

# Ficha Técnica

## Ordem dos Médicos

Ano 21 – N.º 58 – Junho 2005

PROPRIEDADE:



Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos, Sociedade Unipessoal, Lda.

SEDE: Av. Almirante Gago Coutinho, 151  
1749-084 Lisboa • Tel.: 218 427 100

**Redacção, Produção e Serviços de Publicidade:**

Av. Almirante Reis, 242 - 2.º Esq.º  
1000-057 LISBOA

E-mail: celom.omcne@omsul.com  
Tel.: 218 437 750 – Fax: 218 437 751

**Director:**

Pedro Nunes

**Directores-Adjuntos:**

José Moreira da Silva  
José Manuel Silva  
Isabel Caixeiro

**Directora Executiva:**

Paula Fortunato

**Redactores Principais:**

Miguel Guimarães, José Ávila Costa,  
João de Deus e Paula Fortunato

**Secretariado:**

Miguel Reis

**Dep. Comercial:**

Helena Pereira

**Dep. Financeiro:**

Maria João Pacheco

**Dep. Gráfico:**

CELOM

**Capa de:** Carlos Rodrigues

**Impressão:**

SOGAPAL, Sociedade Gráfica da Paiã, S.A.  
Av.ª dos Cavaleiros 35-35A – Carnaxide

**Inscrição no ICS:** 108374

**Depósito Legal:** 7421/85

**Preço Avulso:** 1,6 Euros

**Periodicidade:** Mensal

**Tiragem:** 32.000 exemplares

(11 números anuais)

# S U M Á R I O

- 4 EDITORIAL**
- 6 INFORMAÇÃO**  
Sub-especialidade em Medicina Materno-fetal (prazo de candidatura)  
Competência em Emergência Médica (convocatória para Assembleia Geral)  
Eleições da Direcção do Colégio de Medicina no Trabalho  
Carta aberta ao CNE da OM
- 8 Passeios Pedestres 2005 - SRS**
- 10 ACTUALIDADE**  
Prevaleceu o bom senso
- 14 ENTREVISTA**  
Rigor, ética e verdade  
José Amarante
- 18 Portugal pode ter um sistema de emergência médica exemplar**  
Luís Cunha Ribeiro
- 24 É urgente definir o regime de transição e avaliar os Internatos**  
Rui Guimarães, Hugo Esteves, Ricardo Mexia e Diana Mota
- 30 INFORMAÇÃO**  
Regulamento do Internato Médico - Proposta da OM
- 60 OPINIÃO**  
Medicamentos, ética, economia e o obsoleto monopólio das farmácias  
*De Fernando Martins do Vale*
- 62 O Papa João Paulo II e a ciência médica**  
*De Adelino Marques*
- 64 O diagnóstico clínico – das dúvidas à certeza**  
*De A. Coutinho Miranda*
- 68 CONTOS**  
«Une blue (bonne) expérience»...??  
*Por Manuela Santos*
- 70 O Pombo mensageiro**  
*Por Leonor Duarte de Almeida*
- 72 CULTURA**  
Inclui os últimos lançamentos discográficos e literários
- 75 NOTÍCIAS**

## Valores

**E**m tempo de economicismo impante apimentado pela sempre presente crise e pelo soturno déficit, falar de valores é de pragmático simplismo. O caso muda de figura quando se escreve, a tinta indelével aterroriza, e o leitor descobre, quiçá estupefacto, que os valores em causa são imateriais e não os habituais representados pelas pontes impressas nos papelitos do Banco Central Europeu.

Apesar do verão apelar a alguma escrita “light” não consigo deixar de pensar em valores quando no mês que decorreu fui confrontado com factos tão disparees como uma linha de “metro” improvável ou um “ranking” inenarrável.

Encontrar similitude entre tão divergentes factos só por forçado desejo de os acomodar no espaço de um editorial ou impenitente vontade de medicalizar a existência humana.

Que poderá servir de traço de união entre uma linha de “metro”, que após quilómetros do pacífico enterramento na esteira da Tuneladora Micas se desponta prazenteira à superfície envolvendo em apertado amplexo um hospital, e um “ranking” idiota de um tablóide de fim de semana?

Nada, aparentemente, ou talvez o conflito de valores.

Senão vejamos:

Considerando que um “metro” à superfície desempenha as mesmas funções transportadoras e é incomensuravelmente mais barato por centímetro de construção, a dedução óbvia é que: - enterrá-lo só se em risco de derrube da Torre dos Clérigos.

Nesta conformidade, ligeiro, o comboio em causa desponta dos subterrâneos em que atravessou zonas urbanas e parques de universidade, para não perturbar lares, comércio ou estética, para se evidenciar colorido à superfície da cerca do hospital.

Engenhosamente estudado para não perturbar o acesso a um parque, este subterrâneo, de automóveis, o vistoso veículo encosta-se a centímetros do muro da escola de enfermagem, cruza sem semáforo ou cancela a porta da dita e num assomo de coragem rodeia, encostado, dois dos quatro lados do perímetro de um dos maiores hospitais do país.

Não fora o facto de um desses lados ser tão somente a fachada e respectivas portas principais da dita unidade de saúde e tal facto mais não constituiria que uma amostragem de moderna tecnologia e mancha de cor no cinzento da paisagem urbana.

O facto de tal trajecto na sua incontornável superficialidade obrigar a mergulhar em estreito túnel todo o acesso de ambulâncias ao serviço de urgência é uma mera questão de pormenor.

O facto de os doentes, acabados de chegar das periferias, algumas longínquas e rurais, serem obrigados a atravessar, pé mal pousado no chão, uma linha de comboio urbano apenas protegidos pelo tradicional “pare, escute e olhe”, é pormenor a não considerar.

O facto de todos os utilizadores do sistema – dos médicos, aos enfermeiros e aos doentes, dos bombeiros ao INEM – terem dado parecer negativo, é meramente uma questão de conservadorismo atávico, de inimigos do progresso, de velhos do Restelo recém alojados em Paranhos a quem administrador de empresa pública não deve ligar. Assim como assim o interesse público defende-se combatendo os lobbys.....

Na bolsa social que valem os valores da protecção da vida e da saúde, da preocupação com o bem estar dos doentes, sopesados e comparados com cem metros de túnel ou a interrupção da exploração de um parque de estacionamento?

No mesmo tempo histórico, porque as coincidências mais não traduzem quantas vezes que as circunstâncias do tempo, uma revista conseguiu vender milhares de exemplares (há quem diga a sua maior tiragem de sempre) chamando à capa uma reportagem que induzia o incauto leitor a acreditar ter o preclaro meio de comunicação social descoberto os dez melhores médicos de Portugal.

Descontando o facto, de obrigatório conhecimento do jornalista mais que não seja porque eu próprio lho tinha explicado, de ser impossível identificar os dez melhores num ramo de actividade humana que tanto se distingue do ténis, fica unicamente a identificação dos valores.

Analisado o método resulta que consistiu, sibilino, em insistir para além da paciência humana em que um conjunto de médicos opinassem pelo voto sobre qual dos seus pares era o melhor. Identifica-se como material a opinião de cinco por especialidade, o que no cientifismo de tal tipo de publicação é amostra bastante.

Agarrem-se agora dez eleitos, todos eles acima de qualquer suspeita, devidamente pressionados pelos facto de o terem sido, gratos e comprometidos com os colegas que os escolheram, e, com desplante, façam-se fotografias com objectos de uso corrente.

Manipulados assim uns e outros, eleitores e eleitos, nada melhor que produzir a revista com o pormenor, verdadeira cereja em cima do bolo, de identificar consultórios e preços de consulta. Sendo que para um número significativo este era o da taxa moderadora do serviço público em que trabalham exclusivamente.

Que valores se identificam em tal história banal? Os da verdade, do dever/ direito de informação, da lealdade para com os outros? Ou os valores do lucro fácil, do enriquecimento como alfa e omega, do vale tudo?

A resposta é óbvia. Nuns como noutros os sinais dos tempos são claros: Vale tudo, mesmo tudo, desde que o pecúlio aumente.

Vale tudo, mesmo tudo, desde que os valores se possam depositar na conta bancária.

Perante tal evidência porque continuarão os médicos, e principalmente esses tontos da Ordem, a preocupar-se com a dignidade dos seus colegas que um espertalhão habilidoso manipulou ou com a forma como os doentes são atropelados ou chegam de ambulância à urgência do S. João?...

Perante valores tão sólidos como ainda há gente a preocupar-se com essa coisa etérea da ética médica?. Uns conservadores...



## Sub-especialidade em Medicina Materno-fetal

### PRAZO DE CANDIDATURA

Na informação publicada na Nossa edição de Maio foi, por lapso, indicado um prazo errado para apresentação

de candidaturas. Reproduzimos de seguida a informação correcta conforme aprovada em reunião de CNE de 15 de Março:

«O período de abertura a candidaturas será fixado em **6 (seis) meses** decorridos a partir do dia da publicação na Revista da Ordem dos Médicos.»

## Competência em Emergência Médica

### ASSEMBLEIA GERAL - CONVOCATÓRIA

Nos termos da alínea e) do Artigo 10º do Regulamento das Secções de Subespecialidade e das Comissões de Competência e do Artigo 7º do Regulamento Geral dos Colégios das Especialidades convoco os médicos detentores do título de Competência em Emergência Médica para a Assembleia Geral a realizar em Coimbra, no dia 23 de Setembro

de 2005, pelas 15.00 horas, com a seguinte ORDEM DE TRABALHOS

- 1) Informações
- 2) Especialização em Medicina de Urgência
  - Conferência
  - Debate

Pel'A Comissão Técnica da Competência em Emergência Médica, O Presidente - Carlos Mesquita

## Eleições da Direcção do Colégio de Medicina do Trabalho

A seguir se transcreve decisão tomada em reunião do CNE de 15 de Março relativamente ao assunto em epígrafe:

«Eleições da Direcção do Colégio de Medicina do Trabalho: foi decidido prolongar o mandato da Direcção do Co-

légio de Medicina do Trabalho até à data das eleições dos restantes Colégios de Especialidades.»

## Carta Aberta ao CNE da Ordem dos Médicos

### A propósito de uma reportagem sobre os melhores médicos de Portugal

A Revista Sábado do dia 3 de Junho dedica a sua capa, 18 páginas de texto e um desdobrável a cores, a uma reportagem designada por "Os 10 melhores médicos".

De acordo com aquela reportagem, após a realização de centenas de contactos foi escolhido um júri de 50 médicos, de 10 especialidades, que elegeram o melhor médico de cada uma dessas especialidades.

Nos textos dedicados a cada um dos 10 médicos escolhidos constam, em vários casos, os respectivos contactos bem como os precários de consulta praticados por aqueles médicos.

Na mesma reportagem existe um desdobrável a cores onde se encontra reproduzida uma fotografia de conjunto dos 10 médicos escolhidos como os melhores, constando no verso do mesmo o anúncio às revistas "Máxima", "Vogue" e "Go". Quem acompanha notícias sobre médicos não tem dúvidas que se trata de uma reportagem original, já que não recorde nenhuma situação em que um conjunto de 50 médicos tenha realizado uma eleição destinada a escolher os melhores especialistas e que a mesma tenha tido semelhante divulgação.

Como médico não tenho que apreciar o interesse ou a

qualidade jornalística da reportagem em causa, ainda que o texto aponte para uma elevada correcção na forma como o seu autor conduziu a sua realização.

Relativamente aos colegas protagonistas da referida reportagem tenho a honra de conhecer muitos e de ser amigo de vários.

Contudo, considerando a relevância da mesma reportagem importa que todos os médicos portugueses, particularmente os 33.000 anónimos que não mereceram o estatuto de júri ou de eleitos, tenham a possibilidade de proceder à divulgação da sua actividade profissional de modo eventualmente semelhante.

Neste contexto, venho publicamente solicitar ao Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos, a emissão de um parecer que avalie a conformidade da participação dos médicos referenciados na reportagem da Revista Sábado com as disposições do Regulamento Geral sobre Publicidade, Divulgação e Expressão da Actividade Médica, publicado na Revista da Ordem dos Médicos de Março de 2002, para que a doutrina daí emergente seja universalmente praticada por todos os médicos em condições de exercer legalmente a Medicina em Portugal.

Miguel Leão

Médico - Cédula Profissional 29126

# Resposta à Carta Aberta atrás reproduzida

**Exm.º Senhor  
Dr. Miguel Jorge Oliveira F. Leão**

Exm.º Colega,

Acuso a recepção da sua carta em que tece judiciosos comentários a um trabalho jornalístico a todos os títulos lamentável difundido pela revista “Sábado”.

Contrariamente à opinião expendida pelo colega é minha opinião que se trata de um mau trabalho jornalístico já que quem o produziu foi devidamente informado que identificar “o melhor” por especialidade era inexequível dado tal conceito carecer de aplicabilidade em medicina.

Contrariamente, igualmente, à opinião do colega não é meu parecer que não possa enquanto médico, apreciar o trabalho do jornalista dado que tal direito me cabe enquanto cidadão, leitor e alvo, do trabalho dos profissionais de informação. Não posso por conseguinte subscrever a opinião do colega quando opina (Sic)... “o texto aponta para uma elevada correcção na forma como o seu autor conduziu a sua realização”....

Pelo contrário trata-se de mau jornalismo típico de uma cultura, que aliás o autor revela ao mencionar a zona geográfica da sua inspiração, estranha às normas de civilidade que eram de tradição nos “media” portugueses.

Seguramente que, de um ponto de vista financeiro, tal forma de actuar acarretou significativos réditos.

Por último permita-me, colega, sabedor que é e revela ser dos regulamentos e estatutos da Ordem, que lhe lembre que o Conselho Nacional Executivo não é o órgão apropriado para a produção do parecer que anseia. Com efeito as atribuições disciplinares residem nos Conselhos Disciplinares e no Presidente da Ordem dos Médicos.

Como Presidente da Ordem dos Médicos considero que os colegas envolvidos, quer como júri, quer principalmente como eleitos foram não tanto prevaricadores mas essencialmente vítimas.

Com efeito, não entendo que exista intenção de divulgar a actividade e obter ilegítimos ganhos de concorrência por colegas sobejamente conhecidos, vários em dedicação exclusiva e outros reformados que mantêm uma actividade clínica residual numa louvável atitude de manutenção do seu compromisso para com a medicina e os doentes.

Acredito que todos os colegas envolvidos que viram os seus nomes utilizados nas diversas qualidades em que o foram, sentiram um enorme incómodo que seguramente lhes acarretou aborrecimentos na sua vida profissional e no contacto com os colegas. Nestas circunstâncias não entendo que seja função da Ordem juntar mais incómodo ao que os colegas já sofreram e se alguém houvesse a ser punido certamente seria, se possível, quem obteve lucro com tal exercício de mau jornalismo – os accionistas da mencionada revista.

Assim não irei proceder disciplinarmente. Qualquer dos Conselhos Disciplinares poderá ter diferente interpretação e instaurar o adequado processo.

Também pode o colega, que de tão preocupado não hesitou em fazer-me chegar a sua dúvida na forma original de uma carta aberta que jornalista atento me leu pelo telefone antes mesmo do meu gabinete dela ter conhecimento, pode como dizia, o colega participar disciplinarmente do ou dos colegas que considere culpados da violação dos regulamentos.

Pelo exposto não será, em consequência e nos termos da V. solicitação o assunto agendado para CNE

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente  
Dr. Pedro M. H. Nunes



## Passeios Pedestres 2005

A Secção Regional Sul da Ordem dos Médicos propõe aos Médicos e suas famílias um programa de passeios pedestres pelas mais belas paisagens de Portugal. Trata-se de uma oportunidade única de estar em pleno contacto com a natureza, usufruir da tranquilidade que esta proporciona e de participar num saudável convívio entre colegas.

### 11 de Setembro – “Vale de Alvados e Fórnea da Velha”

– Parque Natural das Serras de Aire e Candeeiros

**Organização:** Secção Regional Sul

#### Inscrições limitadas.

As inscrições para os passeios iniciam-se um mês antes da data dos mesmos – Vale de Alvados e Fórnea da Velha a partir de 11 de Agosto.

Taxa de inscrição: 5 euros. As inscrições só serão confirmadas após o pagamento do valor de inscrição que deverá acontecer até 4ª feira anterior à data do passeio. No caso de isso não se verificar o participante perderá o lugar de reserva. Em caso de desistência, os participantes deverão avisar a SRS até à 4ª feira anterior à data do passeio de modo a que lhes seja restituído o valor de inscrição. Caso não o façam dentro do prazo referido, perdem o direito à devolução do valor da inscrição e à inscrição no próximo Passeio.

**Informações e Inscrições na Secção Regional Sul ou pelo telefone 21 842 71 00 (Teresa de Sousa).**

#### Informações Detalhadas

Passeio Pedestre “Vale de Alvados e Fórnea da velha”

Parque Natural das Serras de Aire e Candeeiros

11 de Setembro de 2005

**Organização:** Secção Regional Sul

**Colaboração:** Conselho Nacional do Médico Interno

#### Local de encontro

Entrada da igreja de Alvados – 10 H.

