "resultados extraordinários" e deveria ser um exemplo para outros hospitais gerarem poupanças equivalentes: "Se todos fossem geridos como o São João, o Estado poupava cerca de 750 milhões de euros por ano. O problema é que este benchmarking nunca é feito".

Após mostrar um vídeo produzido pelo Ministério da Saúde a propósito dos 30 anos do SNS [comemorados em 2009], Miguel Guimarães lembrou que a questão da sustentabilidade "não é tão antiga quanto parece" e está directamente associada ao momento económico que o país atravessa. Para o dirigente, há três áreas de intervenção prioritárias nesta matéria. A primeira passa por "centrar o sistema no cidadão", prestando-lhe todas informações sobre a "complexidade e o valor dos actos médicos praticados, os resultados clínicos, as complicações e os eventos adversos". Num segundo nível será necessário "reorganizar o trabalho e melhorar a performance individual e colectiva dos profissionais". Por fim, identificou, é importante "alterar a política de financiamento", sendo que o financiamento "per capita" tem que ser igual em todo o país.

EXEMPLO DAS USF

O líder da ARS Norte, Castanheira Nunes, expôs as principais mudanças realizadas na rede de cuidados de saúde da região, com destaque para as USF que "já prestam cuidados a 61,5% dos utentes inscritos". "A sua consolidação é um objectivo pelo qual nos temos batido com determinação. São difíceis de criar, são mais caras, mas os ganhos são muito vantajosos", considerou o dirigente.

No futuro próximo, Castanheira Nunes aponta como grande prioridade a concretização da reforma dos cuidados continuados e o aproveitamento das duas mil camas existentes na ARS Norte. "O custo médio por doente numa cama de cuidados continuados ronda os 82 euros, enquanto o custo médio numa cama hospitalar é de 403. Por aqui se percebe qual é o caminho que temos de seguir", exemplificou o convidado, que defendeu, por fim, uma progressão na estratégia da sustentabilidade de forma a que "a tempestade amainasse". ■

REUNIÃO GERAL DOS
COLÉGIOS DE ESPECIALIDADE

PRIORIDADE À ADEQUAÇÃO DAS CAPACIDADES FORMATIVAS

A SRNOM acolheu o plenário dos Colégios de Especialidade da Ordem dos Médicos no dia 26 de Setembro e a discussão centrou-se na qualidade da formação médica pós-graduada. Os dirigentes presentes manifestaram uma preocupação quase consensual nesta matéria, alertando para a necessidade de ter bem definidas as características para a idoneidade dos serviços e as suas capacidades formativas face ao grande crescimento do número de candidatos ao internato médico da especialidade.

nortemédico Texto **Nelson Soares** › Fotografia **Nuno Almeida**

A ordem de trabalhos apresentava seis pontos de discussão, no entanto, o debate da Reunião Geral dos Colégios de Especialidade centrou-se quase exclusivamente na formação médica pós-graduada e na atribuição das idoneidades. José Manuel Silva deu o primeiro sinal de preocupação nesta matéria ao apontar a necessidade que a Ordem dos Médicos (OM) terá de "estabelecer prioridades" face às "várias guerras" em que está inserida. Neste momento, destacou o bastonário, a prioridade é resolver o problema que resulta do excesso de candidatos ao internato médico de especialidade. "Pela primeira vez não vamos ter capacidades formativas para incluir toda a gente", adiantou.

Um dos membros do colégio de Otorrinolaringologia considerou urgente "formar de acordo com as necessidades" e anunciou que está a ser feito um levantamento por parte da direcção do colégio para que se perceba a real dimensão do problema. "Tem de se considerar as necessidades a médio e longo prazo em todas as especialidades. Para formar médicos temos de lhes dar a esperança de exercer a profissão com dignidade".

Paulo Lemos, do colégio de Anestesia, acusou os hospitais de "identificaram as capacidades formativas de forma umbilical, sem terem em conta a realidade do país", o que leva a que mais de 40 hospitais não tenham noção da sua real capacidade para absorver internos. Por parte do colégio de Medicina Geral e Familiar, Silva Henriques denunciou

a "grande pressão para abrir mais vagas nos internatos", considerando, no entanto, que já foi "atingido o limite nos diferentes estágios hospitalares". "Abrir mais vagas significa que vamos ter uma formação deficiente", considerou o dirigente, que aproveitou também para alertar para o problema dos médicos indiferenciados e para a necessidade de "assumir uma posição forte" sobre esta matéria. Pedro Coito, presidente do Colégio de Cirurgia Geral, denunciou a falta de qualidade já existente em algumas idoneidades formativas na sua especialidade. "Se fossemos rigorosos, em vez das 47 ou 48 vagas, se calhar tínhamos metade. Nas condições actuais não podemos assegurar uma formação com qualidade e esta deve ser uma luta intransigente".

O presidente do Conselho Regional do Norte reforçou a posição da OM sobre esta matéria, criticando duramente o facto de não ser possível fazer equivaler as capacidades formativas para formação de especialistas ao crescente volume de médicos que saem da faculdade. "Não faz sentido que um aluno faça o curso, frequente o Internato do Ano Comum e depois não possa fazer uma formação especializada. É um contra-senso", acrescentou Miguel Guimarães.

No mesmo registo, o bastonário recordou as conclusões do recente estudo de demografia médica realizado pela Universidade de Coimbra (UC) para a OM: "o que o estudo nos diz é que temos de cortar 500 vagas ao actual *numerus clausus* e limitá-lo a 1200 para suprir as necessidades do país, já com a folga suficiente para evitar a falta de médicos e de especialistas". José Manuel Silva acrescentou ainda que a possibilidade de haver nove mil médicos desempregados em 2025 – também ela identificada no estudo da UC – "seria algo catastrófico para todos, incluindo para os doentes". Os presidentes dos Conselhos Regionais do Centro, Fernando Gomes, e do Sul, Pereira Coelho, também se mostraram apreensivos face a esta realidade emergente e questionaram o destino a dar aos colegas que não vão conseguir entrar em qualquer especialidade.

Nesta Reunião dos Colégios foram debatidos outros dois assuntos que têm vindo a agitar os internatos médicos.

Primeiro foi debatida a situação dos médicos internos que frequentam o último ano da formação específica e cujo serviço teve perda de idoneidade formativa. Neste sentido, foi deliberado que todos os internos que se encontrem nestas circunstâncias "não serão reafectados a outro serviço e mantêm o seu tutor até ao final da sua formação específica sem qualquer prejuízo na sua avaliação pelo júri de exame". Ainda sobre esta matéria, concluiu-se que será o Conselho Nacional Executivo (CNE) a decidir sobre as situações de excepção.

O segundo tema decorre dos casos recentemente tornados públicos de médicos nomeados para chefia de serviço que não tinham a categoria de assistente graduado sénior.

Dado que o n.º 1 do artigo 23º do DL 177/2009 e o n.º 1 do artigo 17.º-A do DL 176/2009 (aditado pelo DL 266-D/2012), referem expressamente que "os trabalhadores integrados na carreira médica podem exercer funções de direcção, chefia, ou coordenação de departamentos, serviços ou unidades funcionais do Serviço Nacional de Saúde, desde que sejam titulares das categorias de assistente graduado sénior ou, em casos devidamente fundamentados, de assistente graduado", tornou-se necessário avaliar as fundamentações previstas na lei para os casos de excepção em que um médico com a categoria de assistente graduado pode assumir cargos de direcção. Nesse sentido e após debate por toda a assembleia e por se considerar que a avaliação da fundamentação ultrapassaria o âmbito da atribuição de idoneidade aos serviços pelos colégios e poderia envolver um enquadramento político, foi decidido que deveriam ser as secções regionais (conselhos regionais) a avaliar e a dirimir sobre estas situações de excepção. ■

3.ª EDIÇÃO DO EVENTO DA AJUDARIS

Equipadas e preparadas para "Pedalar e Caminhar por Afetos", 400 pessoas responderam à chamada da Ajudaris na manhã de 22 de Setembro e apresentaram-se nos jardins do Palácio de Cristal para a terceira edição deste evento. A Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos voltou a apoiar esta iniciativa.

Pedalar e caminhar por afectos

nortemédico Texto **Nuno Oliveira** • Fotografia **Jorge Faustino**

A manhã soalheira de domingo ajudou a que o 3.º Passeio "Pedalar e Caminhar por Afetos", organizado pela Ajudaris, se tornasse numa grande mancha de solidariedade. Mais de 400 participantes deram uma cor e uma intensidade especial a uma iniciativa que se destina à angariação de fundos para a ainda jovem organização social da cidade do Porto.

O evento contou com o apoio de grandes figuras desportivas nacionais, como o recém-campeão mundial de ciclismo Rui Costa e a atleta de fundo Jéssica Augusto, e com a parceria de diversas instituições, com destaque para a Câmara Municipal do Porto e para a Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos (SRNOM). António Rui Barbosa, representante do Conselho Regional, mostrou-se perfeitamente identificado com o espírito da iniciativa: "Além da Medicina, o Desporto sempre fez parte da minha vida e é por isso com grande satisfação que aqui estou". Para o dirigente "faz todo o sentido" que a Ordem dos Médicos se associe a este tipo de iniciativas, dados os objectivos que lhes estão inerentes. "Este apelo a que as pessoas tenham hábitos de vida mais saudáveis e que sejam mais solidárias entre si é, em parte, aquilo que procuramos fazer no dia-a-dia da nossa profissão", considerou.

Responsável pela Ajudaris, Rosa Vilas Boas fez uma avaliação positiva das caminhadas anteriores e enalteceu a grande participação que se tem registado. "As pessoas continuam a ser muito solidárias e aproveitam este tipo de acontecimentos para estar umas com as outras. É uma satisfação ver este convívio, esta alegria contagiante. A Ajudaris tem aqui a sua família reunida, todos juntos por uma causa", sublinhou.

Rosa Vilas Boas lembrou que a sua instituição não tem qualquer comparticipação e, portanto, "está sempre em crise". Apesar de tudo, a directora da Ajudaris vê nesse facto um dado positivo e quer que a associação seja auto-sustentável. "Nós sobrevivemos à custa das iniciativas que vamos realizando e isso é que nos dá algum fôlego. O futuro está nas mãos da minha equipa, do voluntariado e não está no Estado ou em algum subsídio. Como dependemos apenas do nosso trabalho, nem que tenhamos de trabalhar o dobro haveremos de conseguir que a instituição continue a cumprir a sua missão". ■

3.º PASSEIO MEDMOTARD

Por terras do Vale do Lima

Nos dias 21 e 22 de Setembro, 33 sócios do Clube MedMotard juntaram-se para mais um evento, o terceiro passeio MedMotard. Desta vez, o destino foi a região do Vale do Lima. Uma vez mais, o ponto de partida foi a Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, no Porto, com a comitiva a seguir viagem até à vila mais antiga de Portugal, Ponte de Lima.

nortemédico Texto **Nelson Soares** › Fotografia **Jorge Faustino**

A primeira paragem foi o Paço de Calheiros, uma das mais representativas casas nobres do Minho e um dos mais importantes exemplares setecentistas da arquitectura civil portuguesa. De acordo com o organizador desta viagem, Rui Rodrigues, o local permitiu "disfrutar de uma bela paisagem arquitetónica e de uma degustação de produtos típicos da região".