#### Como ir lá ter

Lisboa (A1) > Saída Torres Novas (Placa A123) > Direcção Parque Natural / Moitas Venda > Mira de Aire / Minde, estrada Nacional 243

(Direcção Porto de Mós) - Desvio aldeia de Alvados (Siga os ciprestes até ao local de encontro).

#### Programa

Inclui :

1 Passeio pedestre de grau moderado (aprox. 5h/ cerca de 12 Km aprox.); guia-de-campo, acompanhamento de 1 guia Papa-Léguas durante todo o percurso, informações histórico-científicas, seguro, oferta de 1 café SICAL.

Não inclui:

Alimentação e transporte até ao local de encontro.

#### Memória Descritiva

Iniciamos o percurso através de um frondoso carreiro rural, utilizado pelos locais para a ligação entre a sua pacata aldeia e os já raros campos agrícolas do parque natural...oliveiras, castanheiros e carvalhos centenários, derradeiros testemunhas da mata



devastada, abraçam um caminho estreito e labiríntico, emoldurado por dezenas de metros de muros de pedra (chousos), que compartimentam a paisagem, criando enigmáticos desenhos quando observados do alto de uma encosta. Quem achar a saída será recompensado com um cenário habitual de áreas montanhosas de maiores dimensões... aparece-nos um extenso e larguíssimo vale. Percorreremos esse vale onde o silêncio impera, sendo apenas desafiado pelo piar agudo de uma ou outra gralha-de-bico-vermelho. Após pausa para merendar, iremos ter a oportunidade de observar todo o percurso percorrido até então... as vistas são soberbas! O majestoso

vale espria-se na paisagem, sendo certamente uma das paisagens mais espectaculares dos passeios da nossa terra que a Papa-Léguas organiza. Descendo a encosta até ao Polje de Alvados, sempre com um esplêndido panorama sobre as regiões do parque natural, chegamos ao ponto culminante do nosso passeio. Uma vigorosa depressão forma um espectacular anfiteatro natural com várias centenas de metros de altura, a que os locais apelidaram de Fórnea da Velha. Após um merecido descanso, partiremos entre tranquilos campos de oliveiras até ao local onde deixamos as nossas viaturas.

**Distância:** cerca de 12 Km aprox.

**Duração:** cerca de 5 horas aprox.

**Declives:** 1 subida ligeiramente acentuada, desníveis acumulados 156m.

**Dificuldade:** Moderado

**Tipo de terreno:** Corta-mato em chão de pedra, estrada em terra batida, trilho estreito

#### Património Natural

Maciço Calcário Estremenho (formações cársicas: algares, dolinas, lapiás, entre outras), Planalto de Sto. António e depressão de Alvados; formações de carvalho-cerquinho (*Quercus Faginea*), olival e estratos arbustivos de garrigue (carrascais e outros matagais de aspecto uniforme; fauna e avifauna da região.

#### Património Edificado

Aldeia de Alvados; muros de pedra (chousos); eiras, cisternas, cercas e terrenos para albergar gado.

#### Património Etnológico

Lendas da região; festas e romarias das aldeias serranas; artesanato e costumes locais; origens toponímicas.

#### Equipamento

Calçado confortável e com sola aderente. Roupas leves, chapéu, protecção para as intempéries. Pequena mochila de dia com aguns víveres e 1,5 L de água. Máquina fotográfica e binóculos.

## Prevaleceu o bom senso

Após quatro meses de debate sobre uma questão que muitos qualificam de mero bom senso – a não passagem do Metro à superfície em frente às três principais entradas do Hospital de São João (HSJ) – Ana Vitorino, secretária de Estado dos Transportes, emitiu um despacho em que recomendou a interrupção da Linha Amarela, que ligará o HSJ a Laborim, antes do acesso à Urgência dessa unidade. A Metro do Porto já confirmou que iria acatar essa recomendação.

O projecto para a linha do metro à superfície junto ao Hospital de S. João afectava as acessibilidades a essa unidade hospitalar, ao Instituto Português de Oncologia (IPO), à Escola Superior de Enfermagem e à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), e foi desde logo contestado por utentes e várias entidades, nomeadamente a pró-

pria FMP e HSJ, Ordem dos Médicos (OM), Sindicatos Médicos e deputados dos vários quadrantes políticos, tendo recebido pareceres negativos da Administração Regional de Saúde do Norte, INEM, Bombeiros e do assessor para a segurança contra incêndios e planeamento de emergência do hospital. A FMUP, utentes, médicos e outros profes-

sionais de saúde, estudantes e professores criaram uma comissão ad hoc que exigiu desde o início deste processo o enterramento da Linha Amarela no seu último troço, única zona em que vinha à superfície, isto é, entre a Faculdade de Medicina Dentária e o HSJ. Apesar de todos os alertas quanto ao deficiente estudo de circulação daquela



zona, das críticas às consequências que a passagem do metro à superfície em frente a um serviço de urgências iria ter e das promessas da empresa responsável de que interromperia as obras até que se efectuasse um estudo independente, durante quatro meses a obra continuou a avançar – mesmo após a secretaria de Estado dos Transportes ter pedido que se suspendessem os trabalhos - e tentaram criar-se «soluções» que na verdade se adivinhavam pouco funcionais: a circulação das ambulâncias passaria a fazer-se por um túnel, evitando assim atravessar a linha do metro (que manter-se-ia à superfície). Um túnel, com um declive de 11% e apenas uma faixa de rodagem em cada sentido, que facilmente ficaria intransitável, por exemplo, em caso de acidente. Numa visita ao local das obras, em que foi acompanhado por representantes dos sindicatos médicos e por José Amarante, Director da FMUP e Director do Serviço de Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética do HSJ, o bastonário da OM, Pedro Nunes questionou: «será mais importante construir um túnel para passarem os doentes ou será mais importante ter o aces-

so livre à superfície e fazer o túnel para passar o metro?»

O bastonário tinha já apelado ao Governo que reequacionasse o projecto para a envolvente do Hospital de S. João alertando que o mesmo punha em causa os direitos dos utentes ao prejudicar «a funcionalidade do Hospital e a acessibilidade dos doentes».

Apesar de, após o despacho de Ana Victorino datado de 15 de Junho, a Metro do Porto ter afirmado que iria acatar esta nova recomendação, o túnel já está neste momento construído sendo a recomendação da secretaria de Estado dos Transportes no sentido de manter-se o acesso à Urgência à superfície, e que se efectue um estudo da melhor solução e a eventual conclusão do túnel.

A Linha Amarela, que ligará o HSJ a Laborim, será portanto interrompida antes do acesso à maior Urgência da cidade do Porto. Prova-se agora que todas as críticas formuladas tinham fundamento o que facilmente se teria aferido há quatro meses atrás com uma simples e breve reflexão sobre os argumentos apresentados pelos opositores ao projecto em causa.

## Última hora

A Comissão «ad hoc» para o enterramento da linha do metro junto ao HSJ, denunciou à Secretaria de Estado dos Transportes o facto de continuarem as escavações a nascente da entrada das Urgências mesmo após a recomendação para que a Linha Amarela termine a poente daquela entrada. No dia 21 de Junho ainda não havia qualquer indicação na obra para proceder à repavimentação.



Jorge Miguel Gonçalves/O Comércio do Porto

## Uma questão aparentemente simples...

- «O que me parece absurdo é a linha vir à superfície precisamente no ponto em que vai causar transtornos de acessibilidade a dois hospitais da maior importância (HSJ e IPO)»

- Pedro Nunes, Bastonário da Ordem dos Médicos

- «Não é preciso ser engenheiro para perceber que isto não pode ser. É uma questão de bom senso» - *ibidem*

- A instalação do metro à superfície precisamente na zona do HSJ, (...) para além de ir tornar as acessibilidades caóticas, dará inevitavelmente lugar ao aumento do número de acidentes (atropelamentos e choques de viaturas) e dificultará, em muito, os acessos e a própria circulação das viaturas de transporte de doentes graves.» - José Amarante, Director da FMUP e Director do Serviço de Cir-

gia Plástica Reconstructiva e Estética do HSJ

- «A instalação do metro na frente do hospital levaria a que todos os acessos pedonais, mesmo de doentes com dificuldades físicas, tivessem de ser efectuados passando por cima dos carris do metro.» - *ibidem*

- «Como é que as pessoas podem entrar nestas instalações em segurança com carruagens a passar de quatro em quatro minutos?» - Carlos Santos, Sindicato Independente dos Médicos.

- «É evidente o problema que está aqui: há uma grande falta de bom senso» - Pedro Nunes, Bastonário da Ordem dos Médicos



## Rigor, ética e verdade

Um dos principais críticos do projecto do metro para a zona do Hospital de São João/Faculdade de Medicina do Porto, José Amarante concedeu-nos esta entrevista na véspera da emissão do despacho da secretária de Estado dos Transportes que veio recomendar a interrupção da Linha Amarela antes da Urgência do HSJ (vidé artigo incluído nesta edição). Durante os quatro meses em que se debateu esta problemática José Amarante tudo fez para alertar as instituições competentes e afirma sentir que ‘cumpru o seu dever’.

**Revista da Ordem dos Médicos** - Numa breve análise qual a real extensão das consequências da passagem do metro à superfície na alameda de acesso à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto/Hospital de S. João?

**José Amarante** - Devo começar por afirmar, para que não haja dúvidas, que a instalação do Metro na área da Faculdade de Medicina/Hospital de S. João representará um benefício para os doentes, alunos e profissionais que trabalham nas Instituições.

A sua instalação à superfície na área da Asprela, onde existe já hoje uma enorme afluência de pessoas (cerca de 40 a 50 mil diariamente) e viaturas, tornará as acessibilidades caóticas e aumentará inevitavelmente o número de acidentes (atropelamentos, choque de viaturas, etc.) o que dificultará ainda mais os acessos e a circulação de viaturas para transporte de doentes graves ao Hospital.

Para além disso, a instalação do Metro no trajecto pretendido, na frente do Hospital (onde diariamente cruzam cerca de 10 a 20 mil pessoas), obrigará a que todos os que tenham utilizado na sua deslocação automóveis, viaturas próprias e táxis e nos quais se incluem evidentemente os doentes (alguns operados, grávidas etc.), os seus acompanhantes e visi-

tas, terão que passar por cima dos carris do metro o que, como compreende, acarretará um risco acrescido para essas pessoas.

**ROM** – Essas preocupações têm sido expressas por várias entidades...

**J. A.** – Sim, estas preocupações foram recentemente realçadas pelos relatórios elaborados quer pelo assessor para a área de segurança contra incêndios e do planeamento da emergência do H.S.João/FMUP e IPO, quer pelo presidente do INEM quer ainda pelos técnicos da Administração Regional de Saúde do Norte. Mais recentemente esses perigos foram também divulgados publicamente pelo Senhor Professor Romero Bandera, especialista em catástrofe e comandante de uma corporação de Bombeiros, e pelo Sr. Eng.º James Catmur especialista da empresa que auditou a segurança do Metro de Londres.

De referir ainda os alertas e as denúncias dos representantes dos profissionais de saúde, o Senhor Bastonário da Ordem dos Médicos e a Senhora Bastonária da Ordem dos Enfermeiros que aquando da visita ao local, alertou para aos riscos do “traçado” programado para o metro no local. A sobrecarga do tráfego presentemente existente na área, e que o próprio metro agravará substancialmen-

te pelos espaços ocupados e a sua localização, motivou que a própria empresa Metro considerasse na proposta publicamente apresentada o rebaiamento da estrada da circunvalação (obra por cujos custos não se responsabilizou e para a qual o governo também não disponibilizou as verbas necessárias), na tentativa de alijar os custos para outros.

A ligeireza da proposta foi tal que inicialmente, o acesso das viaturas ao Serviço de urgência se efectuava cruzando os carris do metro e eventualmente o tráfego seria regulado por semáforos. Recentemente foi proposto um túnel de acesso de viaturas ao Serviço de Urgência que para além dos riscos que representará em caso de catástrofe ou de avaria de uma ambulância no local, nem sequer cumpre as normas de segurança, nomeadamente na altura mínima de 4 metros.

**ROM** - Que questões se colocam no que se refere especificamente à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto?

**J. A.** - As questões que se colocaram à Faculdade de Medicina, em boa verdade, são semelhantes às que se colocam ao Hospital e, neste momento, a consonância de opiniões entre o Hospital e a Faculdade são

bem conhecidas de todos. Permita-me que lhe recorde o que na inauguração do edifício da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto/Hospital de S. João, em 24 de Junho de 1959, o Senhor Professor Hernâni Monteiro referiu logo no início da sua alocução:

“O edifício que se ergue, imponente, nos terrenos da Asprela é a materialização magnífica de um grande sonho dos velhos professores da nossa Casa” e terminou-a com um voto: “E oxalá neste amplo edifício, onde foram instalados os serviços laboratoriais e clínicos da Faculdade de Medicina, não falem as necessárias dotações e o pessoal suficiente, para que possam continuar as honrosas tradições da velha Escola em que me eduquei [...] para maior prestígio da medicina portuense”.

Não posso no entanto também deixar de lhe recordar que a contestação ao projecto foi tal que de imediato se constituiu uma comissão *ad hoc* que integra representantes de todos os sindicatos dos profissionais que trabalham no Hospital, sublinho todos, representantes do movimento de utentes do Serviço de Saúde, eu próprio e o Director do serviço de acção médica há mais tempo em exercício no Hospital de S. João.

**ROM** - Que soluções lhe parecem neste momento viáveis para resolver este impasse? Qual a mais adequada?

**J.A.** - As soluções viáveis para resolução do impasse poderiam passar pelo cumprimento dos compromissos assumidos publicamente pelo Senhor Presidente executivo da Metro, em momento diferentes, quer à Administração do Hospital de S. João, quer à Direcção da Faculdade, com as quais se comprometeu que, caso não fosse possível assegurar o rebaixamento da circunvalação, a última estação da linha amarela seria a do IPO, isto é, localizada na parte lateral do Hospital/Faculdade.

Seria assim possível no futuro, com tempo e serenidade, estudar soluções alternativas a por em prática

quando, dentro de alguns anos, a linha continuar como previsto, para a Maia, nomeadamente o rebaixamento do trajecto do metro. A este propósito devo referir que o metro vem em subterrâneo desde a ponte D. Luís até à área da Asprela, (3 722 metros), para emergir (cerca de 700 metros) à volta do Hospital e, logo de seguida, voltar de novo a ser enterrado em direcção à Maia.

**ROM** - Que balanço é possível fazer da relação que se pode estabelecer entre os custos financeiros da alteração do projecto para criação de uma estação subterrânea e os prováveis custos sociais da não alteração do mesmo, nomeadamente com o aumento do risco para os peões, dificuldades no acesso ao hospital, envolvimento ambiental e arquitectónica, etc.?

**J.A.** - Quanto aos custos das soluções alternativas tenho que referir que a prevenção de acidentes mortais não têm custo. Na verdade infelizmente, há cerca de 3 semanas, verificou-se já um acidente mortal com uma jovem estudante da Escola Superior de Enfermagem provavelmente em resultado das obras do metro em curso no local do acidente.

Quando o metro estiver em pleno funcionamento – as carruagens circularão de 4 em 4 minutos, – será, efectivamente, numa grande passagem de nível sem guarda onde prevejo que os acidentes irão ocorrer com grande frequência.

O que tem sido afirmado, em termos de custos é que, enterrar a circunvalação na área proposta custará 18 milhões de euros, e enterrar o metro na área da Asprela custaria 20 milhões de euros, segundo valores fornecidos pela empresa Metro que estarão claramente inflacionados. No entanto quando relativamente à proposta das indemnizações da Metro a pagar à Normetro, que rondariam os 90 milhões de euros, o Senhor Presidente Executivo da empresa referiu que esse valor “é insignificante no valor total da obra da Linha amarela, trata-

-se de apenas 4% do custo total”. Sendo assim o enterramento do metro na Asprela, segundo o mesmo economista, custaria 20 milhões de euros e dando também como rigorosos os valores apontados pelo gestor, enterrar o metro na Asprela representaria apenas 0,89% do custo total da referida linha amarela.

**ROM** – Há alguma outra questão que gostasse realçar em relação a este processo?

**J.A.** - Gostaria de lembrar que o Hospital de S. João apenas foi contactado relativamente a esta proposta pela Metro em Março de 2003 e, manifestou sempre discordância com o projecto proposto. A Faculdade de Medicina apenas reuniu, pela primeira vez, com a Metro em Maio de 2004. A Faculdade entretanto entendeu interpor uma providência cautelar no início do ano, antes mesmo do início de qualquer obra na envolvente do Hospital logo que tomou conhecimento que teria havido, indevidamente, a expropriação de uma pequena área de



**José Amarante**

Director da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Director do Serviço de Cirurgia Plástica Reconstrutiva e Estética do Hospital de S. João

terreno (cujos proprietários são a Faculdade e o Hospital) e que haveria ainda a intenção da Metro de encerrar ao tráfego as 3 entradas principais do Edifício.