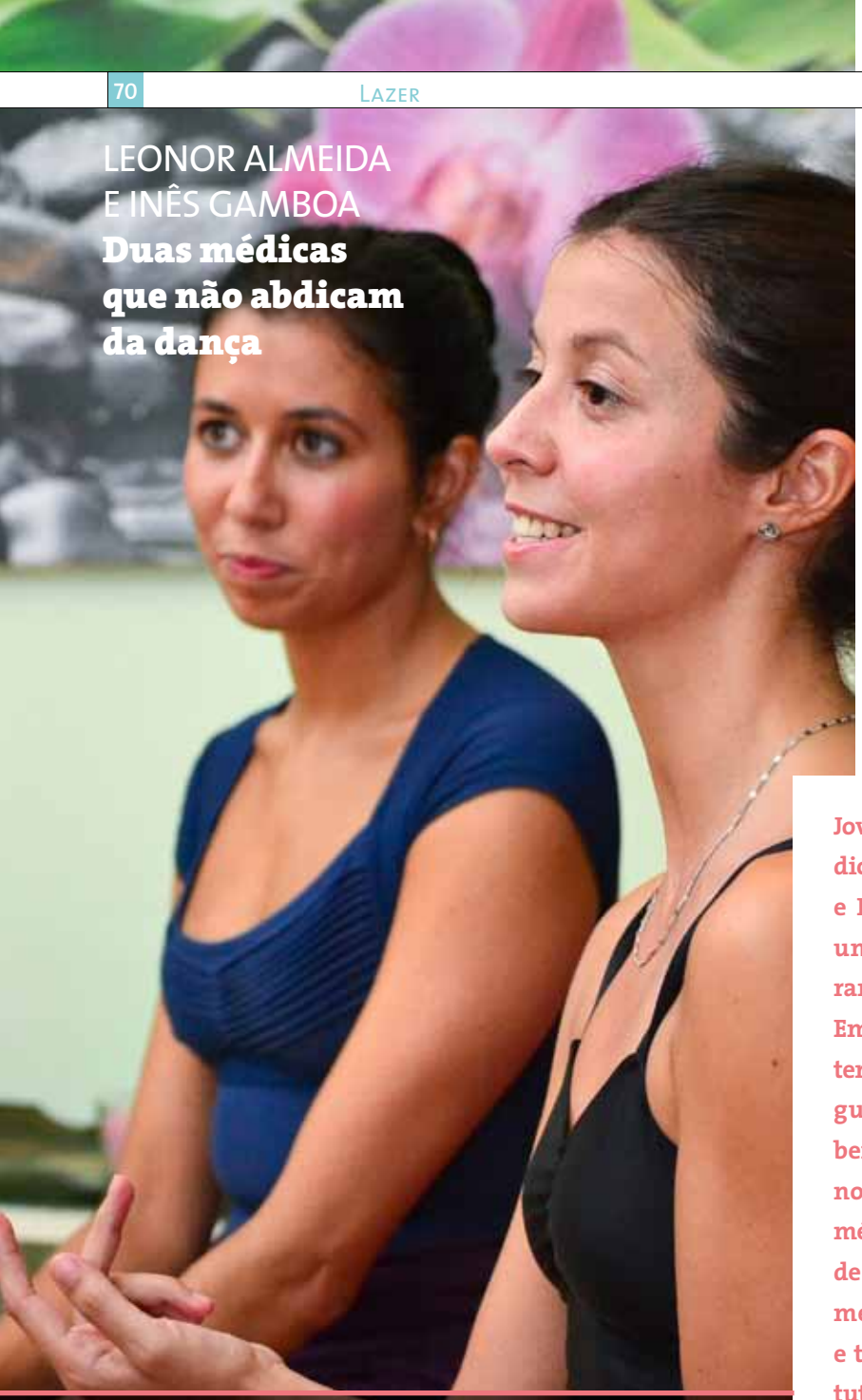
Bafejados "por um clima perfeito para as duas rodas", como descreveu o responsável pelo Medmotard, o grupo teve oportunidade de conhecer locais mais recônditos da região, com destaque para a Aldeia de Sistelo, uma povoação de origens remotas no concelho de Arcos de Valdevez, e a Vila do Soajo, onde visitaram os célebres espigueiros erguidos na laje granítica.

PRÓXIMA PARAGEM: LAMEGO

O trajecto contemplou ainda a visita ao centro de Arcos de Valdevez e os concelhos de Paredes de Coura, Monção, Ponte da Barca e Melgaço. No segundo dia, a comitiva deslocou-se ao Palácio da Brejoeira, um dos principais símbolos da região e uma referência incontornável na rota dos Vinhos Verdes da casta Alvarinho.

Rui Rodrigues congratulou-se com o sucesso desta terceira iniciativa do Clube MedMotard e considerou que "ficou novamente marcada pelo excelente ambiente de camaradagem e companheirismo". O organizador pretende agora voltar a reunir o grupo em breve para aquele que, anuncia, será "o 1.º Encontro MedMotard". "Já temos o destino escolhido, Lamego, mas a data ainda não está fechada. O conceito também será um pouco diferente: não nos vamos deslocar pela região, ficaremos concentrados na cidade escolhida", esclarece Rui Rodrigues.

CLUBE MEDMOTARD
Página: http://medmotard.wix.com/cmm
Email: medmotard@gmail.com
Telemóvel: 968094625 / 964668669
Morada: Rua Trindade Coelho 148 1.2; 4425-411 Águas Santas, Maia



LEONOR ALMEIDA
E INÊS GAMBOA
Duas médicas que não abdicam da dança

BALLET
Contrariar a ditadura do BI

Texto **Nelson Soares** · Fotografia **Nuno Almeida**

Jovens iniciadas na Medicina, Leonor Almeida e Inês Gamboa são já uma espécie de veteranas no ballet clássico. Em condições normais teriam sacrificado a segunda actividade em benefício da primeira, no entanto, as jovens médicas fazem questão de contrariar semanalmente a normalidade e trocarem a bata pelo tutu. As duas levaram-nos numa viagem diferente ao mundo da dança.

A ideia que a dança é uma actividade ao alcance de todos não é inteiramente pacífica quando falamos de ballet clássico. A exigência física, a disciplina e as intermináveis horas de exercício necessárias ao aperfeiçoamento técnico encravam com o avançar da idade e dos afazeres pessoais e profissionais. Tudo se torna mais difícil de conciliar quando as exigências aumentam e, por consequência, o "prazo de validade" expira mais cedo do que é habitual noutros domínios.

A verdade feita aplica-se à maior parte dos praticantes. Mas não a todos. Inês Gamboa e Leonor Almeida são médicas internas e teimam em não desistir do desporto que começaram a praticar aos quatro anos de idade. "Sempre pensei que ia abandonar quando começasse a trabalhar, que não ia ter tempo e que não ia conseguir aguentar o ritmo", diz Inês, que se surpreendeu a si própria e conquistou o tempo necessário para conciliar o internato no Hospital Pedro Hispano com ballet "pelo menos duas vez por semana" no Espaço Dança, no Porto, em conjunto com a colega Leonor. A provar que a idade conta por estes lados, as médicas são as mais velhas do grupo… apesar dos verdes 26 anos de ambas. "Não deixa de ser engraçado termos esta idade e virmos fazer aulas com miúdas de 15 anos. Há um "gap" de cinco anos, pelo menos, entre nós e os restantes elementos", conta Leonor. "A maior parte das meninas acabam por se desinteressar, porque o crescimento implica uma disciplina, começam a ter que estudar, conjugar os horários, e é uma idade em que surgem 'n' interesses. A partir do momento em que se entra para a faculdade é que é mesmo incomum continuar", acrescenta. A colega concorda e diz mesmo que "a maior parte das bailarinas que se mantêm em actividade com a nossa idade são profissionais, porque fazê-lo apenas como hobby é muito exigente".

GINÁSIO É "POUQUINHO"

No ballet, explicam-nos, a consistência do exercício é mandatória e sempre que estão algum tempo sem praticar o corpo ressente-se de forma violenta. "Se fizermos uma aula apenas de longe a longe torna-se mais agressivo, porque os músculos não trabalham. Uma aula é muito intensa e os exercícios são muito cardiovasculares", exemplifica Leonor, que percebe

Leonor e Inês participaram como bailarinas solistas no último concurso de dança no Porto, o SIB (Semana Internacional do Bailado), onde obtiveram excelentes resultados.

o porquê de muitas amigas se sentirem defraudadas com o recurso ao ginásio para manter a forma física depois de deixarem a dança: "Não se sentem nada preenchidas porque nós habituamo-nos a ter uma exigência e um rigor físico que depois aquilo parece-nos pouquinho. Nada contra, mas da experiência que tenho de alguns meses de ginásio, achei que aquilo era desprovido de sentido". "O ballet tem o objectivo de parecer fácil e elegante. Mas só parece, porque a exigência é brutal", confessa Inês Gamboa. Em matéria de exercício, a idade e tudo o que ela significa de experiência acumulada é um posto. Com ela, conta-nos Leonor Almeida, vem a capacidade de perceber a resposta do corpo às solicitações constantes: "Apesar de recuperarmos das lesões com mais dificuldade, de custar muito mais a atingir a forma física depois das férias, somos mais conscienciosas do nosso corpo. Os grandes bailarinos dizem que os melhores anos para dançar são os primeiros depois dos 30, porque ainda há força,

forma física e estamos no auge da nossa maturidade artística. Não temos a mesma genica e flexibilidade, mas fazemos as coisas de forma diferente". Apesar de ser uma componente importante, o exercício físico é apenas uma parte menor do ballet enquanto linguagem e conceito. O seu lado estético e plástico é aquele que é mais valorizado pelos praticantes enquanto produto final do seu trabalho. "O que o ballet me transmite é emoção. Gosto muito do seu lado teatral, de interpretar diferentes expressões. Num momento estar mais feliz, noutro poder ter uma expressão mais melancólica. Isso preenche-me muito mais do que o lado físico, que tem mais a ver com a adrenalina forte que se sente", explica Inês Gamboa.

INÍCIO PRECOCE

Enquanto bailarinas, mas também na qualidade de clínicas, Inês e Leonor recomendam vivamente a opção pela dança e, de preferência, que ela se comece a praticar o quanto antes. "Há muita gente com 15 e 16 anos a tentar iniciar, mas é muito difícil. Nessa altura, é difícil encontrar a postura correcta, a noção de equilíbrio, de força muscular e a elasticidade", observa Inês Gamboa, que recusa ainda o cliché da monotonia – "Estamos sempre a fazer coisas diferentes, desde a dança clássica, contemporânea, ao jazz" – e aconselha a sua escola como uma boa opção: "A professora e directora da escola, Sofia Marques dos Santos é muito empreendedora e promove idas frequentes a competições nacionais e internacionais, o que possibilita um contacto muito interessante com outros bailarinos e outras realidades. É um estímulo muito importante".

Leonor Almeida concorda com a precocidade, mas deixa a sugestão de que o ballet ultrapasse fronteira da idade e seja uma prática capaz de contrariar a ditadura do B.I. "O conceito de aulas para adultos é uma coisa que está a nascer. Só quem faz ballet é que entende que há exercícios extremamente benéficos para a saúde e para o físico em geral", sugere a jovem médica que tem numa antiga professora o exemplo de longevidade que procura: "Aos 60 anos faz uma barra por dia". ■

EXPOSIÇÕES DE PINTURA

«Mulheres 1»
por Ana Silva Pedro

«Perto dos Silêncios»
por Luís Rebelo

Fora da tela fazem um harmonioso casal. Na pintura "casam" menos, ainda que tenham a origem e a idiossincrasia angolana em comum. Ana Silva Pedro e Luís Rebelo abriram as exposições do trimestre com um conjunto muito interessante de trabalhos, que esteve presente nos corredores da Casa do Médico de 6 a 20 de Setembro.

nortemédico Texto **Nelson Soares** › Fotografia **Vitor Silva**

Ana Silva Pedro escolheu o rosto feminino como objecto da sua exposição. "Mulheres 1" foi o resultado de uma inspiração momentânea que a autora decidiu explorar e apresentar como um conjunto de trabalhos mais uniforme: "Comecei por pintar um rosto com esta cor e estas feições. Gostei francamente do resultado e achei que seria interessante aprofundar esta mensagem. Esta exposição caba por ser o resultado dessa ideia".

As cores quentes e saturadas, a par das expressões e formas faciais, denunciavam uma certa aproximação à estética de sabor africano. De imediato, Ana Silva Pedro confirmou: "Sim, sou angolana, tal como o meu marido e por isso esta exuberância na cor", acrescentando ser esse "praticamente o único ponto de contacto" entra a obra de ambos.

A pintora inscreve o seu trabalho num universo próximo ao fauvismo, a linguagem das cores vibrantes e espontâneas. "Aprecio muito o expressionismo também, mas o principal factor que distingue o meu trabalho é na técnica. Uso a espátula em vez do pincel, o que dá uma textura menos lisa do que o habitual".

NOCTURNOS

Luís Rebelo, marido de Ana, revelou uma pintura a meio caminho entre o expressionismo e o impressionismo na exposição a que deu o título de "Perto dos Silêncios". Cardiologista com carreira integralmente feita nos Hospitais Universitários de Coimbra, Rebelo pinta com regularidade há mais de duas décadas e já participou em cerca de 60 exposições colectivas e mais de uma dezena de exposições individuais.

A cidade de Coimbra é uma das suas grandes inspirações, com vultos de capas pretas transladados para a tela. O pintor não esconde a inclinação pela cidade dos estudantes, mas o que diz apreciar verdadeiramente é pintar pessoas. "Não sou muito de definir a minha pintura por temas, o que eu pinto é gente. Uma tela sem gente não transmite nada, é um objecto frio e impessoal", assume. Luís Rebelo acrescenta estar "na fase da noite" e será nesta fase nocturna que enfrenta o desafio de retratar a figura de Francisco de Assis para uma exposição no Vaticano. ■

CEM FOTOGRAFIAS DE PORTUGAL HÁ CEM ANOS

Espólio do médico Jorge Marçal da Silva

Cem fotografias de Portugal há cem anos. Realidades, Vidas, Costumes, Luzes e Sombras apresentou o espólio fotográfico do médico Jorge Marçal da Silva, reunido pelo seu neto Manuel Mendes Silva. A exposição, que decorreu na SRNOM de 13 a 29 de Setembro, constitui um importante retrato do nosso país no primeiro quartel do século XX.

Manuel Mendes Silva sempre achou que o vasto património fotográfico do seu avô, Jorge Marçal da Silva, deveria ser partilhado. Entre os dois mil negativos que estão dispersos pela família, conseguiu reunir 200 e destes selecionou 100 para mostrar um país que já não existe, numa exposição que, após uma primeira exibição em Lisboa, trouxe à Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos.

nortemédico · Texto **Nelson Soares** · Fotografia **Nuno Almeida**

"O meu avô era um conceituado cirurgião em Lisboa na sua época [ver caixa] e era, simultaneamente, um melómano, frequentador do Teatro São Carlos e que se dedicava à fotografia de forma puramente amadora", explicou o também médico e presidente do Conselho Disciplinar da Secção Regional do Sul. As "viagens constantes", incluindo ao Norte onde tinha familiares nas Taipas, permitiram a Marçal da Silva registar diferentes realidades e constituir "um património muito valioso", segundo o seu neto. "Valioso do ponto de vista artístico e documental, mas também do ponto de vista técnico. É um trabalho tecnicamente muito evoluído para a época e com uma qualidade rara", acrescenta.

"Cem fotografias de Portugal há cem anos" recorda o país das lavadeiras, dos ofícios, das estradas de terra, da ruralidade mais primitiva. Testemunham "uma época, um país muito diferente nas suas diversas realidades e contrastes", segundo o promotor da exposição.

Manuel Mendes Silva prepara-se agora para aproveitar este espólio e reuni-lo num livro, com título semelhante ao da exposição. "Será muito semelhante e terá um valor histórico muito significativo. Vou lançá-lo no âmbito das comemorações dos 75 anos da Ordem dos Médicos, em meados de Novembro, e terei oportunidade de o apresentar aqui no Porto", revelou. ■

bio

Jorge Marçal da Silva nasceu em Lisboa em 1878 e morreu em 1929, com 51 anos incompletos. Licenciou-se em Medicina pela Universidade de Lisboa e dedicou-se à Cirurgia sendo considerado um excelente médico e um habilíssimo cirurgião. Trabalhou no Hospital de S. José e depois no Hospital de D. Estefânea em Ginecologia/Obstetrícia. Foi Cirurgião do Exército na 1.ª Grande Guerra, tendo trabalhado no Hospital Militar da Estrela de 1916 a 1919. ■

ROBERTO CHICHORRO

EXPOSIÇÃO DE PINTURA

De 4 a 25 de Outubro, a Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos acolheu a obra de Roberto Chichorro. O pintor moçambicano trouxe uma explosão de cores quentes e de formas imperfeitas, numa projecção das suas vivências e cruzamentos multiculturais.

nortemédico Texto **Nelson Soares** › Fotografia **Nuno Almeida**

Ensaio sobre a timidez

Roberto Chichorro esteve, pela primeira vez, na galeria da SRNOM com um apreciável conjunto de trabalhos que sintetizam os motivos da sua obra. "A minha pintura é uma forma de conversar e de dizer as coisas. Reflecte todo um crescimento, tudo aquilo que enfrentei no mundo, todas as minhas vivências", resume o autor, que recorda a importância que a timidez teve no seu crescimento artístico: "Era uma criança muito tímida – continuo a ser tímido – e a minha forma de comunicar sempre foi através do desenho".

Nascido e criado em Lourenço Marques, Chichorro quis ser pintor, arquitecto ou médico psiquiatra. Acabou por fazer carreira profissional a fazer desenho técnico para arquitectos e só mais tarde é que a pintura levou a melhor, quando chegou a Madrid com uma bolsa de estudo debaixo do braço. Portugal chegou mais tarde e, uma vez mais, de passagem. "Vinha para dois ou três anos e fiquei até hoje", contou.

Instado a comentar o seu próprio trabalho, o autor não se constringe a nenhum género ou estilo específicos. "Para mim, a arte é comunicação, é contar histórias e falar das pessoas. É isso que continuo a fazer. Não tenho nada contra a pintura abstracta, mas sou incapaz de a fazer, porque acho que há sempre alguma coisa do homem para explorar: a tristeza, a alegria, o sonho, etc.", observa. A relação com a cor é uma das marcas distintivas de Roberto Chichorro, explicada pelo próprio como um factor intrínseco. "Faz parte de mim, daquilo que quero dizer, da profundidade que eu sinto e que quero dar às coisas. Desenho muitas vezes sem cor, mas pintar nunca".

Há quase 30 anos a viver no nosso país, o pintor entende que não é apenas o lado exótico da arte africana que chama a atenção do público português para os autores das antigas colónias. Chichorro entende que já existe uma apreciação madura dos seus trabalhos e que "há muita gente que entende a linguagem e a profundidade do que se pretende transmitir". "Não é só o rótulo africano que vende", conclui.

bio

Roberto Chichorro nasceu em 1941 em Lourenço Marques (Maputo). Dedicou-se desde cedo à pintura, onde expressa recordações, costumes e vivências arrancadas pelas raízes, numa paleta muito colorida e de referência "chagalliana". Trabalhou como desenhador de publicidade e arquitectura, e como decorador de pavilhões para feiras internacionais em Moçambique. Fez cenografias para espectáculos e ilustrou vários livros. De 1982/85 foi bolseiro do Governo Espanhol, em Madrid, para cerâmica (Taller Azul) e zincogravura (Óscar Manezzi). Em 1986 foi bolseiro do Governo Português, vivendo em Portugal desde essa data e dedicando-se exclusivamente à pintura. ■

CINEMA ATÉ NOVEMBRO

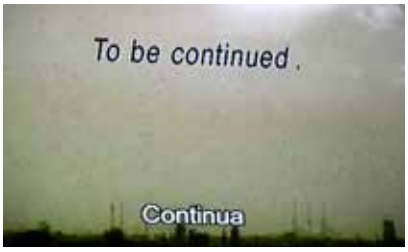
4.º CICLO DE CINEMA «COM O AMOR ÀS VOLTAS PELO OUTONO FORA»

A reentré da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos ficou, uma vez mais, marcada pela organização do Ciclo de Cinema. Nesta quarta edição, que decorre de 19 de Setembro a 29 de Novembro, o tema é "Com o amor às voltas pelo Outono fora". A proposta, segundo a organização, é contar histórias "onde o amor é a personagem principal".

nortemédico Texto **Nelson Soares** › Fotografia **Nuno Almeida**

A primeira sessão deste 4.º Ciclo de Cinema da SRNOM trouxe muitas dezenas de pessoas ao auditório do Centro de Cultura e Congressos para assistir ao clássico de Luchino Visconti, "Morte a Venezia". No dia 27 de Setembro foi exibido o filme "Days of Heaven", a primeira grande obra-prima do realizador norte-americano Terrence Malick. A 10 de Outubro a proposta passou pelo clássico de Wim Wenders, "Der Himmel Über Berlin" ["As Asas do Desejo" em português].

Já com um terço do programa concluído, este 4.º Ciclo de Cinema da SRNOM – "Com o amor às voltas pelo Outono fora" tem merecido uma forte receptividade por parte do público, com dezenas de espectadores por sessão. "Apraz-me registar que os filmes têm tido uma adesão superior aos ciclos anteriores, talvez porque temos tido um Outono com uma temperatura muito agradável", observa o responsável pela programação do evento, António Vieira Lopes. O organizador justifica a qualidade como critério fundamental na escolha dos filmes

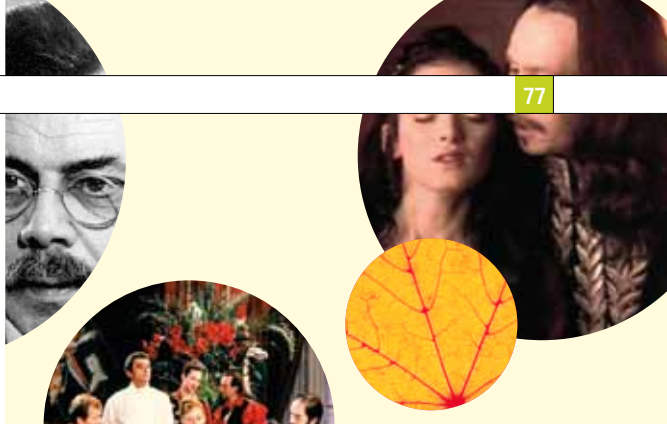


e entende que "por estarem fora do circuito comercial merecem ser revistos". "A nossa intenção é sempre apresentar filmes que sejam uma referência e um marco na história do Cinema. Fomos à procura de tramas que reflectissem amores, ódios, sentimentos que constroem o ser humano e creio que estas escolhas foram muito felizes, porque são trabalhos marcantes na carreira dos realizadores e são verdadeiras obras-primas", acrescenta.

LYNCH E COPPOLA

O evento regressa já no dia 31 de Outubro com um dos filmes mais irreverentes do cartaz: "The Cook, The Thief, His Wife and Her Lover" [Em português "O Cozinheiro, o Ladrão, a Sua Mulher e o Amante Dela"]. A obra, do realizador britânico Peter Greenaway, é um exercício kitsch tendo por base um triângulo amoroso entre um criminoso, a sua esposa e um solitário coleccionador de livros [ver sinopse ao lado]. David Lynch, com o seu road-movie "Coração Selvagem" está também presente neste 4º Ciclo de Cinema, com apresentação no dia 7 de Novembro.

Na penúltima sessão será a vez de convocar Francis Ford Coppola e a sua versão de "Dracula". O derradeiro filme deste 4.º Ciclo de Cinema da SRNOM será exibido no dia 29 de Novembro. "Vermelho", de Krzysztof Kieslowski, é o último trabalho de uma trilogia que explora as virtudes da revolução francesa. Todos os filmes terão início às 21h15. ■



31 de Outubro
The Cook, The Thief, His Wife and Her Lover

[O Cozinheiro, o Ladrão, a Sua Mulher e o Amante Dela]

PETER GREENAWAY, 1989

O criminoso Albert Spica janta todas as noites no restaurante "Le Hollandais", na companhia dos seus homens e da esposa Georgina, que se envolve secretamente com um coleccionador. Albert descobre a traição e prepara uma vingança sórdida. Polémica obra de Peter Greenaway, que se tornou numa referência plástica sublinhada pela fotografia de Sacha Vierny e pelo guarda-roupa de Jean Paul Gaultier.

21 de Novembro
Dracula

FRANCIS FORD COPPOLA, 1992

Na Inglaterra Vitoriana, o jovem advogado Jonathan Harker (Keanu Reeves) é enviado à Transilvânia para transacionar com Drácula a venda de propriedades. Durante o encontro, Harker mostra-lhe um medalhão com a fotografia da sua noiva, Mina e o conde espanta-se com as suas semelhanças em relação à falecida esposa, de tal forma que decide partir para Londres para conquistar o seu coração. Coppola reinventou o *best-seller* de Bram Stoker, priveligiando o romance em detrimento do terror. O filme venceu três Óscares.

7 de Novembro
Wild At Heart

[Coração Selvagem]

DAVID LYNCH, 1990

Sailor Ripley e Lula Pace são um jovem casal numa atribulada fuga aos desvios psicóticos de Marietta, a mãe de Lula. Depois de cumprir pena na prisão, Sailor reencontra-se com Lula e fogem para a Califórnia com um detective e um criminoso, contratados por Marietta, a persegui-los.

29 de Novembro
Trois Couleurs: Rouge

[Vermelho]

KRZYSZTOF KIESLOWSKI, 1994

Valentine é uma jovem modelo, a viver em Genebra, que recolhe uma cadela atropelada por si própria. Mais tarde, descobre o dono, um juiz aposentado que tem o hábito de ouvir conversas telefónicas dos vizinhos de forma ilegal. A frieza do primeiro contacto entre ambos dá lugar a uma improvável amizade.

"PEÇAS DE UM PUZZLE INVERTIDO"

Apresentação de livro de Luís Fonseca

O médico e autor Luís Fonseca apresentou a sua segunda obra literária na SRNOM. De acordo com os amigos convidados para fazer a apresentação do livro, «Peças de um puzzle invertido» proporciona uma viagem introspectiva ao 'eu' poético. O autor considerou o livro uma "catarse".

nortemédico Texto **Nelson Soares** › Fotografia **Jorge Faustino**

Publicado pela Chiado Editores, "Peças de um puzzle invertido" é o segundo livro do psiquiatra portuense Luís Fonseca e teve a primeira apresentação pública nas instalações da SRNOM, no dia 28 de Setembro.

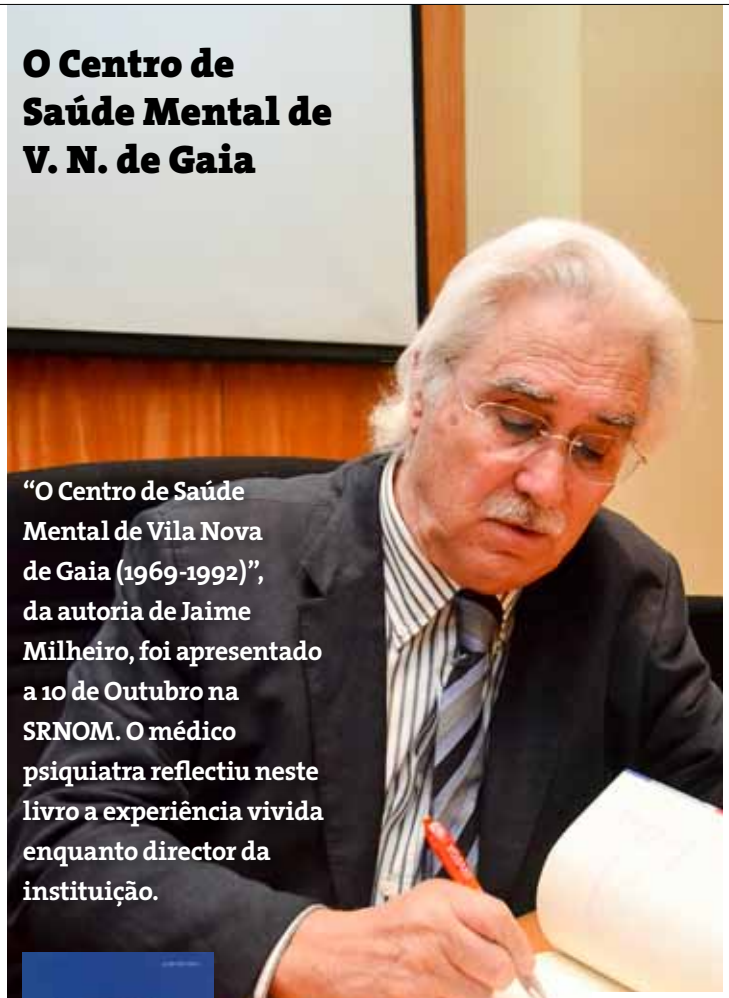
O autor convidou dois colegas de profissão e amigos para esmiuçarem a obra poética, justificando essa opção pelo facto de serem "os melhores críticos literários". "São-no, porque me conhecem. A crítica não faz sentido para mim porque os críticos não conhecem absolutamente nada de mim e não têm qualquer referência", acrescentou.