Infelizmente tem-se vindo a gastar dinheiros públicos num traçado que, assim o espero, venha a ser alterado mas o que mais me impressiona como cidadão é a falta de ética da administração de uma empresa de capitais públicos, que além de não cumprir os compromissos publicamente assumidos com o Hospital e a Faculdade, avançou com obras na frente do Hospital ao arrepio de uma decisão da Senhora Secretária de Estado dos Transportes, praticando a política da força e do acto consumado e pondo mesmo em risco a vida de doentes. Isto aconteceu no último fim-de-semana prolongado o que obrigou à visita do local pela Senhora Secretá-

ria de Estado das Obras Públicas, pela Senhora Governadora Civil do Porto e pelo Senhor Presidente do IMEM, seguindo-se à visita uma reunião de emergência no governo civil.

O que se pede a uma empresa de capitais públicos não será apenas rigor nas contas – o que parece não se ter verificado no caso, pelo menos relativamente à Normetro – mas essencialmente Ética e transparência nas relações com as outras empresas e Instituições o que claramente, não se tem verificado com a metro do Porto.

Por outro lado pactuar com o “risco” apresentado – que pressupõe o rebaixamento da circunvalação, o que não irá acontecer, como o ministério das Obras Públicas bem sabe – é colaborar com uma farsa e assumir como verdadeiro um projecto não realizável, fechando os olhos à ilegalidade.

Espera-se que o governo exija às em-

presas rigor relativamente ao cumprimento das regras económicas mas também ética e verdade na gestão e relacionamento com outras entidades e empresas e, particularmente nas que gerem capitais públicos e são tutelados pelo governo, se exija um comportamento exemplar para que, inclusivamente, possam ser apontadas como exemplo a seguir.

Não sendo o caso, espera-se da parte do governo uma actuação, isenta e firme relativamente à actuação da Metro do Porto.

Pela minha parte tudo fiz para alertar e colocar o assunto sob a responsabilidade das instituições competentes pelo que serenamente aguardo as decisões que vierem a ser tomadas com a certeza de ter cumprido o meu dever.

14 de Junho de 2005

---

## Portugal pode ter um sistema de emergência médica exemplar

Presidente do Conselho de Direcção do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), Luís Cunha Ribeiro não esconde o prazer com que está a desenvolver este trabalho, com o apoio de uma equipa – os funcionários do INEM – que qualifica como «muito dinâmica e dedicada». Nesta entrevista falou-nos da evolução do instituto, dos projectos de modernização e certificação que estão a ser implementados, da necessidade de formação e de profissionalização da urgência pré-hospitalar... Sobre as questões levantadas pelo projecto do metro em frente às Urgências do Hospital de São João, o presidente do INEM é peremptório: «era intolerável prosseguir com o projecto».

**Revista da Ordem dos Médicos** - Como analisa o desenvolvimento histórico do INEM no nosso sistema de emergência médica?

**Luís Cunha Ribeiro** - O INEM nasceu com uma estrutura de dimensão muito mais reduzida, que está neste momento na sua fase de 'adulto jovem'. Com a função de prestar socorro na área da emergência médica pré-hospitalar, o instituto cresceu fundamentalmente nos grandes centros urbanos – Porto, Coimbra, Lisboa e Faro. Inicialmente esta actividade desenvolveu-se através da cooperação com terceiras entidades, nomeadamente as corporações de bombeiros, a PSP e a Cruz Vermelha Portuguesa, com o intuito de operacionalizar meios de transporte – ambulâncias – para socorrer as vítimas e transportá-las às unidades de saúde.

**ROM** - Referiu apenas os grandes centros urbanos...

**LCR** - Sim, esse era um dos problemas que se colocava: sendo um instituto nacional cuja actividade é a emergência pré-hospitalar, não se podia limitar às grandes cidades. Todos os cidadãos pagam impostos – ou deviam fazê-lo – e portanto todos têm os mesmos direitos, razão pela qual era obrigação do INEM estender os seus serviços a todo o território nacional. E foi o que fizemos: começámos pelo litoral mas rapidamente passámos para o interior. Nestes quase dois anos e meio, já conseguimos na região norte estender o âmbito do INEM aos distritos de Braga, Vila Real, Chaves e Bragança; no centro às zonas que faltavam, nomeadamente Guarda e Castelo Branco; na zona sul à região de Santarém. Neste momento efectuamos a cobertura de toda a região norte, centro, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve, faltando-nos o Alentejo mas que é uma área em que estamos a trabalhar afincadamente e em que espero ter capacidade de resposta até Setembro. Nessa altura a

cobertura passará a ser quase 100%.

**ROM** - Porque razão a cobertura não é total?

**LCR** - Em relação a algumas zonas a morfologia não o permite ou não existe rede de comunicações. Esse é um aspecto crítico do desenvolvimento do INEM: se não há comunicações não há socorro em emergência médica. A região mais crítica neste momento é junto à Régua mas estamos a estudar uma solução técnica para também aí termos capacidade de resposta.

**ROM** - Como tem evoluído a articulação do INEM com os hospitais?

**LCR** - Essa era uma questão de filosofia subjacente que se nos colocava no início: o INEM não podia ser uma espécie de táxi especializado em levar doentes aos hospitais. Somos um Instituto do Ministério da Saúde (MS), por isso temos a responsabilidade de nos articularmos com as outras unidades do MS. Temos que ter uma interface dinâmica e activa com os hospitais e não actuar de uma forma passiva. Não faria sentido que não existisse essa interacção entre o pré-hospitalar e o hospitalar. Os próprios hospitais já deixaram de ser entidades viradas para dentro, passando a estruturas abertas cujo objectivo é, além de tratarem os seus doentes, irem buscá-los e providenciar-lhes o melhor transporte possível. A relação entre os hospitais e o INEM tem que ser dinâmica...

**ROM** - Mas de que forma se pode dinamizar essa relação?

**LCR** - Estamos a desenvolver um sistema de interacção via GPRS (General Packet Radio Service) em que antes do doente crítico chegar ao hospital (refiro-me a situações de grande traumatismo, determinadas patologias graves como AVC, enfarte agudo do miocárdio, etc.) já tem que a unidade ter conhecimento de que o mesmo vai a caminho e qual o seu estado. Nesse sentido, estamos a desenvolver esse projecto através do qual o hospital terá acesso aos dados clínicos do doente e ao seu sinal biológico antes dele chegar. Para isso iremos colocar em todas as unidades que têm urgência médico-cirúrgica ou polivalente um computador com essa função. Quando o doente chegar ao hospital já não será um estranho, já se conhecerá virtualmente o seu estado.

**ROM** - Esse sistema permite conhecer também a disponibilidade dos hospitais...

**LCR** - Sim, de facto, assim teremos o *feedback* dos hospi-

tais quanto à sua disponibilidade, o que é muito importante: imagine-se que vamos transportar um queimado. Não pretendemos transportar o doente apenas para a unidade mais próxima, mas sim para a unidade mais próxima com capacidade de resposta nessa situação específica, isso só é possível se nós tivermos um sistema que nos permite conhecer permanentemente a disponibilidade dos hospitais nomeadamente em queimados, cuidados intensivos, unidades coronárias... Sabemos as valências das unidades, mas também temos que saber se, em determinado momento, têm vagas.

**ROM** - Que outros factores podem determinar a eficácia do socorro?

**LCR** - A eficácia do socorro em emergência médica depende muito da nossa capacidade de chegar rapidamente ao local e transportar o doente, não de qualquer maneira, mas estabilizado. Já existem inúmeros estudos que demonstram que o doente que é estabilizado no local da ocorrência e só depois transportado tem acentuadas melhorias de prognóstico. É quase uma questão de simples bom senso: temos que fazer a primeira abordagem médica no local e só depois proceder ao transporte. Uma questão que colocava entraves à nossa actuação era o facto do INEM não ter nenhum sistema de georeferenciação. Quando a central 112 - que não é do INEM - recebe um telefonema relativo a questões de saúde passa para nós. Fazemos uma triagem e accionamos os meios que julgamos capazes de dar resposta àquele caso concreto depois de telefonicamente avaliarmos a situação, através das nossas Centrais de Orientação de Doentes Urgentes (os CODUS - Lisboa, Porto, Coimbra e Faro). Mas, por vezes, acontece que as pessoas que recorrem ao INEM estão de tal forma perturbadas, como é natural, que não conseguem sequer dar a sua localização. É precisamente para resolver essa situação que estamos em fase final de implementar o sistema de georeferenciação através do qual a chamada é localizada geograficamente. Uma demonstração de como a tecnologia pode estar ao serviço da comunidade e das populações.

**ROM** - Como analisa a questão da profissionalização da emergência pré-hospitalar?

**LCR** - A profissionalização da emergência pré-hospitalar é um desiderato que perseguimos porque entendemos que é a única forma de prestar a devida assistência às populações quer em termos qualitativos, quer em termos quantitativos. Após avaliar a situação nacional, verificámos que havia um *deficit* de capacidade de resposta essencialmente nas grandes cidades. As ambulâncias do INEM estão sediadas nas em corpos de bombeiros e esquadras da PSP. Mas naturalmente que a vocação da PSP não é o socorro pré-hospitalar mas sim a segurança das pessoas razão pela qual deve ser cada vez mais o INEM a assumir estas questões. Neste momento, os tripulantes das unidades de socorro são formados pelo instituto, estão na dependência hierárquica ou

funcional da instituição e isso permite criar uma estrutura profissional e dar uma resposta de grande qualidade e totalmente controlada. Esta profissionalização é essencial.

**ROM** - Então, neste momento, a resposta a uma situação de emergência está otimizada?

**LCR** - Mesmo com tripulações profissionais devidamente integradas no INEM, verificámos que nos grandes centros urbanos muitas vezes a nossa capacidade de resposta é menor do que gostaríamos. A razão essencial é o fluxo de trânsito. Introduzimos uma modificação com a qual minimizámos as consequências desse 'obstáculo': criámos a mota de emergência médica, na qual vai um técnico com a aparelhagem necessária para fazer suporte básico de vida e um desfibrilhador automático externo. Este técnico pode chegar muito mais rapidamente ao local onde se encontra o doente - estamos a falar essencialmente de casos de paragem cardio-respiratória em que o tempo de espera é crítico. A nossa vocação é chegar a doentes que estão vivos para os manter vivos e não para verificar óbitos.

**ROM** - Considera que o INEM está neste momento dotado do equipamento necessário ao seu bom desempenho?

**LCR** - Não, porque a nossa obrigação é nunca estarmos satisfeitos com o que já conseguimos e procurar melhorar sempre. Enquanto a procura for superior à capacidade de resposta nunca temos o que deveríamos ter. Mas temos que ter em conta que quando se dimensiona uma organização, fazemo-lo para uma capacidade de resposta média e



Luís Cunha Ribeiro - Presidente do Instituto Nacional de Emergência Médica



não para os picos de actividade. Do ponto de vista económico e de recursos humanos seria insustentável ter uma estrutura hiper-dimensionada que passasse a maior parte do tempo sem fazer nada, apenas à espera dos momentos em que surgisse um pico de actividade. Mas a questão do não dimensionamento para os momentos de maior actividade é facilmente contornada porque funcionamos em rede: o INEM faz um grande esforço para ser uma estrutura desburocratizada, descentralizada e a funcionar em rede. Isto traduz-se de uma forma simples: se temos uma ambulância disponível, independentemente da sua zona de intervenção, será deslocada para onde for necessário. Funcionando em rede conseguimos maximizar a nossa capacidade de resposta.

**ROM** - A comunicação é a maior dificuldade na emergência pré-hospitalar?

**LCR** - Não diria que é a maior dificuldade mas é uma grande dificuldade potencial. Precisamente por isso, temos um esquema de comunicações com um grau de redundância que elimina eventuais problemas: além de termos uma rede de rádio-referência própria - que infelizmente não tem nem a qualidade nem a eficácia que desejaríamos - também usamos o telemóvel para comunicar.

**ROM** - Os Veículos Médicos de Emergência Rápida que existem são suficientes?

**LCR** - Temos neste momento pouco mais de trinta VMERs a nível nacional. Até ao final do ano esperamos ter as 40 que estão previstas. É quarenta porquê? Porque só faz sentido uma VMER ligada a um hospital que tenha uma urgência médico-cirúrgica ou polivalente. E quarenta é precisamente o número de hospitais que temos com urgência polivalente ou médico-cirúrgica.

A partir da avaliação que se faz da vítima - doente ou sinistrado - decidimos o meio a enviar, que pode ser uma ambulância ou uma VMER. Esta última tem um médico e um enfermeiro, e o veículo está preparado para prestar suporte

avanzado de vida. Esta é uma arma muito importante que temos: uma estrutura médica capaz de ir ao local e aí tratar o doente, estabilizá-lo e acompanhá-lo à unidade de saúde mais indicada para aquele caso e que, ao mesmo tempo, seja a que se situe mais próximo e tenha disponibilidade.

**ROM** - E quanto ao helitransporte?

**LCR** - Para outro tipo de situações temos o helitransporte, também com uma equipa médica do INEM, o qual tem dois tipos de funções: evacuação primária ou secundária. A primária é, por exemplo, para situações de acidente em autoestrada e a secundária para doentes que estão em unidades que não têm capacidade para os tratar convenientemente. A evacuação primária está a aumentar mas sentimos uma dificuldade muito grande: em Portugal quando há um desastre as pessoas param para ver. Este *voyeurismo* um pouco mórbido acaba por provocar engarrafamentos nas autoestradas, nos dois sentidos, e quando assim é torna-se impossível ser eficiente pois ficamos sem poder aterrar o helicóptero. Mas temos fé que este *voyeurismo* mórbido diminua e assim se facilite a nossa actuação.

**ROM** - Qual o papel do CODU na estrutura do INEM?

**LCR** - As Centrais de Orientação de Doentes Urgentes são uma zona nevrálgica do INEM e estão neste momento a ser totalmente remodeladas e totalmente informatizadas.

**ROM** - Essa modernização tecnológica será apenas nos CODU's?

**LCR** - Não. Queremos que o INEM seja uma instituição de vanguarda na administração pública: temos que desburocratizar para aumentar a eficiência e agilizar os processos. Temos uma filosofia de gestão muito própria: não acredito que o trabalhador insatisfeito seja produtivo. Todos sabemos que em Portugal temos um *déficit* de produtividade e em minha opinião isso sucede porque as pessoas não estão satisfeitas com o que fazem e com o seu local de trabalho. É função das estruturas dirigentes proporcionar, na medida do possível e nos limites da razoabilidade, condições de trabalho para que as pessoas se sintam bem. Isto é essencial para a produtividade, eficiência e capacidade de resposta. Queremos informatizar todo o INEM e tornar esta estrutura *paper free* e, até ao final de 2006, esperamos ter o Instituto todo remodelado nesse sentido. O sistema fluirá todo através da nossa intranet e dos sistemas de informação que estamos a desenvolver.

**ROM** - O INEM está a passar por um processo de certificação de qualidade...

**LCR** - Sim, estamos a fazer um processo de certificação de qualidade pelo ISO 9000 versão 2000 de organização. Mas pareceu-nos que isso não era suficiente pelo que avançamos para um processo mais ambicioso que é incluir uma certificação em higiene e segurança no trabalho e em segurança ambiental. Não consideramos que um processo par-

celar de qualidade seja adequado. Queremos um processo de certificação de qualidade organizacional total.

**ROM** - Que alterações organizacionais destacaria nessa desburocratização?

**LCR** - Estamos a iniciar um processo complexo de reengenharia de processos que é algo que destaco como fundamental: muitas vezes, na administração pública, o número de papéis e assinaturas necessárias para comprar uma simples borracha é de tal forma complexo, redundante e burocrático que as tarefas mais simples se tornam morosas e difíceis. Começámos por desenhar os processos, do pedido, necessidade do pedido até à resposta. O processo que intercala esses momentos está a ser redesenhado para aumentar a eficiência, a produtividade e outra coisa fundamental, o grau de satisfação das pessoas que trabalham no INEM.

Estamos também a desenvolver sistemas de apoio à decisão que nos parecem extremamente importantes principalmente numa área em que a resposta tem que ser rápida e em que se não for a mais correcta pode estar na fronteira entre a vida e a morte. Na emergência pré-hospitalar não há tempo para pedir ajuda ou uma segunda opinião. Por isso é fundamental desenvolver sistemas de apoio à decisão - quer no atendimento quer no apoio às nossas equipas no terreno.

É nossa convicção que este sistema de processos vai levar-nos a cumprir melhor a função para que existimos: responder às necessidades da população. É um conjunto vasto e ambicioso de projectos, mas grande parte deles já está a funcionar o que demonstra que não se trata de nada de megalómano ou de impossível. Temos a convicção de que Portugal pode ter um sistema de emergência médica exemplar ou pelo menos de qualidade idêntica ao que se faz no resto da Europa.