Álvaro Machado, o primeiro convidado, reconheceu no autor uma proximidade a Fernando Pessoa, não tanto no ortónimo mas, sobretudo, nas diversas matizes reveladas na obra heterónima. "Ao ler este livro fiquei com a mesma sensação de opressão com que fico ao ler a 'Ode Marítima' de Álvaro de Campos. Há palavras-chave que são usadas com frequência e que são palavras duras, pesadas e apertam-nos. Ao mesmo tempo, há aqui algo de simpático e de tranquilo, como a personagem de Alberto Caeiro. O Luís terá tudo isto, mas não ao mesmo tempo".

O segundo convidado, André Leitão, recordou o tempo que conviveu com Luís Fonseca na Faculdade de Medicina de Coimbra e apresentou-se como um "geólogo especialista do período jurássico" do amigo e autor, com a capacidade de identificar as suas "diferentes camadas". "Recordo-o afectuoso, com espírito crítico e independente", sublinhou, para acrescentar que reconhece em "Peças de um puzzle invertido" uma escrita "complexa, não só na forma, como no conteúdo". "Apercebemo-nos de uma grande turbulência interior, entre a paz e a inquietude. Já me tinha apercebido dos períodos de maior inquietude, quando andava mais introspectivo. Mas isso nunca transpareceu. Isso mostra o quão difícil é expor o nosso verdadeiro eu", concluiu André Leitão.

Luís Fonseca agradeceu a comparação com Fernando Pessoa – o seu poeta de eleição – mas reconheceu sentir-se "mais um autor do que um poeta" e revelou a verdadeira génese da sua vocação literária: "As pessoas se não tiverem uma forma de extravasar de alguma forma, implodem. Sem a música e sem a escrita provavelmente já teria implodido. É uma catarse". ■

O Centro de Saúde Mental de V. N. de Gaia



"O Centro de Saúde Mental de Vila Nova de Gaia (1969-1992)", da autoria de Jaime Milheiro, foi apresentado a 10 de Outubro na SRNOM. O médico psiquiatra reflectiu neste livro a experiência vivida enquanto director da instituição.

Retrato de uma geração

Texto **Nelson Soares** • Fotografia **Nuno Almeida**

nortemédico

No Dia Mundial da Saúde Mental, o psiquiatra Jaime Milheiro veio à SRNOM apresentar a obra que resume uma experiência e uma época enquanto director do Centro de Saúde Mental de Vila Nova de Gaia. "Com toda a subjectividade", confessou, o autor procurou traduzir o progresso que significou o período compreendido entre 1969 e 1992 para a sua especialidade médica: "Houve uma evolução muito clara naquela altura e só quem veio da psiquiatria é que percebe o quão necessário foi entrar em conflito com o que então se fazia". "O Centro de Saúde Mental não foi o único que representou uma renovação na área do Grande Porto face ao que podemos considerar como uma situação de miséria psiquiátrica", reforçou.

Jaime Milheiro invocou "razões emotivas e geracionais" para ter avançado com esta obra. Em plena década de 60, em que "o que existia na psiquiatria eram os asilos", o médico avançou para Gaia ao abrigo do programa de estágio e contribuiu para que a Saúde Mental "saltasse definitivamente para fora do asilo", enquanto paradigma vigente. "Tive a sorte de ter estado numa geração que participou disto. Portugal mudou mais nos últimos 40 anos do que nos 400 anteriores. É um privilégio", acentuou. Nas "razões do momento presente", o psiquiatra disse encarar este trabalho como "uma reflexão" num tempo em que se vive "no imediatismo e no usar e deitar fora". "Sem presunção de futuro o ser humano não funciona. Muitas das perturbações vêm disso, porque as pessoas não têm o tempo passado e o tempo futuro. Só vivem para o presente. Na cultura actual faz sentido fazer esta reflexão", considerou. Jaime Milheiro aludiu também às "razões científicas", dado que importa perceber "o que foi, o que é a psiquiatria e o que pretendemos que seja", concluindo com as "razões de ordem pessoal" e "o gosto de repartir ideias" com os colegas.

ALÉM DA PSIQUIATRIA

Amílcar Ribeiro, representante do Conselho Regional do Norte, felicitou o autor pela "saudável loucura de ter escrito este livro" e considerou que o exercício de memória nele inscrito é positivo para "corrigir trajectos e fazer melhor no futuro".

O director do Programa Nacional para a Saúde Mental, Álvaro de Carvalho, elogiou esta monografia que narra a aventura de "um conjunto de carolas que decidiram introduzir mudanças de práticas que eram aceites de modo passivo pela maioria dos profissionais, mas que não eram satisfatórias". "Hoje ainda há guerras entre profissionais que têm uma visão sobre a saúde mental que vai além da psiquiatria", acentuou o convidado, que aproveitou a apresentação deste trabalho para anunciar o desafio lançado a outros antigos directores dos centros de saúde mentais a escreverem um livro semelhante.

O professor catedrático do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, António Leuschner, reiterou a importância de recordar em livro "a ruptura do que era prática psiquiátrica em Portugal" nos anos 60 e elogiou a forma como Jaime Milheiro soube transpor essa realidade e reunir os contributos dos principais colaboradores no Centro de Saúde Mental de Gaia. "Conheço dezenas de pessoas que são reduzidas a pó depois de terem deixado um serviço. Os profissionais que trabalharam com o Dr. Jaime Milheiro falam dele de forma sincera", concluiu. ■

RECOBRO

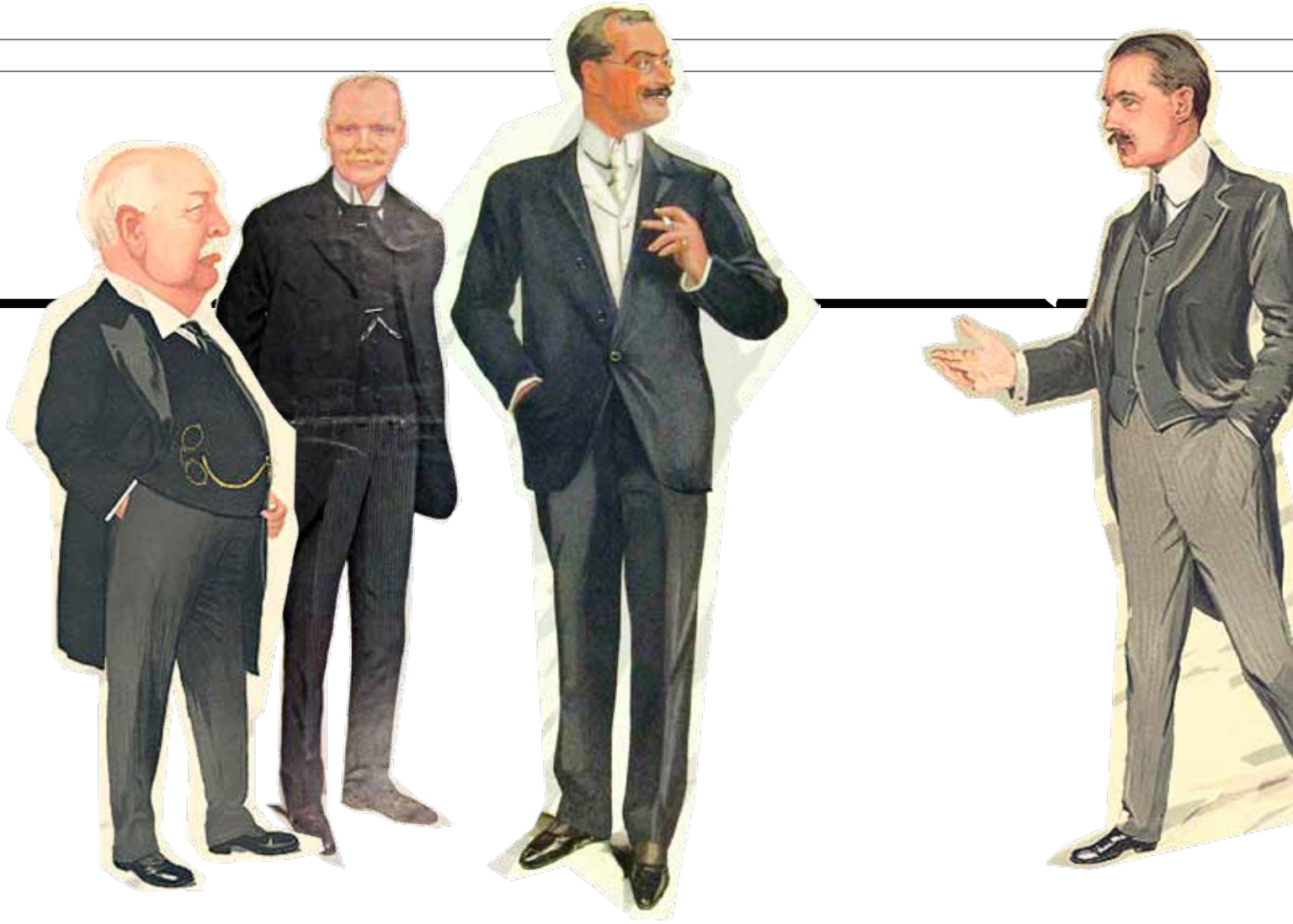
FRANCISCO DO CARMO PACHECO
Especialista em Patologia Clínica e em Imunohemoterapia

HISTÓRIAS ANTIGAS, HISTÓRIAS PASSADAS...

Por volta da década de 40 do século passado, era Professor Catedrático de Obstetrícia da Faculdade de Medicina do Porto Manuel António de Morais Frias, cirurgião hábil e prestigiado obstetra que, no dizer dos seus colaboradores e ex-alunos, que ainda conheci, era um homem extremamente vaidoso, de perfil narcisista, vulnerável a todo o comentário ou atitude que não fosse de franca vassalagem ou louvaminha encomiástica e, consequentemente, atreito a imaginar inimigos e a consolidar antipatias. Aliás, é bem conhecida a sua inimizade pelo Doutor Alberto Saavedra, obstetra e ginecologista de prestígio mas homem de grande inteireza de carácter e independência de espírito – incompatível com bajulação gratuita – antipatia que levou Morais Frias a coarctar-lhe a carreira universitária.

Ora, nesta atmosfera de "recobro" tranquilo em que as dores passadas já não nos atormentam, os episódios que vou narrar foram-me transmitidos pelo Prof. Dr. Júlio Machado Vaz, catedrático de Bacteriologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, conversador compulsivo e interessantíssimo que, sobretudo depois de jubilado, fazia gosto em conviver com antigos alunos e colaboradores no gabinete do seu Serviço de Bacteriologia do Hospital de S. João, onde ia, praticamente todos os dias, no fim da manhã. Eram conversas ricas de recordações pessoais – muitas delas relacionadas com a Faculdade –, evocadas com um elegante sentido de humor ou notas de contida ironia que tinham o condão de nos fazer esquecer as horas do almoço, situação que, por vezes, também embaraçava os compromissos horários do simpático Professor.

Por razões que se desconhecem – mas que, de certa forma, se adivinhavam – o Prof.



Morais Frias nutria pelo Dr. João de Almeida, cirurgião portuense, a maior antipatia. Natural de Lamego, sua terra natal, o Dr. João de Almeida, depois de um estágio em Paris, exercia clínica cirúrgica no Porto, onde granjeou enorme prestígio e vasta clientela, que se estendia a todo o norte do país, tendo adquirido notoriedade como cirurgião da Casa de Saúde da Boavista, cujo sucesso como unidade hospitalar se consolidou e cresceu graças ao prestígio e êxito clínico daquele cirurgião.

Por esse tempo, era costume de grande número de doentes operados pelo Dr. João de Almeida manifestarem o seu reconhecimento promovendo a publicação de agradecimentos na secção de anúncios do "Jornal de Notícias" (ao tempo o diário de maior tiragem e de feição mais popular) de uma forma semelhante ao que ainda hoje se pode topar em alguns jornais, em reconhecimento ao "Divino Espírito Santo" de graças obtidas nas mais diversas circunstâncias...