**ROM** - Existe uma boa coordenação com os outros intervenientes no socorro pré-hospitalar, nomeadamente os bombeiros?

**LCR** - Os bombeiros são um parceiro do INEM da maior importância. É evidente que não podemos exigir as associações de bombeiros voluntários o mesmo que se exige a profissionais de emergência médica. Quando cheguei ao INEM havia quem falasse de uma 'guerra latente' com os bombeiros. Isso nunca me pareceu existir: somos pessoas de paz e parceiros, o que fazemos é colaborar. Os interesses são mútuos. Nunca encontrei qualquer má vontade. No terreno as pessoas colaboram sem qualquer problema. O que precisamos de ter em conta é que os actos médicos devem ser efectuados por médicos. Os bombeiros têm a sua área de intervenção que respeitamos, admiramos e felicitamos e nós temos a nossa. Quando há uma compreensão mútua do papel de cada um não há qualquer problema. Durante anos os bombeiros tiveram um papel fundamental na substituição de uma actividade que o Ministério da Saú-

de não tinha capacidade para assegurar, hoje em dia já não é exactamente assim pois o INEM tem essa função. Mas os bombeiros continuam a ser parceiros essenciais.

**ROM** - E quanto à formação que os bombeiros devem ter?

**LCR** - É nossa obrigação tentar dar condições aos nossos parceiros, quer em termos de meios quer em termos de formação. A formação dos Tripulantes de Ambulâncias de Socorro é essencial e o INEM colabora nessa tarefa dando formação não apenas aos seus elementos mas também a quem connosco colabora, neste caso, os bombeiros. A centralização em Lisboa dificultava a comparência nas acções de formação pois estamos a falar de voluntários que têm os seus empregos e as acções duram seis semanas. Por isso começámos a efectuar formação um pouco por todo o país. Por razões de restrição orçamental a dimensão da formação que damos não é a que seria desejável. É preciso melhorar quer em termos quantitativos quer em termos qualitativos. Infelizmente as dificuldades financeiras do país impedem a concretização rápida dos nossos objectivos, mas 'com a marcha dos pequenos passos' vamos conseguir ainda que levemos mais tempo.

**ROM** - Sente que existe o devido reconhecimento em relação ao trabalho desenvolvido pelo INEM?

**LCR** - Não esperamos que nos atribuam medalhas e considero que a satisfação pessoal do dever cumprido é o melhor reconhecimento. Já fiz muitas coisas na vida - durante muitos anos fiz apenas investigação básica médica, já fiz clínica, administração hospitalar no Hospital de São João, etc.

– e o meu trabalho no INEM dá-me muito prazer. O prazer de reformular as estruturas e pô-las a funcionar cada vez melhor é a grande recompensa. Dá-me também um enorme prazer ter uma equipa jovem, extremamente dinâmica, com uma dedicação fantástica. O nosso reconhecimento principal é o retorno quase imediato que existe nesta área médica: todos precisamos de um retorno, uma compensação, que aqui é imediata. Deixo-lhe um exemplo: tivemos recentemente o caso de uma criança que teve uma paragem cardio-respiratória em casa. Os pais telefonaram num estado de desespero e aflição que nem é necessário descrever. A equipa que os atendeu – num trabalho de enorme stress –, ao mesmo tempo que enviava meios para o local, foi capaz de acalmá-los e explicar-lhes as manobras de tinham que fazer para manter a criança até a equipa chegar. Aqueles pais, que não sabiam nada de suporte de vida, fizeram o que se lhes explicou por telefone e a equipa que lá chegou conseguiu recuperar a criança. Passado um mês a criança veio visitar o CODU. Isto é uma situação de tremendo retorno. Mas claro que não é só isso que motiva as pessoas, temos que lhes dar condições e é o que estamos a tentar fazer em termos organizativos.

Outra análise que posso fazer dessa questão é através do retorno que temos quer através das cartas de agradecimento que recebemos, quer através das notícias cada vez mais frequentes que saem na imprensa. A nossa visibilidade aumentou muito nestes últimos dois anos e isso também é gratificante. É pelo menos um sintoma do reconhecimento público. Nós existimos para a população e o que nos interessa fundamentalmente é que a nossa imagem junto das pessoas para quem trabalhamos seja boa.

**ROM** - Que análise faz da questão das obras do metro no acesso às Urgências do HSJ?

**LCR** - Do ponto de vista do INEM o problema que nos foi colocado pelo Prof. José Amarante da Faculdade de Medicina do Porto e posteriormente pela administração do Hospital de São João foi que as obras do metro estariam a obstaculizar o caminho das ambulâncias no acesso à urgência. Obviamente que esse era um motivo de grande preocupação para nós. Seria inaceitável depois de termos feito o nosso melhor para socorrer alguém, chegar a trezentos

metros do hospital e ficarmos parados devido a um engarrafamento provocado pelas obras. O que encontramos na visita ao local foi uma situação realmente inacreditável: nunca me ocorreu que alguém tivesse a ideia peregrina de construir uma linha de metro, a céu aberto, em frente à entrada das urgências do maior hospital da região norte, onde entram e saem milhares de pessoas por dia, algumas delas de muletas, de cadeiras de rodas, com dificuldades de andar, grávidas, idosos, enfim a população normal que entra num hospital. A possibilidade de ter uma linha de metro em frente da Urgência, com as carruagens a passar de quatro em quatro minutos, fez-me ficar com a ideia de que aquilo seria uma espécie de roleta russa. Isto é uma coisa inenarrável. Como é que pode ter passado pela cabeça de alguém fazer uma coisa destas? A certa altura tudo isto me pareceu surreal. Depois resolveram que iam fazer um túnel, o qual segundo os engenheiros nem sequer tinha as especificações que devia em termos de altura, medidas, declive...

**ROM** - O parecer do INEM foi negativo...

**LCR** - Claro que demos um parecer negativo. Aquela situação era inaceitável. Era urgente remediá-la. Como o fazer não nos competia a nós dizer. Mas em coerência com o que vimos só podíamos dizer que a construção da linha de metro naquelas condições não respeitava o interesse das populações, prejudicava o interesse dos doentes e potencialmente podia pôr em risco a vida das pessoas. Estas três condições juntas indicavam que era intolerável prosseguir com o projecto.

**ROM** - Mas a linha vai ser interrompida antes de chegar a essa localização...

**LCR** - De facto, a Senhora secretária de estado dos transportes mandou parar a linha do metro antes de chegar à urgência. Só me posso congratular pois o bom senso prevaleceu, o interesse das populações está garantido, a segurança das pessoas e o acesso dos doentes também. Só lamentamento que se tenham passado meses a discutir uma coisa que o comum cidadão, não precisando de ser médico ou engenheiro, ao olhar para as obras perceberia imediatamente: aquele projecto, da forma como estava não fazia sentido nenhum. Só é realmente de lamentar esses quatro meses que se perdeu a discutir uma questão de solução óbvia e a gastar dinheiro que é de todos nós, dinheiro esse que muita falta faz ao país. A Metro do Porto é paga com dinheiro que é de todos nós. Quando se gasta o dinheiro dos outros há responsabilidades éticas, princípios morais, e num Estado de Direito as pessoas devem pedir contas e exigir responsabilidades.

**ROM** - Não seria adequado ouvir o INEM antes do início de obras deste tipo numa fase em que se estivesse a efectuar ainda um estudo?

**LCR** - Sem fazer juízos de valor sobre esta questão, parece-me que o bom senso assim o recomendaria.

## Ambulâncias amarelas, porquê?

As ambulâncias do INEM vão passar todas a ser amarelas, como já se vêem muitas a circular. Esta mudança resulta de uma norma sobre veículos médicos e respectivos equipamentos aprovada a nível europeu. O Presidente do INEM explica que a escolha da cor não foi de todo aleatória: «há estudos que indicam que este amarelo específico é a cor mais facilmente detectada pelo olho humano em diversos níveis de luminosidade». Com esta alteração, Luís Cunha Ribeiro espera que, as pessoas ao reconhecerem à distância os veículos do INEM se afastem mais rapidamente, facilitando a circulação.



## É urgente definir o regime de transição e avaliar os internatos

Uma postura pró-activa e empenhada desde a primeira reunião no PWG – Permanent Working Group of European Junior Doctors fez com que a apresentação da candidatura da delegação portuguesa à presidência dessa organização fosse aprovada por unanimidade. O projecto destes jovens médicos é audacioso mas, para o concretizarem, contam com a experiência acumulada no trabalho que desenvolveram nos últimos dois anos no Conselho Nacional do Médico Interno (CNMI), onde, ao final de um ano tinham cumprido o programa a que se tinham proposto. Numa entrevista em que participaram Rui Guimarães, Hugo Esteves, Ricardo Mexia e Diana Mota, médicos internos que integram o CNMI e a delegação portuguesa ao PWG, traça-se os caminhos que estes internos esperam abrir tanto a nível externo – PWG – como a nível interno – CNMI.

**Revista da Ordem dos Médicos** - Que percurso teve a delegação portuguesa no PWG até ao culminar com a eleição para a presidência dessa organização?

**Rui Guimarães** – A delegação portuguesa saíra deste mandato do Conselho Nacional do Médico Interno começou a desenvolver o seu trabalho no contexto europeu há pouco mais de um ano. Tentámos integrar-nos rapidamente nas matérias que estavam na agenda da organização, algumas de muita complexidade e pouco ligadas à nossa realidade. Houve da parte do grupo de médicos internos que se dedicou mais a esta vertente internacional um esforço para perceber todas as questões em estudo. Logo na primeira reunião no PWG efectuámos algumas intervenções, em temas como o apoio da indústria farmacêutica à formação e fizemos várias propostas nesse âmbito. Foi uma participação entusiástica e interessada e os colegas perceberam que a nossa delegação tinha estudado os dossiers. A primeira abordagem foi portanto muito positiva, fruto do trabalho da delegação mas também do tipo de matérias que foi debatido na reunião, nas quais tínhamos alguma experiência do âmbito nacional.

**Hugo Esteves** – Integrámos o PWG numa altura de mudança da própria organização e oferecemo-nos desde logo para vários grupos de trabalho. Esta pronta integração nos trabalhos do PWG só foi possível porque a representação internacional sai do Conselho Nacional do Médico Interno o que faz com que tivéssemos já hábitos de trabalho em comum e uma grande vontade de dar continuidade ao que se estava a fazer em termos europeus. A nossa candidatura surgiu de uma forma natural: foi proposta por um conjunto de 23 países que confiaram no nosso projecto.

**ROM** - Como se processou a eleição e de que forma a interpretam?

**Rui Guimarães** - A eleição foi por unanimidade, facto que muito nos apraz, pois existem diferenças culturais entre os países que por vezes influenciam este tipo de votação, mas isso não sucedeu. Sabemos que podemos contar com o apoio de todos os parceiros. É de realçar que o nome de Portugal está muito bem visto a nível das organizações médicas internacionais e que a Ordem dos Médicos tem uma participação notável nas mesmas, o que também ajudou a que fôssemos encarados como uma delegação com espírito de iniciativa e capacidade de trabalho.

**Hugo Esteves** - Nós interpretamos esta eleição como o corolário do trabalho que temos desenvolvido no CNMI, porque as delegações dos diversos países têm conhecimento do que cada entidade produz a nível interno. Por isso, esta eleição é também o reflexo do que temos feito em termos nacionais desde que fomos eleitos em Abril de 2003. Também temos que salientar o património deixado pelo colega Eduardo Marques, que foi o presidente da PWG antes da colega finlandesa, Nina Tiainen, que nos foi muito útil quer em termos de aprendizagem quer em termos da própria eleição. Este colega desenvolveu um óptimo trabalho como presidente do PWG entre 1998 e 2001.

**ROM** - Que contributos considera que a delegação portuguesa pode levar ao PWG e qual o conteúdo do projecto apresentado?

**Hugo Esteves** - Apresentámos um projecto de reestruturação da própria instituição e do modo de actuação. Queremos aproximar o PWG do dia-a-dia dos colegas médicos internos dos vários países que fazem parte da organização. Pretendemos tornar o PWG mais plural e mais actuante em matérias que, apesar de parecerem distantes, nos são próximas, como por exemplo as directivas da União Europeia.

**Rui Guimarães** - Não é tradição apresentar um projecto nas eleições ao PWG mas quisemos desde logo traçar as linhas gerais das nossas ideias para que os colegas soubessem com o que podiam contar desta equipa. Consideramos que a reestruturação é fundamental: o PWG completa três décadas no próximo ano (Portugal foi escolhido entre várias candidaturas para a realização da reunião internacional que acontecerá na Primavera de 2006 e que assinala essa data) e apresenta - com ligeiras modificações - praticamente a mesma estrutura orgânica. São necessárias algumas alterações com as quais pretendemos dar maior visibilidade aos grupos de trabalho internos. Queremos definir novos pelouros e desenvolver uma estrutura menos centralizada no presidente em que exista uma maior delegação de funções em pessoas que desempenham cargos fundamentais no PWG. Outro contributo que esperamos dar é com a implementação consistente de uma área fundamental para uma organização cujos membros estão espalhados pela Europa: as novas tecnologias. Aplicando a nossa experiência a nível nacional, queremos criar plataformas de comunicação (vídeo-conferências, fóruns, grupos de discussão, *mailing lists*, etc.) e aproximar as pessoas evitando os custos avultados das despesas de deslocação e melhorando a comunicação entre os membros. Outra vertente que queremos desenvolver é o veicular da informação: o PWG disponibiliza imensa informação e é importante que o acesso à mesma seja fácil para qualquer médico. Têm que existir canais de comunicação entre o PWG e todos os médicos internos.

**ROM** - Como enquadra a importância do PWG ao nível da Comissão Europeia?

**Rui Guimarães** - Estatutariamente o PWG não é um órgão decisor mas conseguiu um papel muito importante influenciando directamente não apenas membros do Parlamento e da Comissão mas também o CPME. Em termos de Comissão Europeia esta direcção da colega Nina Tiainen fez um óptimo trabalho e o PWG tornou-se uma voz activa. Nós pretendemos que seja considerado obrigatório ouvir o PWG em todas as áreas que dizem respeito aos médicos internos pois o trabalho que esta organização desenvolve com inquéritos, estudos, etc. deve ser uma fonte de informação incontornável para quem toma as decisões.

**ROM** - Que papel desempenha o PWG na defesa prática dos interesses dos médicos internos?

**Hugo Esteves** - O PWG estuda e conhece a realidade vivida pelos médicos internos nos vários países e com isso obviamente que exerce uma magistratura de influência junto dos decisores políticos. A participação activa na discussão das directivas europeias - que às vezes nos parecem distantes mas que têm uma aplicação muito concreta na nossa vida diária - é sem dúvida uma forma de defesa dos interesses dos médicos internos. A directiva dos tempos de trabalho, do reconhecimento mútuo de diplomas, do reconhecimento dos profissionais de saúde entre países, são apenas alguns dos exemplos possíveis.



Rui Guimarães (Presidente do CNMI e do PWG), Hugo Esteves e Ricardo Mexia (CNMI/PWG)



Gostaria de realçar o facto de podermos 'importar' conhecimentos e boas práticas a partir da troca de experiências com os nossos colegas de outros países. Estamos numa era em que a mobilidade é fundamental, somos a geração Erasmus. A actualização da medicina já há muito que não se faz sem integrar equipas pluridisciplinares em centros de excelência e isso é algo que no PWG vamos tentar implementar: uma maior mobilidade nesta fase de formação pois existe

interesse dos colegas em obterem um maior grau de especialização em sectores de referência.

Outra questão prática prende-se com a cooperação e nesse âmbito podemos ser uma plataforma muito importante. Os médicos internos têm um papel de relevo em termos de cooperação e de acções humanitárias. Na missão que estive na Sumatra, por exemplo, havia médicos internos integrados na equipa. Isto é a recuperação do que a medicina tem de altruísta e também um compromisso de geração. Consideramos que este tipo de acções, por vezes, acontece de forma quase informal e por 'carolice' dos médicos internos que querem integrar este tipo de missões. Mas é sem dúvida uma área que, no contexto do PWG, deverá ser aprofundada. O PWG pode ajudar nas escolhas dos internos em termos de cooperação e 'abrir caminhos para'...

**ROM** - Que outras questões preocupam o PWG?

**Hugo Esteves** – O PWG não tem responsabilidades apenas com os médicos internos, também temos um compromisso fundamental com o doente. Queremos dedicar uma parte substancial do trabalho ao que agora se designa por «patient safety». Uma questão na qual Portugal também tem algo a assimilar.

**ROM** – Como analisam a qualidade da formação médica em Portugal num contexto comparativo europeu?

**Rui Guimarães** – Muitas vezes a questão que é colocada é quanto aos países recém-integrados na União Europeia. Mas a verdade é que alguns países que estão na UE há muitos anos têm graves problemas a nível da formação médica: em Itália os jovens médicos são considerados estudantes e como tal auferem de uma bolsa ridícula para trabalhar. Não são reconhecidos como médicos e há uma exploração do seu trabalho, muitas vezes em horários incompatíveis com uma prática de qualidade, em que os tempos de descanso não são minimamente respeitados...

Em Portugal a OM reconhece as instituições que preenchem os critérios para poderem dar formação e isso parece-nos inquestionável... Mas na maior parte dos países não é assim: as instituições que recebem os médicos internos não são avaliadas para verificar se têm as qualidades necessárias para proceder ao ensino de uma especialidade.

Isto são apenas dois exemplos de que Portugal se pode orgulhar de dar o seu contributo para ajudar os parceiros europeus a melhorar os seus sistemas de formação. Neste momento está a ser discutido a nível europeu a criação de grupos que acreditem por toda a UE os centros de formação. Por outro lado, esse reconhecimento dos centros de

## Internatos, carreira médica e outras preocupações

Sobre o futuro, Ricardo Mexia refere as incertezas que deixam os internos apreensivos, nomeadamente a indefinição do «rumo que está a ser traçado para a saúde» e o papel dos médicos internos nesse contexto. No imediato, o regulamento do internato e a directiva dos tempos de trabalho são preocupações igualmente prementes. Reforçando esta opinião, Hugo Esteves especificou: «Até agora não foram definidos os contornos do regime de transição para o novo regulamento dos internatos. Temos um novo diploma e das questões que suscitam a nossa preocupação, o regime de transição e a urgência de criação de um regime que seja justo e adequado são impreteríveis. Já efectuámos uma proposta para tentar desbloquear estas indefinições, mas sem resultado prático. Entrámos num processo de mudança em relação aos internatos e consideramos também que é fundamental avaliar o que está a ser feito, de forma a corrigir o que comprovadamente não tenha resultado». Um processo que «tem sido dificultado pela inconstância do Executivo» e que está a provocar, naturalmente, «muita ansiedade nos co-

legas», conforme referiu Rui Guimarães.

Realçando que a avaliação dos Internatos deverá existir «não só nesta fase de transição, mas sempre» e que «deverá ser feita uniformemente e com seriedade», Diana Mota refere «a qualidade da formação e a avaliação no final dos Internatos, as condições dos contratos de trabalho dos médicos internos e a já 'dinossáurica' questão do pagamento das horas extraordinárias» como algumas das questões que preocupam os jovens médicos.

Questão fundamental desta geração de médicos internos, como foi definida por Hugo Esteves, a carreira médica «que está neste momento, por diversas circunstâncias, a ser ameaçada, tem que ser preservada». Considerando que se trata de uma situação que afecta não apenas os médicos, pois é preciso ter em conta a importância que as carreiras têm no âmbito do Serviço Nacional de Saúde e a vertente social desta problemática, Hugo Esteves defende: «a nossa geração vai ter um papel muito importante na defesa das carreiras médicas».

excelência a nível internacional, permite que um médico interno português que queira diferenciar a sua formação numa determinada especialidade, saiba antecipadamente onde o pode fazer.

Mas também existem exemplos em sentido oposto: todas as especialidades a nível europeu têm como membro integrante um médico júnior indicado pelo PWG, ou seja os *boards* das várias especialidades recolhem a opinião de um médico interno. Na reunião em que fomos eleitos para a direcção do PWG também elegemos representantes para os *boards* das especialidades de Saúde Pública, Ginecologia, Psiquiatria e Imunoalergologia. Em Portugal esta participação dos médicos internos não se verificava e só agora está a começar a acontecer a nível dos Colégios da Especialidade, com uma optimização da relação dos jovens médicos com as especialidades.

A conclusão que se pode tirar é que existem fontes de inspiração mútuas para todas as partes, e em relação, especificamente aos países de leste, que têm obviamente sistemas de formação muito diferentes e em que as remunerações auferidas também são muito diferentes, nós olhamos

## Provedoria do médico interno

Numa análise ao trabalho desenvolvido no CNMI na aproximação deste órgão aos colegas, Diana Mota considera, naturalmente, que ninguém melhor que os próprios colegas para avaliar o desempenho, mas salienta que essa aproximação é uma preocupação sempre presente no trabalho desenvolvido: «auscultámos as várias partes interessadas antes de nos pronunciarmos sobre as questões em que fomos chamados a intervir. A consequência desta postura foi o médico interno sentir-se mais perto do CNMI. O facto de termos criado o Fórum, que é um meio de comunicação facilmente acessível, também foi um bom contributo nesse sentido», explica. Diana Mota reconhece que haverá uma faixa de médicos internos aos quais o CNMI ainda não conseguiu ‘chegar’ razão pela qual «a aproximação aos colegas deverá continuar sempre a ser um dos nossos objectivos».

Ricardo Mexia considera igualmente que o fórum «é claramente uma das apostas ganhas» e salienta a importância do trabalho de equipa: «temos um trabalho quase diário de acompanhamento das questões que preocupam os colegas. Se por vezes analisamos questões de âmbito mais geral, não deixamos de dar atenção aos problemas que afectam especificamente cada colega e que podem ter a ver, por exemplo, com as particularidades dos serviços onde estão integrados e dos próprios internos. No âmbito das nossas competências, temos tentado ajudar cada colega a resolver os seus problemas», uma postura definida por Hugo Esteves como correspondendo à «visão do CNMI como uma espécie de provedoria do médico interno».

para essas diferenças não como um entrave mas antes como uma forma de podermos ajudar esses sistemas a melhorar.

**Hugo Esteves** - A integração dos novos países trás de facto desafios e um deles é integrar os novos colegas que estão agora a ser formados. Mas num futuro próximo também vai ser uma situação de troca de experiências. Consideramos que, no cômputo geral, os nossos internatos têm vários problemas. Mas a situação é díspar em termos europeus e temos experiências nacionais que são muitas vezes estudadas e aprofundadas por outros países, assim como existem realidades noutros países que, em nosso entendimento, seria útil experimentar no nosso país. Por exemplo, nos países nórdicos há um grande apoio de entidades públicas à formação, nomeadamente pós-graduada, e isto era uma das coisas que gostaríamos que fosse transposta para Portugal. Numa análise global, consideramos que a qualidade dos nossos internatos está um pouco acima da média da União Europeia.



**ROM** – Há interesse dos médicos internos pela área da investigação?

**Hugo Esteves** – Naturalmente que sim, mas mais uma vez é uma área em que faltam apoios das entidades públicas. As pessoas que fazem investigação é investindo o seu tempo e os seus próprios recursos. Com mais apoio haveria mais



produção científica e os jovens médicos teriam oportunidade de participar mais vezes em projectos de investigação.

**ROM** - O papel do CNMI tem evoluído no sentido de uma maior intervenção e envolvimento. Como analisa essa evolução?

**Rui Guimarães** - O CNMI é um órgão consultivo da Ordem dos Médicos que representa todos os médicos internos e que é eleito numa lista

composta por dezoito elementos, seis por cada Secção Regional. Fomos eleitos em Abril e tomámos posse em Julho de 2003. Quando começámos o nosso mandato sentíamos algumas dificuldades até no relacionamento com a imprensa porque éramos confundidos com a especialidade de Medicina Interna. O termo médico interno não estava tão divulgado como actualmente. O trabalho que desenvolvemos nestes últimos dois anos concedeu-nos maior visibilidade pois tivemos uma conjuntura que também explica o interesse da imprensa pelos médicos internos: as mudanças que ocorreram, nomeadamente ao nível do Decreto-lei dos Internatos e o trabalho que o CNMI desenvolveu nessa área. Foi graças a uma equipa extraordinária que conseguimos reunir no CNMI que hoje sentimos que o médico interno faz parte da agenda dos decisores.

**ROM** – Em que acções se concretizou o trabalho destes dois anos do CNMI?

**Hugo Esteves** - Tínhamos um projecto com três vertentes:

contexto interno, contexto de representação institucional e contexto de representação externa. Em relação ao trabalho desenvolvido no interior do próprio CNMI tínhamos pela frente grandes desafios: a criação de canais de comunicação entre os médicos internos que abrangessem também os hospitais e centros de saúde, os seus locais de formação. Além disso, queríamos promover a proximidade entre os colegas e este conselho consultivo da OM. Além de estimularmos a eleição de comissões de representantes dos médicos internos, as quais existiam na lei mas tinham dificuldade em entrar em funcionamento, criámos um fórum. Criámos ainda outro fórum 'mais real' que foi o Congresso do Médico Interno e que teve uma excelente participação.

Participámos muito na discussão do diploma dos internatos, acção fundamental que se tornou um pólo dinamizador, quer em termos de discussão quer em termos da intervenção dos colegas. Considero que conseguimos trazer novamente os médicos mais jovens para o debate sobre problemas que lhes dizem respeito, mas também em relação a questões que têm a ver com a Ordem, à classe e à comunidade.

No aspecto da representação institucional considerámos que era fundamental os médicos internos terem quem de facto os representasse. Consideramos que hoje o CNMI é um interlocutor em relação às questões de formação e a todos os outros assuntos que concernem aos jovens médicos.

Em termos de representação externa, que se relaciona directamente com o PWG, empenhámo-nos muito e continuaremos a fazê-lo.

Superando um pouco até às nossas próprias expectativas, um ano após a nossa eleição para o CNMI tínhamos realizado na íntegra o nosso programa. Isso significou uma sensação de dever cumprido mas também de desafio em relação a tudo o que podemos fazer até ao final do mandato.

## Vagas, lacunas e incentivos

Defendendo que o Ministério da Saúde deve «equacionar a política de recursos humanos» que implementa, Ricardo Mexia referiu alguns dos múltiplos factores que levam alguém a optar por determinada especialidade em detrimento de outra: «vocação, satisfação pessoal, questões economicistas, meios postos à disposição dos colegas para desenvolver a sua actividade, etc.» Em seu entendimento a carência de meios é muitas vezes factor de desmotivação, questão que afecta várias especialidades, nomeadamente Saúde Pública, Medicina Interna e Medicina Geral e Familiar. Relativamente a esta última, Rui Guimarães concluiu: «os internos que escolhem a MGF deviam ser muito apoiados pois optam por uma medicina muitas vezes longe das novas tecnologias, uma medicina em que a pressão assistencial e a exposição são muito grandes, desintegrada do trabalho em equipa e em que se tem que dar resposta aos doentes tendo poucos recursos dispo-

níveis para o fazer». Quanto ao eventual preenchimento 'compulsivo' de vagas o presidente do CNMI esclarece: «a opção pelas especialidades tem que ponderar três factores: as expectativas do jovem médico, as necessidades do país e o rigor da formação». «Os jovens médicos são muito sensíveis à falta de médicos em determinadas áreas e em relação às assimetrias em relação ao número de profissionais que o país tem. Nesse sentido, no congresso que organizámos na Guarda apresentámos propostas para incentivos à fixação de internos nas zonas do interior. Não consideramos que seja possível fazer deslocar compulsivamente profissionais. O que nos parece fundamental é dar incentivos e condições para propiciar a escolha de determinadas áreas ou zonas do país. Não existem para os jovens médicos quaisquer estigmas, seja em relação a qualquer especialidade, seja em relação a uma determinada zona geográfica», corroborou Hugo Esteves.

# Proposta da Ordem dos Médicos

## Regulamento do Internato Médico

### Capítulo I Princípios Gerais

#### Artigo 1º

(Regime do Internato Médico)

O internato médico rege-se pelo disposto no Decreto-Lei nº 203/2004, de 18 de Agosto, e pelo presente regulamento.

#### Artigo 2º

(Noção e finalidade)

1. O internato médico inicia-se após a licenciatura em Medicina e corresponde a um processo único de formação médica especializada, teórica e prática, tendo como objectivo habilitar o médico ao exercício tecnicamente diferenciado na respectiva área profissional de especialização.

2. O exercício autónomo da medicina é reconhecido pela Ordem dos Médicos após dois anos de formação, com aproveitamento.

3. O internato médico pode estruturar-se por ramos de diferenciação profissional que abrangem as diversas áreas profissionais de especialização que constam do anexo I.

### Capítulo II Responsabilidade pela Formação Médica

#### Secção I

##### Dos órgãos do Internato

#### Artigo 3º

(Designação e finalidade dos órgãos)

I. São órgãos do internato médico:

a) O Conselho Nacional do Internato Médico, adiante designado por Conselho Nacional;

b) As Comissões Regionais do Internato Médico, adiante designadas por comissões regionais;

c) As Direcções do Internato Médico das áreas profissionais hospitalares, adi-

ante designadas por direcções do internato;

d) As Coordenações das áreas profissionais de medicina geral e familiar e de saúde pública adiante designadas por coordenações.

2. Os órgãos do internato exercem funções de estudo e de consulta nos domínios da concepção, organização e planeamento do internato, bem como de orientação, coordenação e avaliação do seu desenvolvimento e funcionamento.

#### Artigo 4º

(Orientadores de formação)

A orientação directa e permanente dos internos é feita por orientadores de formação, de acordo com o disposto no artigo 15º deste regulamento.

### Secção II

#### Conselho Nacional do Internato Médico

#### Artigo 5º

(Constituição)

I. O Conselho Nacional é constituído pelos seguintes membros:

a) Os Presidentes das comissões regionais do internato médico das zonas Norte, Centro, Sul e das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, desde que não integrem o Conselho Nacional ao abrigo das alíneas seguintes;

b) Dois directores de internato dos hospitais ou grupos de hospitais com maior número de internos de cada zona ou região autónoma que sejam membros da comissão executiva da respectiva comissão regional;

c) Três directores de internato de hospitais distritais, um de cada zona que sejam membros da comissão executiva da comissão regional;

d) Os três coordenadores da área profissional de medicina geral e familiar;

e) Os três coordenadores da área profissional de saúde pública.

f) Cinco representantes da Ordem dos Médicos, um por cada Secção Regional e dois pelas Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores.

2. O Conselho Nacional é presidido por um dos seus membros, eleito de entre eles por um período de três anos, renovável.

3. Os membros referidos na alínea b) do número 1 são indicados pela respectiva comissão regional e nomeados por um período de três anos.

4. Cada um dos directores de internato dos hospitais distritais é indicado pela respectiva comissão regional e nomeado por um período de três anos.

5. A constituição nominal do Conselho Nacional é homologada por despacho do Ministro da Saúde e divulgada aos estabelecimentos envolvidos na formação médica pelo Departamento de Modernização e Recursos da Saúde.

#### Artigo 6º

(Organização e funcionamento)

I. O Conselho Nacional tem a sua sede no Departamento de Modernização e Recursos da Saúde e reúne, pelo menos, mensalmente, podendo reunir noutros locais sempre que se mostre conveniente.

2. O Conselho Nacional pode reunir extraordinariamente, sempre que convocado pelo seu presidente ou por solicitação do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde.

3. O Conselho Nacional poderá constituir comissões, permanentes ou eventuais, para estudo e análise de assuntos específicos.

4. Nas comissões eventuais ou nos grupos de trabalho podem participar médicos ou outros técnicos que, para o efeito, sejam convidados pelo Conselho Nacional.

#### Artigo 7º

(Competências)

O Conselho Nacional exerce as suas

funções a nível nacional, competindo-lhe, nomeadamente:

- a) Colaborar com a Ordem dos Médicos na elaboração dos programas de formação das áreas profissionais que integram o internato bem como a sua alteração ou actualização;
- b) Colaborar com a Ordem dos Médicos na elaboração do parecer técnico que garante o reconhecimento da idoneidade e capacidade formativa dos estabelecimentos e serviços de saúde;
- c) Elaborar, anualmente e por área profissional, o projecto de mapa de capacidades formativas tendo em atenção as idoneidades e capacidades formativas atribuídas pela Ordem dos Médicos;
- d) Propor a emissão de orientações para um desenvolvimento harmonioso do internato e para a aplicação uniforme, a nível nacional, dos programas de formação;
- e) Elaborar estudos e emitir pareceres sobre os assuntos que lhe sejam submetidos, relativos à formação médica pós-graduada;
- f) Acompanhar e avaliar o desenvolvimento do internato, em articulação com as comissões regionais;
- g) Propor a recolocação de internos por motivo de perda de idoneidade dos serviços;
- h) Propor mudanças de área profissional por motivo superveniente de saú-

de;

- i) Coordenar o processo conducente à realização das provas de avaliação final do internato médico;
- j) Emitir parecer sobre assuntos da sua competência que lhe sejam submetidos por serviços centrais do Ministério da Saúde;
- k) Propor o que julgue conveniente para melhoria do internato médico.

### **Secção III Comissões Regionais do Internato Médico**

#### **Artigo 8º (Constituição)**

1. As comissões regionais exercem a sua competência nas zonas Norte, Centro, Sul, Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, sendo compostas por directores de internato das áreas profissionais hospitalares e pelos coordenadores das áreas profissionais de medicina geral e familiar e de saúde pública, da respectiva zona.