E raro era o dia em que o "Jornal de Notícias" não trouxesse um ou vários agradecimentos ao Dr. João de Almeida, o que correspondia, para os doentes operados por este cirurgião, a uma espécie de compromisso perante a sociedade que mal parecia não cumprir o que poderia ser taxado de ingratidão ou menos reconhecimento... Uma parte significativa da antipatia que o Prof. Morais Frias votava àquele clínico não era, por certo, estranha ao prestígio e popularidade de que gozava, bem como à numerosa clientela que o procurava, concorrência que se agravava pela prática frequente, pelo Dr. João de Almeida, de cirurgia de foro ginecológico.

Um belo dia, houve uma assembleia geral na Ordem dos Médicos, importante para a classe e que foi largamente participada. Na noite da sua realização, o Prof. Morais Frias, sempre acompanhado pelo seu séquito de colaboradores aduladores, colocou-se no cimo da escadaria de acesso à velha sede da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, ainda na rua Álvares Cabral, e todos os médicos que iam entrando cumprimentavam com ligeira vénia o Prof. Morais Frias e os seus acompanhantes. Em determinada altura, entrou o Dr. João de Almeida, que saudou da mesma forma o grupo de colegas, entre os quais se encontrava o dito professor. Este, quando viu o Dr. João de Almeida (que conhecia perfeitamente), voltou-se para o lado e perguntou:

– Quem é este Colega?

– O Senhor Professor não conhece? É o Dr. João de Almeida.

– Ah! Já sei! – ripostou prontamente Morais Frias – É aquele cirurgião de Lamego que opera no "Jornal de Notícias"...

A tirada, bem construída e antecipadamente preparada, deve ter suscitado, na sua roda, sorrisos de admiração pelo seu humor irónico, mas mal ocultava uma truculência malévola.

Era bem conhecida também a pouca ou nenhuma simpatia que o Prof. Morais Frias nutria pelo Dr. Carlos Borges, respeitado e prestigiado urologista portuense. Tanto bastou para que um dia, terminado um jantar organizado pela Ordem dos Médicos no velho Palácio de Cristal, Morais Frias se abeirasse do grupo de colegas em que estava Carlos Borges e, com ar displicente mas com a evidente e antecipada intenção de humilhar, a ele se dirigiu nestes termos:

– Ó Borges, você que é urologista, onde é que se mija?

Por hoje, para "recobro", já chega!

Francisco do Carmo Pacheco

DESPACHO 12351/2013 E DESPACHO 12352/2013 do Secretário de Estado da Saúde-Ministério da Saúde. Nomeiam os **membros da Comissão de Avaliação de Medicamentos**.

[DR - 2.ª série, nº 187, de 27.09.2013, pág. 29659 e pág. 29661]

A comissão de avaliação de medicamentos (CAM), é um órgão consultivo do INFARMED — Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. (INFARMED, I. P.), à qual compete, genericamente, sempre que solicitada, emitir pareceres em matérias relacionadas com medicamentos, designadamente nos domínios dos ensaios clínicos e da avaliação da qualidade, eficácia e segurança.

DESPACHO 12190/2013 do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento-Ministério das Finanças. Autoriza as Administrações Regionais de Saúde, I.P. (ARS, I.P.) a assumir compromissos plurianuais no âmbito de contratos-programa a celebrar por mais três anos com as **Unidades de Convalescença** (UC) e com as **Unidades de Cuidados Paliativos** (UCP) integradas na **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados** (RNCCI), no âmbito do funcionamento ou da implementação desta rede.

[DR - 2.ª série, nº 185, de 25.09.2013, pág. 29414]

DESPACHO 12191/2013 do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento-Ministério das Finanças. Autoriza o Instituto da Segurança Social (ISS, I.P.) e as Administrações Regionais de Saúde (ARS, I.P.) a assumir compromissos plurianuais no âmbito de contratos-programa a celebrar por mais três anos com as **Unidades de Média Duração e Reabilitação** (UMDR) e com as **Unidades de Longa Duração e Manutenção** (ULDM) integradas na **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados** (RNCCI), no âmbito do funcionamento ou da implementação desta rede.

[DR - 2.ª série, nº 185, de 25.09.2013, pág. 29416]

DESPACHO 12071/2013 do Secretário de Estado da Saúde-Ministério da Saúde. Determina que todas as unidades e estabelecimentos de saúde hospitalar integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS) devem dar início ao processo de implementação do aplicativo **Sistema Integrado de Informação Hospitalar** (SONHO) e **webGDH**, até ao final do mês de setembro de 2013.

[DR - 2.ª série, nº 182, de 20.09.2013, pág. 29166]

DESPACHO 12049/2013 do Ministério da Saúde. Designa, em regime de comissão de serviço, a licenciada **Maria da Graça Gregório de Freitas** para exercer o cargo de **Subdiretora-Geral da Saúde**.

[DR - 2.ª série, nº 181, de 19.09.2013, pág. 29100]

DESPACHO 12009/2013 do Ministério da Saúde. Designa a licenciada **Catarina de Senna Fernandes Cabral Sena**, para exercer o cargo de **Subdiretora-Geral da Saúde**.

[DR - 2.ª série, nº 180, de 18.09.2013, pág. 28997]

DESPACHO 12010/2013 do Secretário de Estado da Saúde-Ministério da Saúde. Estabelece disposições no âmbito dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS, E.P.E.), referente aos contratos públicos de aprovisionamento (CPA), que determinam as **condições de fornecimento de Material de Penso Tradicional ou Clássico**.

[DR - 2.ª série, nº 180, de 18.09.2013, pág. 28998]

DESPACHO 12011/2013 do Secretário de Estado da Saúde-Ministério da Saúde. Determina que a **cobrança e recuperação dos valores em**

dívida de taxas moderadoras pelas instituições e serviços integrados no SNS e Administrações Regionais de Saúde, I.P. (ARS) sejam efetuadas, obrigatoriamente, **através da aplicação informática Sistema de Informação sobre Taxas Moderadoras** (SITAM).

[DR - 2.ª série, nº 180, de 18.09.2013, pág. 29002]

■ **DESPACHO 11976/2013 do Ministério da Saúde.** Designa Francisco Henrique Moura George para exercer o cargo de **Diretor-Geral da Saúde**.

[DR - 1.ª série, nº 179, de 17.09.2013, pág. 28917]

■ **DESPACHO 11977/2013 do Secretário de Estado da Saúde-Ministério da Saúde.** Estabelece disposições no âmbito dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS, E. P. E.), referente aos Contratos Públicos de Aprovisionamento (CPA), que determinam as condições de fornecimento de Antissséticos, Desinfetantes e Outros.

[DR - 2.ª série, nº 179, de 17.09.2013, Pág. 28918]

■ **DESPACHO 11888/2013 do Secretário de Estado da Saúde-Ministério da Saúde.** Delega no Conselho Diretivo do INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P., a competência do Secretário de Estado da Saúde, Manuel Ferreira Teixeira para decidir sobre inclusão, ou exclusão, de medicamentos genéricos nas listas de medicamentos comparticipados e aprovar os preços de referência dos grupos homogéneos.

[DR - 2.ª série, nº 177, de 13.09.2013, pág. 28688]

■ **DECRETO LEI 128/2013 de Ministério da Saúde.** Procede à **alteração** (oitava alteração) do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, que estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano, republicando-o em anexo, com a redação atual, transpondo as Diretivas n.ºs 2009/35/CE, de 23 de abril de 2009, 2011/62/UE, de 8 de junho de 2011, e 2012/26/UE, de 25 de outubro de 2012; assim como altera (primeira alteração) o Decreto-Lei n.º 20/2013, de 14 de fevereiro, relativo à mesma matéria. Altera ainda (quarta alteração) o Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, que estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina.

[DR - 1.ª série, nº 171, de 05.09.2013, pág. 5524]

■ **DESPACHO 11574/2013 do Secretário de Estado da Saúde-Ministério da Saúde.** Transmite orientações para **simplificação da análise e decisão dos pedidos de transição do pessoal médico para** o regime de trabalho de 40 horas semanais.

[DR - 2.ª série, nº 171, de 05.09.2013, pág. 27862]

■ **LEI 71/2013 02.09.2013 da Assembleia da República.** Regulamenta a Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, relativamente ao exercício profissional das atividades de aplicação de terapêuticas não convencionais, designadamente: Acupuntura, Fitoterapia, Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa, Naturopatia, Osteopatia e Quiropraxia. Cria o Conselho Consultivo para as Terapêuticas não Convencionais, como órgão de apoio ao Ministro da Saúde para as questões relativas ao exercício, formação, regulamentação e regulação das profissões previstas na presente lei, e fixa a respetiva composição.

[DR - 1.ª série, nº 168, de 02.09.2013, pág. 5439]

■ **DESPACHO 11253/2013 do Secretário de Estado da Saúde-Ministério da Saúde.** Determina as aplicações para as quais é obrigatória, para todas as entidades do Ministério da Saúde e instituições do SNS, a aquisição centralizada de serviços de manutenção corretiva e evolutiva, para 2014, através da SPMS, E.P.E.

[DR - 2.ª série, nº 167, de 30.08.2013, pág. 27054]

■ **DESPACHO 11254/2013 do Secretário de Estado da Saúde-Ministério da Saúde.** Substitui os modelos de receita médica aprovados pelas alíneas a) a c) do n.º 1 e pelos anexos I a III do Despacho n.º 15700/2012, de 30 de novembro, do Secretário de Estado da Saúde, publicado no Diário da República, 2.ª Série, n.º 238, de 10 de dezembro, até à caducidade da providência cautelar de suspensão da eficácia de normas decretada pelo Tribunal Administrativo do Círculo de Lisboa.

[DR - 2.ª série, nº 167, de 30.08.2013, pág. 27055]

■ **DECRETO LEI 121/2013 do Ministério da Saúde.** Estabelece o regime jurídico relativo à prevenção de feridas provocadas por dispositivos médicos corto-perfurantes que constituam equipamentos de trabalho nos setores hospitalar e da prestação de cuidados de saúde, transpondo a Diretiva n.º 2010/32/UE do Conselho, de 10 de maio de 2010.

[DR - 1.ª série, nº 161, de 22.08.2013, pág. 5052]

■ **RESOLUÇÃO 52/2013 da Presidência do Conselho de Ministros.** Autoriza a realização de despesa com a aquisição de produtos e serviços de higiene e limpeza para vários organismos do Ministério da Saúde para 2013 e 2014.

[DR - 1.ª série, nº 155, de 13.08.2013, pág. 4815]

■ **DESPACHO 10537/2013 do Secretário de Estado da Saúde-Ministério da Saúde.** Cria uma equipa de projeto responsável pelo planeamento do projeto de implementação em Portugal do sistema de codificação clínica ICD-10-CM/PCS, a cargo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS-I.P.).

[DR - 2.ª série, nº 155, de 13.08.2013, pág. 25685]

O sistema de codificação clínica para classificar diagnósticos e procedimentos nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, está assente numa metodologia de codificação designada ICD-9-CM.

Internacionalmente, está previsto para 1 de outubro de 2014 a extinção da ICD-9-CM e a sua substituição pela ICD-10-CM/PCS

1. É criada uma equipa de projeto responsável pelo planeamento do projeto de implementação em Portugal do sistema de codificação clínica ICD-10-CM/PCS, a cargo da ACSS e que integra:

a) O licenciado Ricardo Mestre, Diretor do Departamento de Gestão e Financiamento de Prestações de Saúde da ACSS, que coordenará;
b) Um representante da Direção Geral de Saúde designado pelo seu Diretor-geral;
c) Um representante da Administração Regional de Saúde do Norte e um da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, da área de cuidados de saúde primários, designados pelos respetivos conselhos diretivos;
d) Médicos que exerçam codificação em representação e a designar pela seguintes entidades:

i. Hospital Espírito Santo, EPE;
ii. Centro Hospitalar de São João, EPE;
iii. Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE;

e) Os técnicos da ACSS afetos a este projeto designados pelo conselho diretivo da ACSS.
f) Os técnicos, da área dos sistemas de informação, da SPMS-Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE afetos a este projeto designados pelo conselho diretivo da SPMS

■ **PORTARIA 258/2013 do Ministério da Saúde.** Aprova o Regulamento dos Programas de Apoio Financeiro a atribuir pelos serviços e organismos centrais do Ministério da Saúde e pelas administrações regionais de saúde a pessoas coletivas privadas sem fins lucrativos.

[DR - 1.ª série, nº 155, de 13.08.2013, pág. 4825]

■ **DECLARAÇÃO DE RECTIFICAÇÃO 874/2013 do Secretário de Estado da Saúde-Ministério da Saúde.** Retifica o Despacho nº 9725/2013, de 24 de julho, que cria a Comissão de Acompanhamento da Informatização Clínica (CAIC).