2. A operacionalidade de cada uma das comissões regionais é garantida por uma comissão executiva, constituída pelos seguintes membros:

- a) Os directores de internato dos hospitais centrais gerais;
- b) Os directores de internato de, no máximo, quatro hospitais distritais;

c) O director de internato do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil, no caso das comissões regionais do internato médico do Norte, Centro e Sul;

d) Os coordenadores das áreas profissionais de medicina geral e familiar e de saúde pública;

e) Dois representantes da Ordem dos Médicos, sendo um interno.

3. A constituição das comissões executivas regionais é divulgada aos estabelecimentos envolvidos na formação médica pelo Departamento de Modernização e Recursos da Saúde.

#### **Artigo 9º**

(Organização e funcionamento)

1. As comissões regionais são presididas por um dos membros da comissão executiva, eleito de entre eles, por um período de três anos, renovável.

2. As comissões regionais das zonas norte e centro estão sediadas nas respectivas administrações regionais de saúde e a Comissão Regional da zona Sul está sediada no Departamento de Modernização e Recursos da Saúde.

3. As comissões regionais reúnem anualmente ou sempre que forem convocadas pelos seus presidentes, podendo os seus membros, sempre que tal se revele necessário, participar em reuniões da comissão executiva.

4. As comissões executivas reúnem com os seus membros fixos, pelo menos quinzenalmente, podendo reunir em locais fora da sede habitual quando as necessidades do seu funcionamento ou as matérias a tratar o requirem.

### **Artigo 10º** (Competências)

As comissões regionais exercem funções de natureza predominantemente executiva, de acordo com as orientações e critérios emitidos pelo Conselho Nacional, competindo-lhes, nomeadamente:

- a) Garantir a aplicação dos programas de formação das áreas profissionais, em estreita colaboração com as direcções e coordenações de internato, designadamente no que se refere a sequência, locais de formação e datas de realização dos estágios curriculares;
- b) Prestar apoio às direcções e coordenações de internato dos estabelecimentos e serviços de saúde da sua zona;
- c) Propor ao Conselho Nacional a mudança de área profissional por motivo superveniente de saúde;
- d) Apresentar ao Conselho Nacional as propostas conducentes a uma maior eficiência do internato;
- e) Emitir parecer sobre os assuntos que lhe sejam submetidos pelo Conselho Nacional.

### **Artigo 11º**

(Comissões Regionais nas Regiões Autónomas)

As comissões regionais do internato médico das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira têm competências idênticas às das comissões regionais do Continente e funcionam de acordo com as determinações específicas dos respectivos Governos Regionais.

### **Secção IV**

**Direcções e Coordenações do Internato Médico**

### **Artigo 12º**

(Direcções do Internato das Áreas Profissionais Hospitalares)

I. Nos estabelecimentos hospitalares onde se realizem internatos existe uma direcção do internato.

2. As funções de direcção do internato cabem a um médico de reconhecida competência e experiência de formação de internos, coadjuvado por um a três assessores, nomeado pelo director clínico.

### **Artigo 13º**

(Coordenações de Zona e Região de Saúde das Áreas Profissionais de Medicina Geral e Familiar e de Saúde Pública)

1. Nas administrações regionais de saúde em cujos centros de saúde se realizem internatos médicos de medicina geral e familiar e saúde pública, as funções de direcção de internato competem a coordenadores de zona ou de região de saúde, sem prejuízo do disposto no número seguinte.

2. Por proposta dos coordenadores e com a concordância da comissão regional respectiva, podem ser nomeados, por despacho do órgão dirigente máximo, directores de internato em cada administração regional de saúde, quando o número de internos ou condições especiais o justifiquem.

3. Os coordenadores das áreas profissionais de medicina geral e familiar e de saúde pública são nomeados, de entre médicos das respectivas carreiras e reconhecida competência e experiência na formação de internos, por despacho do Ministro da Saúde, sob proposta do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde, ouvidas as Administrações Regionais de Saúde.

4. As coordenações exercem as suas competências nas zonas Norte, correspondendo à área de intervenção da Administração Regional de Saúde do Norte, Centro, correspondendo à área de intervenção da Administração Regional de Saúde do Centro, Sul, correspondendo à área de intervenção das Administrações Regionais de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, e Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira.

### **Artigo 14º**

(Competências)

Compete às direcções e aos coordenadores do internato médico:

a) Programar o funcionamento e desenvolvimento do internato e dos estágios a efectuar dentro e fora do estabelecimento, com observância dos programas aprovados e das normas estabelecidas;

b) Orientar e acompanhar o desenvolvimento geral do internato e a avaliação dos médicos internos, em estreita colaboração com os directores ou responsáveis dos serviços e orientadores de formação;

c) Verificar e avaliar as condições de formação, comunicando à comissão regional qualquer alteração que possa implicar perda de idoneidade do serviço;

d) Organizar os elementos do processo individual dos internos relevantes para o internato, através de registos autenticados pelo director de serviço e orientador de formação;

e) Promover e coordenar a realização de actividades de carácter formativo que se integrem nos objectivos dos programas;

f) Requerer ou veicular junto da Ordem dos Médicos aos pedidos de atribuição de idoneidade aos serviços e da respectiva capacidade formativa;

g) Orientar a distribuição dos internos pelos diferentes serviços, de acordo com a respectiva capacidade;

h) Recolher periodicamente junto dos directores ou responsáveis dos serviços, dos orientadores de formação e dos internos, informações pertinentes para um melhor funcionamento do internato;

i) Coordenar e centralizar as avaliações;

j) Nomear, com observância do disposto no artigo 15º, os orientadores de formação;

l) Pronunciar-se sobre os assuntos relativos à formação que lhes sejam submetidos pelos órgãos do estabelecimento ou pelas comissões do internato;

m) Substituir os orientadores de formação ou responsáveis de estágio, em situações devidamente fundamentadas.

### **Secção V**

**Orientação e Planeamento da Formação**



### Artigo 15º

(Orientadores de formação)

1. Os internos do internato médico têm um orientador de formação no serviço de colocação oficial, a quem compete a orientação personalizada e permanente da formação e a sua integração nas equipas de trabalho das actividades assistenciais, de investigação e ensino, de acordo com os programas de formação.

2. O orientador de formação é um dos médicos especialistas do serviço, habilitado com o grau de assistente da respectiva área profissional e a necessária qualificação técnica reconhecida pela Ordem dos Médicos, a nomear, pela direcção do internato, sob proposta do director ou responsável pelo serviço, nos estabelecimentos hospitalares e, nas áreas profissionais de medicina geral e familiar e de saúde pública, pelas administrações regionais de saúde, sob proposta do respectivo coordenador de zona ou região de saúde.

3. Nos estágios que decorram em serviços diferentes do de colocação oficial, os internos têm, nesses serviços, um responsável de estágio a quem compete, articulando-se com o orientador de formação, exercer as funções a este cometidas durante o seu decurso.

4. Os responsáveis de estágio são nomeados pela direcção ou coordenação de internato, sob proposta do director ou responsável pelo serviço.

5. Na designação dos orientadores de formação ou responsáveis de estágio deve ser observada, em regra, a proposta máxima de um orientador por dois internos.

6. Aos orientadores de formação e responsáveis de estágio é facultado um mínimo de seis horas semanais para o desempenho das funções de formação.

7. O desempenho das funções de orientador de formação e de responsável de estágio é objecto de valorização curricular para promoção na respectiva carreira.

8. As funções de orientador de formação não podem ser exercidas por directores de centro de saúde, directores de departamento, directores de serviço ou equiparáveis, salvo situações

excepcionais.

9. O desempenho das funções de orientador de formação e de responsável de estágio é objecto de acréscimo remuneratório.

10. O desempenho de funções de orientador de formação e de responsável de estágio implica a existência de vínculo contratual de duração nunca inferior ao tempo previsível de duração da totalidade do internato médico.

### Artigo 16º

(Planeamento das actividades formativas)

De acordo com os programas de formação aprovados, o planeamento das actividades dos internos é preparado, nas áreas profissionais hospitalares, pelo respectivo director de serviço e, nas áreas profissionais de saúde pública e de medicina geral e familiar, pelos coordenadores de zona, com a colaboração, em qualquer dos casos, dos orientadores de formação e do próprio interno.

## Secção VI

### Normas comuns aos órgãos do internato

### Artigo 17º

(Substituição)

1. As alterações que se verifiquem nas direcções e coordenações do internato implicam a substituição dos correspondentes membros no Conselho Nacional e nas comissões regionais, sem prejuízo do disposto no número seguinte.

2. Quando os membros a substituir, nos termos do número anterior, exercerem as funções de presidente do Conselho Nacional ou de presidentes das comissões regionais, manter-se-ão no cargo até ao fim do mandato para que foram eleitos, sem prejuízo do início de funções nas comissões dos novos membros.

### Artigo 18º

(Dispensa de funções)

1. Aos membros dos órgãos do internato médico bem como aos membros das Direcções dos Colégios de Especi-

alidades da Ordem dos Médicos são facultados o tempo e as condições necessárias para o desempenho eficiente das suas funções.

2. O desempenho das funções nos órgãos do internato médico releva para efeitos curriculares.

### Artigo 19º

(Responsabilidade pelas remunerações e encargos)

Para além das remunerações base, os encargos com os suplementos a que os membros dos órgãos do internato, ou os outros médicos envolvidos na formação, tenham direito pelo exercício dessas funções, designadamente ajudas de custo e subsídios de transporte, são da responsabilidade dos estabelecimentos a que estes membros pertencem.

### Artigo 20º

(Apoio aos órgãos e responsáveis pela formação)

Os serviços ou estabelecimentos de saúde que sejam sede ou local de funcionamento, permanente ou ocasional, dos órgãos do internato médico ou em que se realizem internatos, devem fornecer as instalações, o apoio logístico e a colaboração necessários, assim como devem afectar-lhes os recursos e os funcionários que a execução das tarefas exijam.

## CAPÍTULO III

### COMISSÕES DE INTERNOS

### Artigo 21º

(Constituição)

1. Nos estabelecimentos hospitalares e nas zonas de coordenação do internato médico podem os internos constituir uma comissão de representantes.

2. Os representantes são eleitos pelos internos de cada estabelecimento hospitalar ou de cada zona de coordenação, no caso das áreas profissionais de medicina geral e familiar e de saúde pública, por votação em voto secreto.

3. A comissão designada comunica a sua constituição, conforme for o caso, à respectiva direcção ou coordenação do internato, a qual a comunica às respectivas comissões regionais e à Ordem dos Médicos.

### **Artigo 22°** (Funções)

Às comissões de internos é reconhecida a competência para:

1. Representar os internos do respectivo estabelecimento junto dos órgãos do internato médico.
2. Contribuir para a melhoria das condições de frequência e de funcionamento dos processos formativos.
3. Promover, com o apoio do Internato Médico, a organização de cursos, debates, sessões clínicas e jornadas.
4. Acompanhar o processo formativo dos colegas, promovendo reuniões periódicas entre todos os médicos internos.
5. Comunicar à Ordem dos Médicos qualquer irregularidade no processo formativo.

## **CAPÍTULO IV** **ÁREAS PROFISSIONAIS E** **PROGRAMAS DE FORMAÇÃO**

### **Artigo 23°**

(Criação de áreas profissionais)

A criação de áreas profissionais do internato médico é feita por Portaria do Ministro da Saúde, sob proposta da Ordem dos Médicos e ouvido o Conselho Nacional.

### **Artigo 24°**

(Autonomia, estrutura e objectivos dos programas)

1. Para cada área profissional é aprovado, por Portaria do Ministro da Saúde, um programa de formação, sob proposta da Ordem dos Médicos.
2. O programa de cada área profissional deve ser estruturado por uma sequência de estágios e dele deve constar:
  - a) Duração total da formação;
  - b) Sequência dos estágios;
  - c) Duração de cada estágio;
  - d) Local de formação para cada estágio;
  - e) Objectivos de desempenho e de conhecimentos para cada estágio ou períodos de 12 meses em estágios de duração superior;
  - f) Descrição do desempenho em cada

estágio;

g) Avaliação de desempenho e de conhecimentos em cada estágio, nomeadamente tipo e momentos da avaliação, parâmetros a avaliar, factores de ponderação e documentos auxiliares da avaliação.

3. Para cada especialidade deve constar no respectivo programa a formação específica da especialidade e a formação em áreas complementares.

4. O tempo dedicado à frequência de estágios opcionais não poderá ultrapassar 20% do tempo total da formação fixada para cada especialidade.

5. Os programas devem ser estruturados de forma a habilitar o interno ao exercício autónomo da medicina ao fim de dois anos de formação no Internato Médico.

### **Artigo 25°**

(Revisão dos programas)

Os programas de formação, para além das alterações e actualizações que lhes sejam pontualmente introduzidas, devem ser revistos, pelo menos, de cinco em cinco anos pela Ordem dos Médicos.

### **Artigo 26°**

(Sequência e articulação de estágios)  
Compete aos órgãos do internato e aos responsáveis directos pela formação, com a necessária colaboração dos serviços e estabelecimentos, promover e zelar pela sequência e correcta articulação entre os vários estágios, particularmente daqueles que sejam efectuados fora do serviço onde o interno se encontra colocado.

## **CAPÍTULO V**

### **IDONEIDADE FORMATIVA**

#### **Secção I**

#### **Estabelecimentos de formação e serviços idóneos**

### **Artigo 27°**

(Princípios gerais)

1. O internato médico realiza-se em serviços e estabelecimentos de saúde públicos ou privados, reconhecidos como idóneos para o efeito e de acordo com a sua capacidade formativa.

2. Com a finalidade de garantir o cumprimento integral do programa e de proporcionar uma formação quantitativa e qualitativamente diversificada os internos podem frequentar estágios, partes de estágio ou actividades formativas em estabelecimentos diferentes daqueles em que foram oficialmente colocados, nos termos do disposto no artigo seguinte.

### **Artigo 28°**

(Estabelecimentos de formação no internato médico)

1. Para efeitos de realização de internatos e de reconhecimento de idoneidade formativa, podem os estabelecimentos agregar-se por critérios de complementaridade dos serviços médicos de que dispõem e da área geográfica que servem.

2. A agregação, para efeitos de formação de internos, é fixada por despacho do Ministro da Saúde, sob proposta da Ordem dos Médicos, ouvido o Conselho Nacional.

### **Artigo 29°**

(Serviços idóneos)

1. Considera-se idóneo para a realização de determinado estágio de um programa de formação o estabelecimento ou serviço de saúde que possa garantir o cumprimento dos objectivos expressos para esse estágio e como tal seja reconhecido pela Ordem dos Médicos.

2. A colocação de internos nos estabelecimentos e serviços de saúde está condicionada a que os mesmos promovam o cumprimento do programa de formação respectivo, articulando-se com outras instituições quando necessário.

3. A programação da formação de cada interno deve expressar quais os estágios do programa que o mesmo deve desenvolver e os serviços e instituições em que serão realizados.

### **Artigo 30°**

(Idoneidade de estabelecimentos e serviços privados)

1. A realização do internato em estabelecimentos do sector social, privados, estabelecimentos públicos com nature-

za empresarial, com contrato de gestão privada ou em regime de convenção, ou em hospitais sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos, depende da celebração de acordos, convenções ou contratos-programa entre o Ministério da Saúde e esses estabelecimentos, dos quais constarão, entre outras, cláusulas referentes às condições de formação e processos de avaliação.

2. O reconhecimento de idoneidade está condicionado à existência de quadro e hierarquia médica equiparáveis aos das carreiras médicas do Ministério da Saúde e à garantia dos níveis e diversidade de cuidados de saúde necessários à formação dos internos.

### **Secção II** **Critérios de idoneidade**

#### **Artigo 31º**

(Critérios de idoneidade)

Para a determinação de idoneidade dos estabelecimentos e serviços de saúde são tidos em consideração os critérios definidos pela Ordem dos Médicos.

A Ordem dos Médicos informará até 1 de Outubro de cada ano os critérios que utilizará para determinação de idoneidade e capacidade formativa dos diversos estabelecimentos e serviços de saúde.

### **Secção III** **Reconhecimento de idoneidade e fixação da capacidade formativa**

#### **Artigo 32º**

(Processo de reconhecimento de idoneidade)

1. O reconhecimento de idoneidade dos estabelecimentos de saúde é feito por despacho do Ministro da Saúde, mediante proposta da Ordem dos Médicos, ouvido o Conselho Nacional, tendo por base critérios explícitos de idoneidade.

2. Para o reconhecimento da idoneidade, as comissões regionais do internato médico remetem aos estabelecimentos de saúde os inquéritos de caracterização dos serviços.

3. Os inquéritos, devidamente preen-

chidos, são remetidos à Ordem dos Médicos para elaborar a proposta de reconhecimento de idoneidade dos estabelecimentos e serviços de saúde.

4. A Ordem dos Médicos desencadeará mecanismos de avaliação de idoneidade através de visitas de avaliação, audição dos formadores e internos actuais ou médicos formados recentemente nos respectivos serviços.

5. Os encargos de natureza financeira resultantes das acções mencionadas são da responsabilidade do Ministério da Saúde, através do Departamento de Modernização de Recursos Humanos.