[DR - 2.ª série, nº 155, de 13.08.2013, pág. 25685]

■ **DESPACHO 10489/2013 do do Secretário de Estado da Saúde-Ministério da Saúde.** Determina a constituição de uma Comissão de Peritos, para estabelecer um conjunto de normas de referência para a prova prática necessária para habilitação ao grau de consultor, constituída pelo presidente **Eduardo Barroso** do Centro Hospitalar Lisboa Central, e pela **Maria do Céu Machado** do Centro Hospitalar Lisboa Norte; pelo A**rmando Carvalho** do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; pelo **Jorge Pereira**, do Centro Hospitalar São João e pelo **José Eduardo Cruz**, jurista da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

[DR - 2.ª série, nº 154, de 12.08.2013, pág. 25552]

■ **DESPACHO 10488/2013 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde-Ministério da Saúde.** Designa os membros do Conselho Nacional para a Oncologia (CNO).

[DR - 2.ª série, nº 154, de 12.08.2013, pág. 25552]

1 – São designados membros do Conselho Nacional para a Oncologia (CNO):

a) Dr. **Nuno Augusto Alberto Miranda,** Diretor do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, que preside; b) Dra. Irene dos Anjos Furtado, Assistente Graduada Sénior do Hospital de Faro, EPE, em representação da Administração Regional de Saúde do Algarve, I.P.; c) Dr. Sérgio Adriano Vilelas Barroso, Assistente Hospitalar de Oncologia, em representação da Administração Regional de Saúde do Alentejo, I.P.; d) Dr. Ricardo Jorge Martins Luz, Assistente Hospitalar Graduado de Oncologia Médica do Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E., Coordenador Regional Oncológico da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P., em representação desta ARS; e) Dr. José Manuel Azenha Tereso, Assistente Graduado Sénior da carreira médica de Saúde Pública, em exercício de funções de Presidente do Conselho Diretivo da ARS Centro, em representação desta ARS; f) Prof. Doutor **António Araújo,** Diretor do Serviço de Oncologia Médica do Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga, em representação da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.; g) Dr. Manuel António Leitão Silva, Presidente do Conselho de Administração do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.; h) Dr. Francisco Ventura Ramos, Presidente do Conselho de Administração do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.; i) Dr. **José Maria Laranja Pontes,** Presidente do Conselho de administração do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.; j) Eng.ª Ana Teresa Pinheiro dos Santos Diogo Perez, Vogal do Conselho Diretivo da Agência Portuguesa do Ambiente, em representação do Ministério da Agricultura, do Mar, do Ambiente e do Ordenamento do Território; k) Prof. Doutor Miguel Godinho Ferreira, investigador do Instituto Gulbenkian de Ciência, em representação do Ministério da Educação e Ciência; l) Dr. **José Manuel Machado Lopes,** especialista em Oncologia Médica e Diretor Clínico do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.; m) Dra. Paula Cristina Silva Dias Sanches Pinto Alves, especialista em Radioterapia e Diretora Clínica do Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.; n) Prof. Doutor Manuel Maria Sousa Ferreira Abecasis, Chefe de Serviço e Diretor do Departamento de Hematologia e do Serviço de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.; o) Dra. Filomena Pereira, Diretora do Serviço de Pediatra do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.; p) Prof. Doutor José Crespo Mendes de Almeida, Diretor do Departamento de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, E.P.E.; q) Prof. Doutor **Manuel Coimbra Sobrinho Simões,** Presidente da Direção do Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto; r) Prof. Doutor **Nuno Miguel de Sousa Lunet**, Professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, investigador da Unidade de Investigação Cardiovascular da Universidade do Porto, colaborador do IPATIMUP.

DESPACHO 10366/2013 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde-Ministério da Saúde. Determina que as **receitas médicas** nas quais sejam prescritas exclusivamente **vacinas contra a gripe**, para a época gripal de 2013-2014, **emitidas a partir de 1 de agosto de 2013, são válidas até 31 de dezembro do corrente ano**.
[DR - 2.ª série, nº 152, de 08.08.2013, pág. 25118]

PORTARIA 245/2013 do Ministério das Finanças. Regulamenta a composição, as competências e a forma de funcionamento da **direção de enfermagem** nos **serviços e estabelecimento de saúde que integram o Serviço Nacional de Saúde**.
[DR - 1.ª série, nº 149, de 05.08.2013, pág. 4617]

PORTARIA 248/2013 do Ministério da Saúde. Aprova o regulamento de **notificação obrigatória de doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública**. (Nota: 1. O Regulamento aplica-se a todos os serviços de saúde do sector público, privado ou social. 2. A data de início da utilização obrigatória da aplicação informática de suporte ao sistema nacional de informação de vigilância epidemiológica (SINAVE) é fixada por despacho do Diretor-Geral da Saúde.)
[DR - 1.ª série, nº 149, de 05.08.2013, pág. 4624]

DESPACHO 10231-A/2013 do Secretário de Estado da Saúde-Ministério da Saúde. Identifica como carenciados, nas áreas hospitalar e de saúde pública, os serviços e estabelecimentos de saúde, tendo em vista a abertura de procedimento concursal para a celebração de **contrato de trabalho com médicos que adquiriram o grau de especialista na 1.ª época de 2013**.
[DR - 2.ª série, nº 148-Supl, de 02.08.2013, pág. 24450-(2)]
* Rectificado pela Declaração de Rectificação 864-A/2013 [DR - 2.ª série, nº 151-2ºSupl, de 08.08.2013, pág. 25098-(8)]. O mapa de vagas foi alterado pelo Despacho 11020-A/2013 [DR - 2.ª série, nº 163-Supl, de 26.08.2013, pág. 26638-(2)]. E foram-lhe introduzidos aditamentos através do Despacho 10774-W/2013 [DR - 2.ª série, nº 159-2ºSupl, de 20.08.2013, pág. 26182-(14)]

DECLARAÇÃO DE RECTIFICAÇÃO 853-A/2013 do Ministério da Saúde. Retifica o anexo do Despacho n.º 9846-A/2013, de 25 de julho, que autoriza as Administrações Regionais de Saúde, I. P. (ARS, I. P.), e o Instituto da Segurança Social, I. P. (ISS, I. P.), a assumirem os **compromissos plurianuais** no âmbito dos contratos-programa a celebrar com as entidades integradas na **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados** (RNCCI) e procede à republicação do referido anexo na versão corrigida.
[DR - 2.ª série, nº 147, de 01.08.2013, pág. 24218-(2)]

DESPACHO 10026/2013 do Ministério da Saúde. Altera a composição e forma de organização do **Grupo de Trabalho** denominado «**Combate às irregularidades praticadas nas áreas do Medicamento e dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica** (MCDT)».
[DR - 2.ª série, nº 146, de 31.07.2013, pág. 24040]

RESOLUÇÃO 117/2013 da Assembleia da República. Recomenda ao Governo a realização de uma **inspeção global ao hospital de Braga.**
[DR - 1.ª série, nº 145, de 30.07.2013, pág. 4485]

RESOLUÇÃO 118/2013 da Assembleia da República. Recomenda ao Governo que a Administração Regional de Saúde do Norte conclua com celeridade o **estudo do futuro modelo de gestão** do **Centro de Reabilitação do Norte**.
[DR - 1.ª série, nº 145, de 30.07.2013, pág. 4485]

RESOLUÇÃO 119/2013 da Assembleia da República. Recomenda ao Governo a **abertura urgente do Centro de Reabilitação do Norte**, pronto desde o verão de 2012.
[DR - 1.ª série, nº 145, de 30.07.2013, pág. 4485]

RESOLUÇÃO 120/2013 da Assembleia da República. Recomenda ao Governo que conclua o mais rapidamente possível o estudo do futuro modelo de gestão do **Centro de Reabilitação do Norte**, de forma a potenciar a sua **abertura até ao fim do ano de 2013**.
[DR - 1.ª série, nº 145, de 30.07.2013, pág. 4485]

DECRETO LEI 105/2013 do Ministério das Finanças. Altera o Dec Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro, o Dec Lei n.º 158/2005, de 20 de setembro, e o Dec Lei n.º 167/2005, de 23 de setembro, revendo os **descontos a efetuar** para os subsistemas de proteção social no âmbito dos cuidados de saúde, concretamente da Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (**ADSE**), da Assistência na Doença aos Militares (**ADM**) e da Divisão de Assistência na Doença (**SAD**).
[DR - 1.ª série, nº 145, de 30.07.2013, pág. 4487]

DESPACHO 9930-B/2013 do Ministério da Saúde. Nomeia o Dr. **José Macedo Vieira** para **Presidente do conselho consultivo do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E.**.
[DR - 2.ª série, nº 144-Supl, de 29.07.2013, pág. 23770-(2)]

DESPACHO 9903/2013 do Secretário de Estado do Ensino Superior-Ministério da Educação e Ciência. Nomeia a **comissão de peritos** que apreciará os pedidos de admissão ao contingente especial de **candidatos portadores de deficiência física ou sensorial** para o **concurso nacional de acesso e ingresso no ensino superior público**.
[DR - 2.ª série, nº 144, de 29.07.2013, pág. 23731]

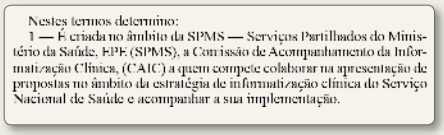
DECRETO LEI 103/2013 do Ministério da Saúde. Altera (terceira alteração) o Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio, que aprova o **regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos**.
[DR - 1.ª série, nº 143, de 26.07.2013, pág. 4427]

DESPACHO 9813/2013 do Secretário de Estado da Saúde-Ministério da Saúde. Estabelece que as unidades e **estabelecimentos de saúde** integrados no Serviço Nacional de Saúde devem, mediante a celebração de contrato de adesão com a Entidade de Serviços Partilhados da Administração Pública, I. P. (ESPAP, I.P.), **aderir ao Sistema Nacional de Compras Públicas** (SNCP) e demais disposições para o reforço da aquisição centralizada de bens e serviços de caráter transversal.
[DR - 2.ª série, nº 142, de 25.07.2013, pág. 23505]

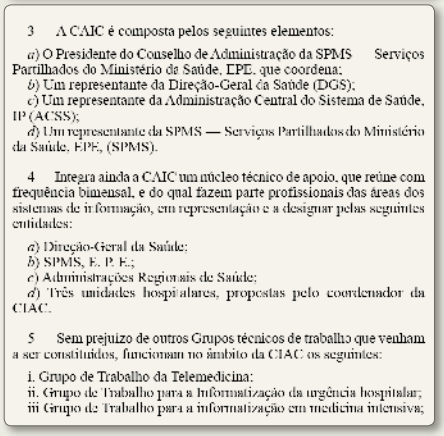
DESPACHO 9846-A/2013 do Secretário de Estado Adjunto e do Orçamento-Ministério das Finanças. Autoriza as Administrações Regionais de Saúde, I. P. (ARS, I. P.), e o Instituto da Segurança Social, I. P. (ISS, I. P.), a assumirem os **compromissos plurianuais** no âmbito dos contratos-programa a celebrar com as entidades integradas na **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados** (RNCCI).
[DR - 2.ª série, nº 142-Supl, de 25.07.2013, pág. 23566-(2)]

DESPACHO 9723/2013 do Ministério da Saúde. Nomeia o **presidente** e o **vice-presidente do conselho de administração do Serviço de Utilização Comum dos Hospitais** (SUCH). Publica em anexo as sinopses curriculares dos nomeados.
[DR - 2.ª série, nº 141, de 24.07.2013, pág. 23355]

DESPACHO 9725/2013 do Secretário de Estado da Saúde-Ministério da Saúde. Cria a **Comissão de Acompanhamento da Informatização Clínica** (CAIC), no âmbito da SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS), e estabelece as suas atribuições e composição.
[DR - 2.ª série, nº 141, de 24.07.2013, pág. 23356]



Nestes termos determino:
1 — É criada no âmbito da SPMS — Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE (SPMS), a Comissão de Acompanhamento da Informatização Clínica, (CAIC) a quem compete colaborar na apresentação de propostas no âmbito da estratégia de informatização clínica do Serviço Nacional de Saúde e acompanhar a sua implementação.



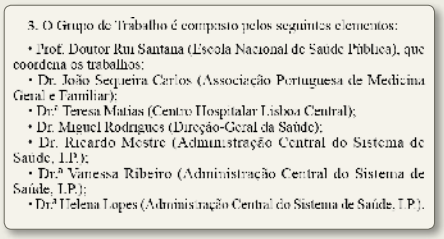
3 A CAIC é composta pelos seguintes elementos:
a) O Presidente do Conselho de Administração da SPMS — Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, que coordena;
b) Um representante da Direção-Geral da Saúde (DGS);
c) Um representante da Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS);
d) Um representante da SPMS — Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, EPE, (SPMS).

4 Integra ainda a CAIC um núcleo técnico de apoio, que reúne com frequência bimensal, e do qual fazem parte profissionais das áreas dos sistemas de informação, em representação e a designar pelas seguintes entidades:
a) Direção-Geral da Saúde;
b) SPMS, E. P. E.;
c) Administrações Regionais de Saúde;
d) Três unidades hospitalares, propostas pelo coordenador da CIAC.

5 Sem prejuízo de outros Grupos técnicos de trabalho que venham a ser constituídos, funcionam no âmbito da CIAC os seguintes:
i. Grupo de Trabalho da Telemedicina;
ii. Grupo de Trabalho para a Informatização da urgência hospitalar;
iii Grupo de Trabalho para a informatização em medicina intensiva;

DESPACHO 9635/2013 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde-Ministério da Saúde. Determina que a produção e a divulgação de informação, no quadro do sistema estatístico nacional, designadamente **estatísticas de saúde**, sejam centralizadas na Direção-Geral da Saúde, devendo ser sempre divulgada, após autorização do Director-Geral da Saúde, através do **Portal da Estatística da Saúde**, independentemente da sua divulgação em portais próprios dos organismos e serviços da área da saúde.
[DR - 2.ª série, nº 140, de 23.07.2013, pág. 23164]

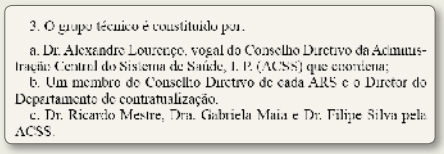
DESPACHO 9567/2013 do Secretário de Estado da Saúde-Ministério da Saúde. Cria o **Grupo de Trabalho** para proceder à elaboração de relatório, definindo proposta de metodologia de **integração dos níveis de cuidados de saúde para Portugal Continental**.
[DR - 2.ª série, nº 139, de 22.07.2013, pág. 23000]



3. O Grupo de Trabalho é composto pelos seguintes elementos:
• Prof. Doutor Rui Santana (Escola Nacional de Saúde Pública), que coordena os trabalhos;
• Dr. João Sequeira Carlos (Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar);
• Drª Teresa Matias (Centro Hospitalar Lisboa Central);
• Dr. Miguel Rodrigues (Direção-Geral da Saúde);
• Dr. Ricardo Mestre (Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.);
• Drª Vanessa Ribeiro (Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.);
• Drª Helena Lopes (Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.).

■ **DESPACHO 9495/2013 do Secretário de Estado da Saúde-Ministério da Saúde.** Determina a criação, no âmbito do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, de um **grupo técnico** a quem compete no âmbito do **planeamento estratégico e operacional da rede hospitalar do Serviço Nacional de Saúde** (SNS), **assegurar a articulação e compatibilização dos planos estratégicos de cada um dos hospitais e das unidades locais de saúde com os planos de Reorganização da Rede Hospitalar**, apresentados pelas Administrações Regionais de Saúde.

[DR - 2.ª série, nº 138, de 19.07.2013, pág. 22820]



2. O grupo técnico é constituído por:

a. Dr. Alexandre Lourenço, vogal do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS) que coordena;
b. Um membro do Conselho Diretivo de cada ARS e o Diretor do Departamento de contratualização.
c. Dr. Ricardo Mestre, Dra. Gabriela Maia e Dr. Filipe Silva pela ACSS.

■ **DESPACHO 9532-A/2013 do Secretário de Estado da Saúde-Ministério da Saúde.** Dispõe de um conjunto de orientações para a **contratação de médicos aposentados** pelos serviços e estabelecimentos do Ministério da Saúde.

[DR - 2.ª série, nº 138-Supl, de 19.07.2013, pág. 22944-(3)]

■ **DECRETO LEI 94/2013 do Ministério da Saúde.** Prorroga o período de vigência do Decreto-Lei n.º 89/2010, de 21 de julho, que aprova um **regime excecional de contratação de médicos aposentados** pelos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde.

[DR - 1.ª série, nº 137, de 18.07.2013, pág. 4184]

■ **DESPACHO 9309/2013 do Secretário de Estado da Saúde-Ministério da Saúde.** Determina a **prescrição eletrónica de Cuidados Respiratórios Domiciliários** (CRD) através da aplicação informática disponibilizada pela SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS, E.P.E.), a partir de 30 de novembro de 2013.

[DR - 2.ª série, nº 135, de 16.07.2013, pág. 22433]

■ **DESPACHO 9132/2013 do Ministério da Defesa Nacional.** Determina que os ramos das **Forças Armadas** continuam a assegurar, até 31 de dezembro de 2013, os procedimentos de apoio ao funcionamento das **estruturas hospitalares**.

[DR - 2.ª série, nº 133, de 12.07.2013, pág. 21907]

■ **PORTARIA 470/2013 do Secretário de Estado do Orçamento-Ministério das Finanças.** Autoriza a **Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais** (DGRSP) a assumir e a proceder à repartição de encargos relativos aos contratos de **aquisição de serviços de saúde** a celebrar, para o período intercalar de 1 de novembro de 2012 a 31 de julho de 2013.

[DR - 2.ª série, nº 131, de 10.07.2013, pág. 21674]

■ **DESPACHO 9009/2013 do Ministério da Economia e do Emprego.** Altera a constituição do grupo de trabalho criado pelo Despacho n.º 15689/2012, de 10 de dezembro, que determina a criação de um **grupo de trabalho** com o objetivo de contribuir para a **estruturação do produto Turismo de Saúde**.

[DR - 2.ª série, nº 131, de 10.07.2013, pág. 21690]

■ **DESPACHO 8990-C/2013 do Secretário de Estado da Saúde-Ministério da Saúde. Altera** o Despacho nº. 15700/2012, de 10 de dezembro de 2012, relativamente aos **modelos de Receitas Médicas**.

[DR - 2.ª série, nº 130-2ºSupl, de 09.07.2013, pág. 21652-(4)]

■ **PORTARIA 224-A/2013 do Ministério da Saúde.** Altera (Primeira alteração) a Portaria n.º 137-A/2012 de 11 de maio, que estabelece o regime jurídico a que obedecem as regras de **prescrição de medicamentos**, os **modelos de receita médica** e as condições de **dispensa de medicamentos**, bem como define as obrigações de **informação a prestar aos utentes**.

[DR - 1.ª série, nº 130-Supl, de 09.07.2013, pág. 3970-(2)]

■ **DESPACHO 8958/2013 do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde-Ministério da Saúde.** Aprova e publica em anexo o **Regulamento do Sistema SIM-Cidadão do Ministério da Saúde** e, determina que os gabinetes dos utentes, que atualmente funcionam nos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde, passem a designar-se por **gabinetes do cidadão** e assumam as competências consignadas, para estas unidades funcionais, no referido Regulamento.

[DR - 2.ª série, nº 130, de 09.07.2013, pág. 21442]

■ **DESPACHO 8959/2013 do Secretário de Estado da Saúde-Ministério da Saúde.** Estabelece disposições no âmbito dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E. (SPMS, E. P. E.), referente aos Contratos Públicos de Aprovisionamento (CPA), que determinam as condições de **fornecimento de Material de Penso de Efeito Terapêutico**.

■ **DESPACHO 8733/2013 do Ministro da Presidência e dos Assuntos Parlamentares-Presidência do Conselho de Ministros.** Declara a utilidade pública da **Sociedade Portuguesa de Reumatologia**.

[DIARIO DA REPUBLICA - 2.ª SERIE, Nº 128, de 05.07.2013, Pág. 21090]

■ **PORTARIA 220/2013 do Ministério da Saúde.** Altera (primeira alteração) a Portaria n.º 337/2004, de 31 de março, que estabelece o novo regime jurídico de **proteção social na eventualidade doença**, no âmbito do subsistema previdencial de **segurança social**.

[DR - 1.ª série, nº 127, de 04.07.2013, pág. 3924]

4º CICLO de CINEMA

com o amor às voltas pelo outono fora

31 de Outubro
The Cook, The Thief, His Wife and Her Lover
[O Cozinheiro, o Ladrão, a Sua Mulher e o Amante Dela]
PETER GREENAWAY, 1989

7 de Novembro
Wild At Heart
[Coração Selvagem]
DAVID LYNCH, 1990

21 de Novembro
Dracula
FRANCIS FORD COPPOLA, 1992

29 de Novembro
Trois Couleurs: Rouge
[Vermelho]
KRZYSZTOF KIESLOWSKI, 1994

As sessões iniciam-se às 21h15 com uma breve apresentação do filme e terminam com uma tertúlia.

CENTRO DE CULTURA E CONGRESSOS › [SRNOM]
RUA DELFIM MAIA, 405 · 4200-256 PORTO

ORDEM DOS MÉDICOS
Secção Regional Norte

CENTRO DE CULTURA E CONGRESSOS

ACONTECEU

REUNIÕES CIENTÍFICAS

01 JUL Reunião Clínica com Médicos Estrangeiros

03 A 06 JUL 13.º ESNI (European School of NeuroImmunology) Course

04 JUL Reunião do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médica da Ordem dos Médicos

11 JUL Reunião de Trabalho Editorial para a Revista de Medicina Geral e Familiar

12 JUL Reunião do Projecto BI (Business Intelligence) das USF

17 JUL Reunião da Coordenação da Delegação Regional do Norte das USF-AN

19 JUL Reunião do Colégio de Especialidade de Patologia Clínica

26 JUL 1.ª Assembleia Geral da União Médica Mutualista (UMM)

03 AGO Reunião de Sócios do Club de Anestesia Regional (CAR) e da European Society of Regional Anaesthesia (ESRA)

16 AGO Reunião do Júri do Concurso de Habilitação ao Grau de Consultor da Carreira Médica de Clínica Geral

24 AGO Eleição do representante Português da European Society of Regional Anaesthesia (ESRA) – 2.ª volta

04 SET Encontro para preparação de reunião científica

05 SET Reunião de Trabalho Editorial para a Revista de Medicina Geral e Familiar

15 SET Reunião da Direcção da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia

19 SET Conferência de Comemoração do Centenário da 1.ª Lei de Acidentes de Trabalho

23 SET Reunião entre membros do Colégio de Medicina Geral e Familiar e o Júri de Internato da 2.ª época

26 SET Reunião Geral de Colégios

27 SET Reunião com as Comissões de Infecção e Antibióticos do Centro e Norte do País

28 SET Assembleia Geral da Sociedade Portuguesa de Cirurgia Minimamente Invasiva

02 OUT Reunião da Direcção do Grupo de Infecção e Sepsis

04 OUT Reunião da Direcção do Colégio da Especialidade de Anestesiologia

05 OUT Meeting sobre Implantologia Dentária

09 OUT Reunião da Coordenação de Delegação Regional do Norte da USF - AN

11 OUT Reunião de Trabalho Editorial para a Revista de Medicina Geral e Familiar

12 OUT Sessão Clínica – Módulo Meios Auxiliares de Diagnóstico

15 OUT Curso de Formação para Profissionais das USF

15 OUT Reunião de Formação para Médicos

REUNIÕES ORGANIZADAS PELO CRNOM

19 JUL Reunião de Direcção da Entidade Reguladora da Saúde

12 AGO Reunião para debater os Despachos 8056-C/2013 e 10231-A/2013

25 SET Reunião/Debate sobre o Licenciamento das Unidades Privadas de Serviços de Saúde

30 SET Reunião de Médicos Internos do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

03 OUT Debate "Cuidados de Saúde Transfronteiriços – Directiva Europeia ", pela FNAM, SIM e OM

ACTIVIDADES DE CULTURA E LAZER

Exposições:

01 A 15 JUL Exposição de Pintura e Desenho de Elisabeth Martins Leite

01 A 20 JUL Exposição de Pintura de Aluízio Loureiro

06 A 20 SET Exposição de Pintura de Ana Paula Silva Pedro e Luís Rebelo

13 A 29 SET Exposição de Fotografia "Cem fotografias de Portugal há cem anos. Realidades, Vidas, Costumes. Luzes e Sombras", de Jorge Marçal da Silva apresentada por Manuel Mendes Silva

04 A 25 OUT Exposição de Pintura de Roberto Chichorro

Concertos e Cinema:

19 JUL Concerto de Verão nos Jardins da SRNOM pela Orquestra do Norte (Wagner e Verdi, 200 anos)

19 SET 4.º Ciclo de Cinema "O Amor às Voltas pelo Outono Fora". *Morte a Venezia*, de Luchino Visconti, 1971

27 SET 4.º Ciclo de Cinema "O Amor às Voltas pelo Outono Fora". *Days of Heaven*, de Terrence MalicK, 1978

03 OUT Concerto de Outono pela Orquestra do Norte: "Música Ibérica"

10 OUT 4.º Ciclo de Cinema "O Amor às Voltas pelo Outono Fora". *Der Himmel Uber Berlin* – Wim Wendres, 1987

Lançamento de Livros:

28 SET Lançamento do livro de poesia " Peças de um Puzzle Invertido" da autoria de Luís Fonseca

10 OUT Lançamento do livro "O Centro de Saúde Mental de Vila Nova de Gaia (1969-1992)" da autoria de Jaime Milheiro

Outros Eventos:

21 SET Inauguração do Centro de Convívio – Casa Luz Soriano da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos

EXPOSIÇÃO «CEM FOTOGRAFIAS DE PORTUGAL HÁ CEM ANOS»
CCC, 13-29 Setembro 2013

ROBERTO CHICHORRO
CCC, 4-25 Outubro 2013

«MÚSICA IBÉRICA» PELA ORQUESTRA DO NORTE
CCC, 3 Outubro 2013

VAI ACONTECER

REUNIÕES CIENTÍFICAS

18 OUT Simpósio Comemorativo dos 25 anos da "Alzheimer Portugal"

22 OUT Curso de Formação para Profissionais das USF

25 E 26 OUT 2.º Simpósio Internacional de Doenças do Soalho Pélvico

29 OUT Curso de Formação para Profissionais das USF

04, 05 E 06 NOV Mostrem 2013 (Jornadas do Internato Médico)