#### **Artigo 33º**

(Capacidade formativa)

1. A capacidade formativa dos serviços está dependente da sua idoneidade e corresponde ao número máximo de internos que podem ter simultaneamente em formação.

2. Para cada estabelecimento e serviço de saúde deve ser fixado o número máximo total de internos, estruturado por ano de frequência.

3. As capacidades formativas dos serviços são revistas anualmente, antes da abertura do concurso de ingresso no internato médico.

4. Anualmente, até ao final do mês de Junho, o Conselho Nacional apresenta ao Departamento de Modernização e Recursos da Saúde a proposta de fixação das capacidades formativas dos estabelecimentos, com vista à sua homologação pelo Ministro da Saúde, tendo em conta proposta da Ordem dos Médicos quanto ao reconhecimento de idoneidades e capacidades formativas.

## **CAPÍTULO VI** **INGRESSO NO INTERNATO MÉDICO**

### **Secção I**

#### **Disposições gerais e comuns**

#### **Artigo 34º**

(Ingresso no internato médico)

O ingresso no internato médico faz-se através de concurso de âmbito nacional, cabendo a sua organização ao Departamento de Modernização e Recursos da Saúde.

#### **Artigo 35º**

(Requisitos gerais e especiais de admissão)

1. Constituem requisitos gerais de admissão:

- Licenciatura em medicina por Universidade Portuguesa, respectiva equivalência ou reconhecimento ao abrigo de lei especial ou acordo internacional;
- Nacionalidade portuguesa, de país que integre a União Europeia ou, quando aplicável, autorização para o exercício das funções em território português;
- Inscrição na Ordem dos Médicos;
- Aprovação na prova de comunicação médica.

2. Os médicos que tenham sido colocados no concurso antecedente e que não tenham ocupado a vaga, não podem candidatar-se ao concurso subsequente que implique nova colocação, salvo se escolherem vagas protocoladas ou em estabelecimentos e serviços identificados como carenciados no aviso de abertura.

### **Secção II**

#### **Da prova de comunicação médica**

#### **Artigo 36º**

(Âmbito)

1. Os candidatos ao concurso de ingresso no internato médico são obrigatoriamente submetidos à prova de comunicação médica.

2. A prova de comunicação médica visa avaliar de forma sistemática a capacidade de compreensão e comunicação dos candidatos ao internato médico no âmbito da relação médico-doente.

3. A prova será realizada pela Ordem dos Médicos a qual passará certidão quando o candidato tenha sido aprovado.

4. Os licenciados em Medicina por Universidade em que o ensino tenha sido ministrado em Língua Portuguesa estão dispensados da realização da prova de comunicação.

#### **Artigo 37º**

(Natureza)

A Ordem dos Médicos publicará no

prazo máximo de 90 dias o regulamento da prova de comunicação.

### **Artigo 38°**

(Homologação do resultado da prova)

Dos resultados da prova de comunicação médica cabe recurso para o Ministro da Saúde que findo o prazo para o recurso ou após a respectiva decisão, homologa os resultados.

Secção III Do concurso

### **Artigo 39°**

(Programação das vagas por área profissional)

1. A programação das vagas por área profissional a pôr a concurso obedece à idoneidade e capacidade formativa dos estabelecimentos, considera as necessidades previsionais de médicos especialistas em cada área profissional identificadas por mapa previewal a publicar pelo Ministério da Saúde.

2. Em anexo ao aviso de abertura do concurso de admissão ao internato médico são fixadas as vagas por área profissional de especialização e por estabelecimento e serviço de saúde, podendo ser, igualmente, identificadas vagas protocoladas, quando regulamentadas, vagas carenciadas e especialmente carenciadas, enquanto existirem, e vagas a ocupar ao abrigo dos acordos estabelecidos com as Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores e com outros Ministérios.

### **Artigo 40°**

(Estabelecimentos de colocação)

A determinação dos estabelecimentos onde se realiza o internato médico obedece ao mapa de idoneidades e capacidades formativas, tendo como limite a capacidade formativa máxima aí prevista.

## **Subsecção I Admissão ao concurso**

### **Artigo 41°**

(Abertura do concurso)

1. O concurso de ingresso no internato médico é aberto por aviso publicado no Diário da República e dele deve

constar:

- a) Número de lugares a concurso por ramo ou área profissional, incluindo as vagas que se destinam a ser ocupadas por força dos protocolos estabelecidos;
- b) Indicação dos estabelecimentos onde pode ser realizada a formação;
- c) Indicação dos estabelecimentos e serviços carenciados para efeitos do disposto no n° 2 do art° 35° do presente Regulamento;
- d) Forma, prazo e local de apresentação das candidaturas;
- e) Requisitos gerais e especiais de admissão;
- f) Documentos que devem acompanhar o requerimento;
- g) Data da realização do exame de âmbito nacional;
- h) Indicação da forma e local ou locais de divulgação das listas de admissão e classificação dos candidatos;
- i) Identificação dos elementos que integram o júri do concurso;
- j) Data limite para a entrega do documento comprovativo da realização de prova de comunicação médica;
- k) Outros elementos julgados necessários ou úteis para melhor esclarecimento dos interessados.

### **Artigo 42°**

(Processo de candidatura)

1. Os requerimentos devem ser entregues nos locais previstos no aviso de abertura do concurso e deles deve constar:

- a) A identificação completa do candidato e nacionalidade;
- b) A data e local de nascimento;
- c) A residência;
- d) A Universidade e data da licenciatura ou equiparação;
- e) Outros elementos julgados necessários ou úteis, previstos no aviso de abertura do concurso.

2. Os requerimentos devem ser acompanhados dos seguintes documentos, que poderão ser substituídos por certificado comprovativo da sua existência em qualquer serviço público:

- a) Cópia do bilhete de identidade ou autorização para o exercício das funções em território português, quando exigível;
- b) Certificado de licenciatura ou equi-

paração, com informação final da nota obtida, convertida à escala de 0 a 20 valores;

c) Documento comprovativo da inscrição na Ordem dos Médicos emitido, no máximo, três meses antes da data da inscrição;

d) Documento comprovativo da situação militar ou cívica, quando for caso disso, o qual pode ser substituído por declaração, sob compromisso de honra, de que cumpriu as obrigações decorrentes da Lei do Serviço Militar ou de outro que o substitua, quando obrigatório;

e) Certificado do registo criminal o qual pode ser substituído por declaração, sob compromisso de honra, de que nada consta do seu registo criminal;

f) Documento comprovativo de que foi considerado apto na prova de comunicação médica;

g) Outros elementos que o candidato entenda como úteis ou previstos no aviso de abertura do concurso.

3. Os candidatos que pretendam mudar de área profissional estão dispensados da apresentação dos documentos constantes das alíneas b), d) e f).

### **Artigo 43°**

(Inscrições condicionais)

1. Nos casos em que os candidatos não reúnam, durante o processo de recepção das candidaturas, todos os requisitos de admissão ou não possuam toda a documentação exigida no aviso de abertura, são admitidos condicionalmente.

2. As deficiências da inscrição terão de ser supridas até à data fixada no aviso de abertura do concurso.

3. Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, são igualmente admitidos condicionalmente os candidatos a que se refere o n° 2 do art° 35°, até à escolha da área profissional e do estabelecimento ou serviço carenciados, nos termos previstos na alínea c) do n° 3 do art° 58°.

### **Artigo 44°**

(Lista dos candidatos admitidos)

1. A lista provisória dos candidatos admitidos, admitidos condicionalmente e excluídos é afixada nos locais indica-

dos no aviso de abertura no prazo máximo de 10 dias úteis após a data limite para a apresentação das candidaturas, dela cabendo reclamação para o júri do concurso, a apresentar no prazo de 5 dias úteis.

2. As listas definitivas dos candidatos admitidos e excluídos são afixadas nas datas e locais previstos no aviso de abertura.

3. Os candidatos excluídos podem recorrer, no prazo de cinco dias, para o Director Geral do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde.

4. Os recursos interpostos são decididos nos cinco dias seguintes e, sempre que lhes seja dado provimento, são efectuadas as correspondentes alterações à lista de candidatos.

### **Artigo 45º**

(Constituição e competências do Júri do concurso)

1. O júri do concurso é composto por um presidente e por, pelo menos, quatro vogais, designados de entre médicos integrados nas carreiras médicas sendo dois deles indicados pela Ordem dos Médicos, e nomeados por despacho do Ministro da Saúde.

2. O júri é responsável por todas as operações do concurso, competindo-lhe:

- Elaborar o exame de âmbito nacional;
  - Presidir e coordenar a realização do exame;
  - Decidir reclamações relativas às classificações;
  - Emitir parecer sobre assuntos relativos ao concurso.
3. O júri pode designar delegados nos locais onde se realizam os exames.

### **Subsecção II Prova de Seriação**

#### **Artigo 46º**

(Prova)

1. No concurso é utilizado, como método de selecção, uma prova de âmbito nacional.

2. A prova realiza-se no quarto trimestre de cada ano e consta das matérias que constaram na prova realizada em

2004, sem prejuízo de alteração a elaborar em colaboração com a Ordem dos Médicos e divulgada com pelo menos quatro anos de antecedência.

3. Do aviso de abertura constam as matérias sobre que recai a prova.

#### **Artigo 47º**

(Classificação da prova)

A prova de concurso de âmbito nacional é classificado na escala de 0 a 100.

### **Subsecção III**

#### **Correcção da prova e ordenação dos candidatos**

#### **Artigo 48º**

(Afixação)

1. A chave de correcção da prova de âmbito nacional, bem como as listas das classificações, são afixadas nas datas e locais indicados no aviso de abertura.

2. Os candidatos podem reclamar para o júri do concurso, no prazo de 5 dias, a contar da data da afixação, da chave e classificação.

3. O júri tem o prazo de 10 dias para decidir as reclamações.

4. Findo este prazo, o júri elaborará a seriação definitiva da prova de âmbito nacional, tendo em consideração eventuais reclamações.

#### **Artigo 49º**

(Ordenação Final dos candidatos)

1. A ordenação final dos candidatos é realizada de acordo com a classificação obtida na prova de seriação de âmbito nacional.

2. Em caso de igualdade na classificação final dos candidatos, preferem os que possuem classificação mais elevada na licenciatura em medicina e, caso subsista o empate, procede-se ao acordo entre os candidatos ou, se tal não for possível, a sorteio.

### **Subsecção IV**

#### **Distribuição e colocação**

#### **Artigo 50º**

(Distribuição dos candidatos)

1. Na data e locais em que se afixe a lista definitiva de classificação final dos candidatos é indicada a data em que

devem manifestar as suas opções.

2. Os candidatos que tenham declarado pretender candidatar-se a vagas protocoladas, identificadas em anexo ao aviso de abertura do concurso ocupam previamente essas vagas.

3. A escolha do estabelecimento e especialidade pelos demais candidatos é feita de acordo com as seguintes regras:

a) No aviso de abertura é indicado o número máximo de vagas por área profissional de especialização, bem como a sua distribuição por estabelecimento e serviço de saúde;

b) Os candidatos escolhem a área profissional e o estabelecimento ou serviço, seguindo a ordem decrescente da classificação que obtiveram.

#### **Artigo 51º**

(Colocação dos candidatos)

A lista de colocação dos candidatos, organizada por especialidade e estabelecimentos ou serviço, é homologada por despacho do Ministro da Saúde.

#### **Artigo 52º**

(Início do internato)

O internato médico inicia-se no dia 1 de Janeiro, podendo tal prazo ser alterado por despacho do Ministro da Saúde.

## **CAPÍTULO VII REGIME E CONDIÇÕES DE TRABALHO**

### **Secção I**

#### **Regime de trabalho**

#### **Artigo 53º**

(Princípios gerais)

1. Aos médicos que frequentam o internato médico aplica-se, com as excepções previstas neste regulamento, o regime de férias, faltas e licenças em vigor na função pública para o pessoal em regime de contrato administrativo de provimento, sem prejuízo de regime especial aplicável aos médicos do Serviço Nacional de Saúde.

2. O horário do internato é estabelecido e programado em termos idênticos ao dos médicos integrados nas carreiras médicas, tendo em conta as actividades do internato.

### Artigo 54°

(Férias)

As férias dos internos devem ser marcadas de harmonia com a programação dos estágios, de forma a não prejudicar a sua frequência e tendo em atenção o disposto no presente regulamento.

### Artigo 55°

(Adiamento do início do internato)

1. Os médicos admitidos à frequência do internato médico podem, desde que o requeiram, ser autorizados a adiar o início do internato, por motivo de doença, maternidade e paternidade, prestação de serviço militar ou cívico ou de força maior, devida e tempestivamente justificado e aceite ficando a sua vaga cativa.

2. A estes médicos será concedida a readmissão perante aviso à Direcção ou Coordenação do Internato feito não mais de 30 dias após a cessação do impedimento.

### Artigo 56°

(Interrupção de internato)

1. Em casos excepcionais e a pedido justificado dos internos, pode ser autorizada, pelo Director Geral do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde, a interrupção da frequência do internato, por período não superior a metade da sua duração, seguido ou interpolado, e com os efeitos previstos para a licença sem vencimento por um ano.

2. Os pedidos de interrupção do internato devem conter os motivos que os fundamentam e são autorizados apenas quando considerados justificados pelo Departamento de Modernização e Recursos da Saúde, ouvidos os estabelecimentos e serviços de colocação.

3. A interrupção de internato não poderá, em nenhum caso, pôr em causa a duração total da formação prevista no programa da respectiva área profissional.

## Secção II Transferências

### Artigo 57°

(Princípios gerais)

1. A formação dos internos deve ser concluída no estabelecimento de saúde e na área profissional em que esses internos foram colocados.

2. A transferência para outro estabelecimento dentro da mesma área profissional é decorrente por perda de idoneidade ou capacidade formativa do serviço.

3. A transferência de estabelecimento implica a transmissão da titularidade do contrato para o estabelecimento de destino, com dispensa de qualquer formalidade.

### Artigo 58°

(Transferência por perda de idoneidade ou capacidade formativa do serviço)

Em caso de perda de idoneidade ou de capacidade formativa do serviço, o Conselho Nacional dos Internatos Médicos propõe ao Departamento de Modernização e Recursos da Saúde, a transferência do interno pela ordem seguinte:

- a) Para estabelecimento escolhido pelo interno e em que exista capacidade formativa;
- b) Para o estabelecimento mais próximo em que exista lugar vago do último concurso de ingresso no internato;
- c) Para o estabelecimento mais próximo em que exista capacidade formativa relativamente ao considerado no último mapa de capacidades formativas.

## Secção III

### Mudança de área profissional

### Artigo 59°

(Mudança de área profissional mediante nova colocação)

1. Os médicos que pretendam mudar de ramo de diferenciação ou área profissional devem candidatar-se a novo concurso de ingresso no internato médico.

2. A mudança de área profissional, por repetição do concurso de ingresso, implica a celebração de novo contrato e a cessação dos efeitos do anterior.

### Artigo 60°

(Mudança de área profissional por motivo superveniente de saúde)

1. Os internos que, por motivo superveniente de saúde devidamente comprovado pela junta médica prevista no número seguinte, fiquem incapacitados para o exercício na área profissional que frequentemente podem ser autorizados a mudar para outra compatível, com a maior afinidade de programa curricular e da formação já obtida, sempre que possível no mesmo estabelecimento e tendo em conta a capacidade formativa dos serviços.

2. Para operacionalizar este processo, o Conselho Nacional propõe superiormente a constituição permanente de uma junta médica de âmbito nacional, que é constituída do seguinte modo:

- a) Três elementos efectivos, respectivamente das zonas Norte, Centro e Sul do País;
- b) Três elementos suplentes, um por cada zona, o qual substitui, em situação de impedimento, o elemento efectivo da sua zona.
- c) A junta reúne mensalmente e analisa os pedidos de mudança de área profissional requeridos pelos internos.
- d) Sempre que necessário, a junta pode solicitar pareceres especializados.
- e) Os requerimentos solicitando mudança de área profissional devem conter as seguintes indicações:
  - i) Razões, em termos de saúde, que justificam a pretensão;
  - ii) A especialidade frequentada, o estabelecimento de colocação, os estágios já desenvolvidos e a respectiva duração.
- f) Os pedidos de mudança de área profissional devem ser acompanhados de relatório médico circunstanciado e actualizado da situação clínica, devidamente documentado com elementos auxiliares de diagnóstico com interesse para a apreciação dessa situação.
- g) Sendo as razões invocadas pelo interno consideradas atendíveis pela junta, esta indica à comissão regional respectiva as áreas profissionais que o requerente está incapacitado de frequentar.
- h) Compete à comissão regional, depois de ouvido o interno e obtida a concordância dos estabelecimentos envol-

vidos, propor ao Conselho Nacional a área profissional para o qual se efectua a mudança, bem como o estabelecimento onde o interno deve realizar a formação, tendo em conta as capacidades formativas do serviço.

i) Compete ainda à Ordem dos Médicos indicar a parte do programa de formação que considera idêntico ou afim ao programa da nova área profissional, para efeitos de equivalência formativa.