05 NOV Curso de Formação para Profissionais das USF

07 NOV Reunião de Trabalho Editorial para a Revista de Medicina Geral e Familiar

09 NOV Reunião de Serviços de Imunoalergologia do H. S. João e do Centro Hospitalar V.N. Gaia/ Espinho

12 NOV Curso de Formação para Profissionais das USF

14 E 15 NOV 1.ªs Jornadas de Patologia Pulmonar Crónica

16 NOV Jornadas para Médicos Internos pelo Colégio de Nefrologia

15, 16 E 17 NOV Reunião de Médicos para elaboração de projecto *Polycystic Ovary Syndrome Special Interest Group*

23 NOV Sessão Clínica - Módulo Meios Auxiliares de Diagnóstico

29 E 30 NOV 3.ª Reunião de Cirurgia Raquidiana Minimamente Invasiva

30 NOV Sessão de esclarecimento à população diabética sobre utilização de bombas infusoras de insulina no tratamento da diabetes

05 DEZ Reunião de Trabalho Editorial para a Revista de Medicina Geral e Familiar

12, 13 E 14 DEZ Curso EURACT *(European Academy for Teachers in General Practise)* para orientadores de MGF

REUNIÕES ORGANIZADAS PELO CRNOM

12 DEZ Acto Eleitoral OM – Triénio 2014-2016

ACTIVIDADES DE CULTURA E LAZER

Exposições:

11 A 25 DE OUT Exposição de Fotografia "Prelúdio para um Museu" pelo Hot Club de Portugal, seguido de um concerto por Combo HCP

08 A 29 NOV Exposição de Pintura e Escultura de Pedro Guimarães

Concertos e Cinema:

11 OUT Concerto por Combo do Hot Club de Portugal no âmbito da inauguração da Exposição de Fotografia "Prelúdio para um Museu"

23 OUT Concerto de Jazz com Barros Veloso (piano), Manuel Jorge Veloso (bateria), Bernardo Moreira (contrabaixo), Diogo Duque (trompetista), Ricardo Toscano (saxofone) e Jeffery Davis (vibrafone)

31 OUT 4.º Ciclo de Cinema "O Amor às Voltas pelo Outono Fora". *The Cook, The Thief, His Wife and Her Lover,* de Peter Greenaway, 1989

07 NOV 4.º Ciclo de Cinema "O Amor às Voltas pelo Outono Fora". *Wild at Heart,* de David Lynch, 1990

21 NOV 4.º Ciclo de Cinema "O Amor às Voltas pelo Outono Fora". *Dracula,* de Francis Ford Coppola, 1992

24 NOV Concerto didáctico-pedagógico pela Orquestra do Norte

29 NOV 4.º Ciclo de Cinema "O Amor às Voltas pelo Outono Fora". *Trois Couleurs: Rouge,* de Krzysztof Kieslowski, 1994

Outros Eventos:

17 OUT Sessão Literária sobre Armando Pinheiro (Médico, Escritor, Poeta)

18 OUT Recital de Poesia por Emílio Gonçalves

07 DEZ Festa de Natal, dedicada aos filhos e netos de Médicos

NATAL DA ORDEM 2013

Como já vem sendo hábito, mais uma vez se irá realizar este ano, nas instalações da SRNOM, uma grande Festa de Natal.

É já no próximo dia 7 de Dezembro.

Para formalizar a sua inscrição, fique atento ao Boletim de Inscrição que acompanha esta revista.

Benefícios Sociais acordados com a 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), segue uma listagem de novas empresas aderentes, e algumas actualizações, com os respectivos contactos e taxas de desconto acordadas.

HOTÉIS

Grupo de Hotéis BELVER
Porto • Curia • Lisboa
Tel. 228348660 · Fax: 228348669
www.belverhotels.com
DESCONTOS ESPECIAIS

Hesperia Isla de La Toja
Thermal Spa
Isla De La Toja – Pontevedra
Tel. 0034986730050
www.hesperia.es
DESCONTOS ENTRE 10% E 20%, DE ACORDO COM A ÉPOCA*

Hotel D. Luís***
Santa Clara · 3040-091 Coimbra
Tel. 239802120
www.hoteldluis.pt
DESCONTOS ESPECIAIS

Hotel Avenida Palace
Rua 1º de Dezembro, 123
1200-359 Lisboa
Tel. 213218100
www.hotelavenidapalace.pt
DESCONTOS ESPECIAIS

Santanahotel & Spa****
Monte Santana · Azurara
4480-188 Vila do Conde
Tel. 252640460
www.satanahotel.net
DESCONTOS ESPECIAIS

Hotel Convento d'Alter
Rua de Santo António Alter do Chão, n.º 23
7440-059 Alter d' Chão
Tel. 245619120
www.conventodalter.com.pt
20% DE DESCONTO*

Hotéis D'Ajuda
Funchal – Madeira
Tel. 291 708000
www.hoteisajuda.com
DESCONTOS ESPECIAIS

Porto Palácio Congress Hotel & Spa*****
Avenida da Boavista, 1269
4100-130 Porto
Tel. 225086600
www.hotelportopalacio.com
DESCONTOS ENTRE 40% E 50%*

Continental Hotels
www.continentalhotels.eu
DESCONTOS ESPECIAIS

Choice Hotels
www.choicehotels.com
DESCONTOS ESPECIAIS

APOIO DOMICILIÁRIO

Cores do Afecto
Centro Comercial Carvalhais, lj. FP 63
R. Zulmira de Azevedo,
4780-564 Santo Tirso
Tel. 252866456
www.cores-do-afecto.pt
geral@cores-do-afecto.pt
10% DE DESCONTO*
(excepto baby-sitting e serviços de limpeza doméstica)

Apoio e Companhia
Rua do Campo Alegre, 1162
4415-173 Porto
Tel. 220967385
www.apoioecompanhia.com
geral@apoioecompanhia.pt
8% DE DESCONTO*

AUTOMÓVEIS

Europcar
Aluguer de automóveis com frota variada. Serviço 24h de assistência em Portugal Continental
www.europcar.pt
apoio.clientes@europcar.com
DESCONTOS ESPECIAIS

RÓTOR
Concessionário Nissan
Porto • Matosinhos • Gaia • Feira • Braga
Vendas, Assistência, Peças
CONDIÇÕES ESPECIAIS

LIVRARIA

Porto Editora
www.portoeditora.pt
DESCONTO 10%
(em livros, artigos de papelaria e material de escritório)

HEALTH CLUBS

Tetra Health Club
www.tetra.pt
DESCONTOS ESPECIAIS

EDUCAÇÃO/ FORMAÇÃO

Inlingua
Rua Sá da Bandeira, 605 – 1.º Esq.
4000-437 Porto
Tel. 223394400
www.inlinguaporto.com
info@inlinguaporto.com
10% DE DESCONTO* nas aulas em grupo (adultos e crianças) de Inglês, Alemão, Francês, Espanhol e Italiano. Curso de Inglês específico para a área de Medicina.

Aliança Francesa do Porto
Rua Santa Isabel, n.º 88, Porto
Beneficiários: Médicos inscritos na SRNOM (e respectivo agregado familiar); Colaboradores da SRNOM (e respectivo agregado familiar).
DESCONTOS DE 20%* (pontualmente poderão ser estabelecidas outras condições especiais).

LIMPEZA E CONSERVAÇÃO

A Diferença Lda
R. Cónego Rafael Alvares da Costa n.º 144 r/c, S. Victor, Braga.
Serviços de higiene e limpeza.
Beneficiários: Médicos inscritos na SRMOM e seus familiares (ascendentes, descendentes e cônjuge); Colaboradores da SRNOM.
DESCONTOS DE 20%* (serviço limitado a 20 km de distância da cidade de Braga).

* Sobre os preços de tabela.

A Ordem dos Médicos celebrou com a Axa Portugal – Companhia de Seguros, SA um seguro de responsabilidade civil que abrange todos os seus associados. Quanto a outros seguros, a Axa Portugal – Companhia de Seguros, SA apresenta vantagens para os associados da OM.

U.PORTO

Estão abrangidos por este Protocolo as pessoas e/ou Instituições que sejam encaminhados pela Universidade do Porto e deverão ser, preferencialmente, os Licenciados em Medicina ou os seus cônjuges ou parentes no 1.º grau da linha recta e devem estar devidamente credenciados por aquela. Excepcionalmente, poderão ser abrangidos por este Protocolo investigadores, professores ou convidados da UP que não preencham os requisitos referidos acima. Os beneficiários deste Protocolo terão vantagens no aluguer de salas (25% de desconto sobre o preço base para não médicos) e no alojamento na Casa do Médico.

Santander Totta

A Ordem dos Médicos tem em vigor um protocolo de colaboração com o Banco Santander Totta (1º Grande Banco a actuar em Portugal, de acordo com as mais prestigiadas publicações económicas nacionais e estrangeiras), destinado aos associados da Ordem que tenham o seu vencimento domiciliado no Banco. Este Protocolo estabelece um leque alargado de benefícios na constituição de produtos e serviços, dos quais se destaca:
A campanha actualmente em vigor para novas domiciliações com oferta de diversos Brindes, entre os quais um **Ipad Apple,** para vencimentos superiores a 1200 Euros.
Na **Conta Ordenado,** a isenção de comissões na conta e a disponibilização gratuita de uma gama diversificada de seguros: Seguro de Responsabilidade Civil Familiar, Seguro de Acidentes Pessoais, Seguro de Assistência Médica Lar 24 Horas e Seguro de Assistência Técnica Lar 24 H.
Oferta de condições preferenciais num leque alargado de **cartões de crédito,** ajustado ao perfil dos seus utilizadores. Destaque ainda para um pacote de seguros exclusivos do Cartão Gold Premium R.
Bonificação da taxa de juro aplicáveis no crédito pessoal, crédito especializado e crédito à habitação.
Oferta do serviço **Time Management** (que permite o acesso a um conjunto diversificado de serviços de assistência ao lar, restaurantes, espectáculos, etc., com um simples telefonema) e do Clube Premium, para marcação de serviços e reservas em vários parceiros de prestígio (hotéis, restaurantes, SPAs, eventos culturais)

Para mais informações, entre em contacto com um dos Balcões do Banco Santander Totta ou através da Linha Premium (tel. 707212727 / 217807330) ou ainda em protocolos@santander.pt

BANCO BiG

A Ordem dos Médicos celebrou recentemente um protocolo com o Banco BiG, um banco inovador na área de investimento e poupança e que se destaca pelos seus rácios de solidez financeira. De facto, em 2011 o Banco BiG foi distinguido, pela 4.ª vez nos últimos 5 anos, com os prémios de "Melhor Banco" e "Banco Mais Sólido" na categoria Médio e Pequeno Banco, uma iniciativa da revista Exame, em parceria com a Informa D&B e auditoria da Deloitte.
Através deste protocolo, os Membros da Ordem terão acesso a Soluções de Poupança com vantagens especiais e que se adequam a diversos objectivos de poupança. No caso de Membros que abram conta no BiG, beneficiarão de um "Super Depósito" a 3 meses, com uma taxa de juro de 5,25% TANB válida na presente data e montantes mínimo e máximo de 500 euros e 100.000 euros respectivamente (mobilização antecipada possível pelo montante total e sem perda do juro). A oferta do BiG passa ainda a contemplar vantagens para os Membros da Ordem numa "Conta Poupança Reformado" (disponível para pensionistas) e numa Conta Aforro que facilita a constituição regular de poupança. Num momento em que as famílias valorizam cada vez mais a poupança, a Ordem dos Médicos e o BiG pretendem sensibilizar os Membros da Ordem para a importância deste tema e para a obtenção de condições de incentivo à poupança.
Para mais informações, contacte o Banco BiG através do número 707 244 707, do e-mail apoio@bancobig.pt ou de uma agência BiG.

COMBOIOS DE PORTUGAL

A CP LONGO CURSO celebrou Acordo Comercial para venda de bilhetes em regime de tarifário especial, proporcionando aos colaboradores e associados da Ordem dos Médicos a aquisição a preços mais vantajosos nos seus comboios Alfa Pendular e Intercidades, respectivamente, nas Classes Conforto e 1.ª classe. Associado a diferentes regimes de parceria, proporciona ainda preços competitivos na utilização de parques de estacionamento em Pragal, Lisboa Oriente, Porto e Braga, aluguer de viaturas no destino para as viagens de ida/volta e ainda descontos em algumas unidades hoteleiras.

Protocolo entre o Centro Hípico do Porto e Matosinhos (sito no lugar de Gonçalves, Leça da Palmeira) e a Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos

Beneficiários: todos os médicos inscritos na SRNOM e respectivo agregado familiar

ISENÇÃO DE PAGAMENTO DE JÓIA DE INSCRIÇÃO, NO VALOR DE 1.500,00 EUROS.
DESCONTO DE 10 % NA COMPRA DE BLOCOS DE AULAS DE EQUITAÇÃO.