### Secção IV

#### Comissões gratuitas de serviço

##### Artigo 61º

(Condições de concessão)

1. Aos médicos do internato médico podem ser concedidas comissões gratuitas de serviço, bolsas de estudo ou equiparações a bolseiro, no país ou no estrangeiro, quando se proponham frequentar estágios ou cursos ou participar em seminários, congressos ou outras acções de formação de idêntica natureza.

2. As comissões gratuitas de serviço, sem prejuízo do disposto no número seguinte, só podem ser concedidas quando as acções de formação a frequentar:

a) Se enquadrem no plano de formação estabelecido e em desenvolvimento e, no caso de acções de formação que correspondam a estágios ou áreas de formação do programa da área profissional, não ultrapassem a duração fixada no programa para esses estágios ou áreas de formação; ou  
b) Sejam destinadas à frequência de acções de formação de curta duração ou de carácter avulso, as quais não devem exceder o limite de 15 dias por ano nem prejudicar o tempo de formação de cada estágio.

3. A frequência no estrangeiro de estágios ou cursos que correspondam a estágios ou áreas de formação da área profissional só é autorizada caso se verifique especial interesse para a formação ou quando, pela sua diferenciação, não possam ser frequentados no estabelecimento de colocação ou em estabelecimentos nacionais.

##### Artigo 62º

(Autorização)

As comissões gratuitas de serviço são concedidas:

a) Pelo órgão dirigente máximo do estabelecimento de colocação do interno, quando as acções de formação a frequentar não ultrapassem os 30 dias, seguidos ou interpolados, por ano;  
b) Por despacho do Ministro da Saúde, nos casos em que este limite seja excedido.

##### Artigo 63º

(Instrução do processo)

1. Os pedidos de comissão gratuita de serviço devem ser apresentados com a antecedência mínima de 15 ou 30 dias, conforme se enquadrem na alínea a) ou b) do artigo 62º.

2. Nos pedidos de comissão gratuita de serviço devem constar os seguintes elementos:

a) Identificação do requerente, com menção da área profissional frequentada e ano de frequência;  
b) Identificação da acção de formação, seus objectivos, data, duração e condições de inscrição;  
c) Indicação das acções de formação já frequentadas e do número de dias de comissão gratuita de serviço de que o interno beneficiou durante o ano civil respectivo.

3. Antes de serem submetidos a autorização, os pedidos de comissão gratuita de serviço devem ser sujeitos a parecer do orientador de formação e director de serviço e, conforme a área profissional, à direcção ou coordenação de internato.

4. As comissões gratuitas de serviço que dependem de despacho ministerial devem ser remetidas ao Departamento de Modernização e Recursos da Saúde dentro dos 10 dias seguintes ao seu registo de entrada.

5. A não observância dos prazos estabelecidos ou a deficiente instrução do processo, por motivo imputável ao requerente podem determinar o indeferimento ou a devolução do pedido.

##### Artigo 64º

(Ausência de encargos)

As comissões gratuitas de serviço não dão lugar ao pagamento de ajudas de custo, de subsídio de transporte ou a quaisquer outros encargos.

##### Artigo 65º

(Apresentação de relatório)

A frequência de acções de formação com duração superior a 15 dias obriga à apresentação de relatório de actividades sobre a acção de formação frequentada.

## CAPITULO VIII SISTEMA DE AVALIAÇÃO E APROVEITAMENTO

### Secção I

#### Avaliação

##### Artigo 66º

(Natureza e momentos da avaliação)

1. A avaliação do aproveitamento no internato é contínua e de natureza formativa, sendo formalizada no final de cada estágio e, globalmente, no final do internato, usando-se, entre outros instrumentos, os elementos constantes do processo individual do interno.

2. Os estágios com duração igual ou superior a um ano são avaliados, pelo menos, no final de cada período de 12 meses.

##### Artigo 67º

(Escala e componentes da avaliação)

A classificação da avaliação de cada interno é expressa em apto e não apto e tem como finalidade aferir os seguintes componentes:

a) Desempenho individual;  
b) Nível de conhecimentos.

##### Artigo 68º

(Avaliação do desempenho)

1. A avaliação do desempenho é feita continuamente, no decorrer de cada estágio, e visa permitir ao interno e ao orientador de formação ou responsável de estágio saber da evolução formativa e do nível de desempenho atingidos, com base num acompanhamento permanente e personalizado da formação.

2. Na avaliação de desempenho de cada

estágio são considerados os seguintes parâmetros:

- a) Capacidade de execução técnica;
- b) Interesse pela valorização profissional;
- c) Responsabilidade profissional;
- d) Relações humanas no trabalho.

### Artigo 69°

(Avaliação de conhecimentos)

1. A avaliação de conhecimentos tem por finalidade apreciar a evolução do interno relativamente aos objectivos do programa de formação.

2. A avaliação de conhecimentos é feita de acordo com o previsto no artigo 66°.

3. A avaliação no final de cada estágio de duração igual ou superior a 6 meses realiza-se através de uma prova que pode consistir, designadamente, na apreciação e discussão de um relatório de actividades ou de trabalho escrito.

4. Nos estágios com duração inferior a 6 meses a avaliação de conhecimentos é incluída na avaliação anual de conhecimentos e realiza-se através da discussão de um relatório, feita pelo director de serviço e orientadores de formação.

5. O programa de cada área profissional fixa o tipo de prova e os períodos de avaliação, tendo em conta a adequação da mesma aos objectivos estabelecidos.

### Artigo 70°

(Aproveitamento e classificações)

1. O interno que tenha classificação de apto respectivamente nos componentes desempenho e conhecimentos, transita para o período seguinte de um estágio ou a outro estágio.

### Artigo 71°

(Competência para avaliar)

1. As avaliações de desempenho competem:

- a) Nas áreas profissionais hospitalares, ao Director de Departamento, Serviço, ou por quem lhes seja equiparado, onde se realizam os estágios, mediante proposta do orientador de formação ou responsável de estágio;
- b) Nas áreas profissionais de medicina geral e familiar e de saúde pública, aos orientadores de formação.

2. As avaliações de conhecimentos com-

petem:

a) Nas áreas profissionais hospitalares, ao Director de Departamento, Serviço, ou por quem lhes seja equiparado, e aos orientadores de formação ou responsáveis de estágio;

b) Nas áreas profissionais de medicina geral e familiar e de saúde pública, aos respectivos coordenadores com a participação de orientadores de formação.

### Artigo 72°

(Responsabilidade pela informação)

1. Os responsáveis da avaliação dos internos referidos no artigo anterior devem comunicar aos directores do internato ou coordenadores regionais, conforme a área profissional, as classificações atribuídas nas avaliações efectuadas durante o internato.

2. As classificações referidas no número anterior devem ser enviadas às direcções ou coordenações de internato, no prazo de oito dias após a avaliação, com conhecimento à respectiva Comissão Regional e à Ordem dos Médicos.

### Secção II

#### Falta de aproveitamento

### Artigo 73°

(Falta de aproveitamento na avaliação, repetição e compensação)

1. A falta de aproveitamento em período de formação sujeito a avaliação, após a repetição admitida nos termos deste artigo, determina a cessação do contrato e a consequente desvinculação do interno.

2. No caso de falta de aproveitamento em estágio ou parte do programa sujeito a avaliação, os períodos de formação avaliados devem ser repetidos.

3. A não comparência a avaliações que requeiram a presença do interno determina, também, a cessação do contrato, salvo se justificada pelos motivos e nos termos constantes do número seguinte.

4. As faltas devidas a doença, maternidade, paternidade ou motivo de força maior, devidamente justificadas, devem ser compensadas, pelo tempo considerado necessário ou suficiente, com limite de duração dos períodos de forma-

ção fixados no programa.

5. Um número de faltas superior a 10% da duração do período de formação ou estágio a avaliar determina a necessidade de ser compensado pelo tempo que excede o número de faltas permitido.

6. O gozo de férias durante a frequência de estágios com duração igual ou inferior a quatro meses deve ser compensado.

7. O tempo de compensação ou a repetição são autorizados pela respectiva comissão regional, mediante proposta da direcção do internato ou do coordenador, conforme a área profissional, depois de ouvidos os responsáveis pela formação.

8. As compensações de um período de formação ou a repetição de um estágio considerado sem aproveitamento na avaliação não podem ultrapassar a duração máxima estabelecida no programa para esse período ou estágio.

## CAPÍTULO IX AVALIAÇÃO FINAL

### Secção I

#### Princípios gerais

### Artigo 74°

(Avaliação)

1. Os internos que tenham concluído a sua formação obtendo aproveitamento são submetidos a uma avaliação final de carácter sumativo.

2. A avaliação final destina-se a atribuir uma classificação na escala de 0 a 20, reflectindo o resultado de todo o processo formativo e que avalia a integração de conhecimentos, aptidões e atitudes adquiridos pelo interno.

3. A avaliação final consta de três provas públicas: discussão curricular, prática e teórica.

### Artigo 75°

(Épocas de avaliação)

1. Existem duas épocas de avaliação final: a de Janeiro e a de Junho.

2. As provas de avaliação final devem ser dadas por concluídas até ao final de Fevereiro e até ao final de Julho, consoante a época em causa.

3. Os internos devem apresentar-se à primeira época de avaliação imediata-



mente a seguir à conclusão com aproveitamento do programa de formação.

4. Apresentam-se na época de Janeiro ou de Junho os internos que terminam a formação até 31 de Dezembro ou 31 de Maio, respectivamente.

5. Os internos que tenham completado a totalidade dos estágios até ao último dia útil do mês imediatamente anterior ao da respectiva época de avaliação apresentam-se à avaliação final.

6. A apresentação à avaliação final em época diferente da estabelecida no número anterior deve ser fundamentada por motivo de força maior, devidamente justificado, e fica sujeita a autorização do director-geral do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde, após parecer do Conselho Nacional.

### Secção II

#### Júri

#### Artigo 76°

(Constituição e designação dos elementos)

1. Para cada especialidade são constituídos júris de âmbito nacional, compostos por um presidente e quatro vogais efectivos, um dos quais é obrigatoriamente o orientador de formação do interno, todos habilitados com o grau de assistente na área profissional dos internos a avaliar.

2. O Presidente do Júri é o elemento de maior graduação na carreira médica que não possua, nessa época de avaliação, internos a avaliar, o qual é substituído, nas suas faltas e impedimentos, por um vogal.

3. Os elementos do júri são nomeados pelo Ministro da Saúde, competindo à Ordem dos Médicos a sua indicação.

4. Os elementos do júri devem estar inscritos no Colégio de Especialidade da Ordem dos Médicos, no pleno gozo dos seus direitos e pertencerem a estabelecimento diferente do de colocação do interno, salvo no caso do orientador de formação.

5. O Conselho Nacional remete à Ordem dos Médicos até 30 de Junho, para a época de Janeiro, e até 28 de Fevereiro, para a época de Junho, a relação dos internos a avaliar em cada uma das épocas.

6. A proposta de constituição do júri é elaborada pelo Departamento de Modernização e Recursos da Saúde, devendo a Ordem dos Médicos enviar-lhe a indicação dos elementos que o constituem com a antecedência mínima de dois meses sobre o início da época de avaliação final respectiva.

7. Os locais de realização das provas são determinados por sorteio de entre os serviços que possuam idoneidade formativa na respectiva área profissional e que, nessa época, não apresentem candidatos a avaliação final.

8. No caso de não haver serviços nas condições enunciadas, o sorteio incidirá sobre todos os serviços idóneos.

#### Artigo 77°

(Funcionamento do júri)

1. O júri só pode funcionar quando estiverem presentes todos os seus membros, devendo as respectivas deliberações ser tomadas por maioria e sempre por votação nominal.

2. Em qualquer uma das provas o candidato deve ser interrogado, no mínimo, por três elementos do júri.

3. Os júris elaboram actas de cada uma das provas, nas quais devem constar as classificações atribuídas, respectiva fundamentação e a classificação final.

4. Às actas são apensados os suportes de avaliação utilizados em cada uma das provas autenticadas pelo júri.

#### Artigo 78°

(Responsabilidade pelos encargos)

1. O pagamento das ajudas de custo e das deslocações dos membros do júri compete ao estabelecimento de origem de cada membro do júri, mediante comprovação escrita emitida pela instituição onde se realiza cada avaliação final.

2. Compete ao estabelecimento onde se realizam as provas todo o apoio logístico necessário à realização da avaliação final.

### Secção III

#### Provas de avaliação final

#### Artigo 79°

(Calendário das provas)

1. É da responsabilidade do presidente

do júri a definição do calendário das provas de avaliação final.

2. Antes do início de cada época de avaliação final, as direcções ou coordenações de internato publicitam a constituição do júri e o calendário das provas, que inclui o local de realização das mesmas.

3. A avaliação final do internato médico é constituída por provas públicas, eliminatórias e inclui as provas constantes dos artigos seguintes, segundo a ordem aí mencionada.

4. Para a prestação desta prova o interno deve endereçar aos serviços administrativos do estabelecimento a que pertence o presidente do júri, até 10 de Janeiro ou até 20 de Maio, consoante a época, sete exemplares do curriculum vitae.

5. É da responsabilidade do presidente do júri, através dos serviços administrativos do seu estabelecimento, o envio dos currículos dos candidatos aos restantes membros do júri, bem como de toda a restante informação pertinente à realização das provas.

6. Os programas de formação das diversas áreas profissionais podem conter regras de avaliação diferentes das previstas no presente capítulo, designadamente no que diz respeito a momentos, métodos e instrumentos da avaliação final.

7. As provas de avaliação final são avaliadas na escala de 0 a 20 valores e resultam da média aritmética da classificação atribuída por cada um dos elementos do júri, sendo este valor arredondado para a décima mais próxima.

#### Artigo 80°

(Prova de discussão curricular)

1. A prova curricular destina-se a avaliar o percurso profissional do candidato ao longo do processo formativo, consistindo na leitura, avaliação e discussão do curriculum vitae apresentado pelo candidato.

2. A classificação atribuída a esta prova por cada um dos elementos do júri é fundamentada pela utilização de um suporte, onde constam os elementos a valorizar e que são, entre outros, os seguintes:

- a) Descrição e análise da evolução da formação ao longo do internato;
- b) Descrição e análise do contributo do trabalho do candidato para os serviços e funcionamento dos mesmos;
- c) Frequência e classificação de cursos cujo programa de formação seja de interesse para a área profissional e que se enquadrem na fase de formação em que foram efectuados;
- d) Publicação ou apresentação pública de trabalhos;
- e) Trabalhos escritos e ou comunicados feitos no âmbito dos serviços e da área profissional;
- f) Participação, dentro da área de especialização, na formação de outros profissionais.

3.A argumentação da prova de discussão curricular tem a duração máxima de duas horas, cabendo metade do tempo ao júri e a outra metade ao candidato, devendo cada membro do júri fundamentar a avaliação e classificação atribuídas em cada um dos elementos da discussão curricular.

4.A classificação da prova de discussão curricular é expressa na escala de 0 a 20 valores e resulta da média aritmética da classificação atribuída por cada um dos elementos do júri, arredondada para a décima mais próxima.

5.Para a prestação desta prova o interno deve endereçar aos serviços administrativos do estabelecimento a que pertence o presidente do júri, até 10 de Janeiro ou até 20 de Maio, consoante a época, sete exemplares do curriculum vitae.

6.A falta de apresentação do curriculum vitae no prazo estabelecido no número 3 do artigo anterior é equiparada à falta de comparência às provas, nos termos previstos no n.º 4 do art.º 85.º do presente regulamento.

## **Artigo 81.º**

(Prova prática)

1.A prova prática destina-se a avaliar a capacidade do interno para resolver problemas e actuar, assim como reagir em situações do âmbito da área profissional, constando de:

- a) observação de um doente, elaboração de história clínica e sua discussão,

análise de casos, com elaboração de relatório e sua discussão, conforme aplicável.

2.Todas as provas que envolvam doentes devem cumprir os princípios éticos necessários, nomeadamente no que diz respeito ao seu consentimento.

3.Aplicam-se ainda as seguintes regras:

- a) O doente referido no número 1 é sorteado, no próprio dia em que se realiza a prova, de um número mínimo de três doentes, escolhidos pelo júri;

- b) A observação do doente, efectuada na presença de, pelo menos, um dos membros do júri alheio à instituição, não se poderá prolongar para além de uma hora e trinta minutos, podendo o candidato, no decurso da observação, tomar as notas que entenda necessárias;

- c) Terminado o período de tempo destinado à observação do doente, o candidato redige a história clínica, dispondo de noventa minutos para a sua conclusão;

- d) A história clínica a que se refere o número anterior deve conter a anamnese, o resultado da observação, as hipóteses diagnósticas mais prováveis, bem como a sua discussão;

- e) O candidato deve ainda elaborar uma listagem justificada de exames complementares ou especializados, que considere necessários a um melhor esclarecimento da situação clínica em causa;

- f) O relatório e a lista são entregues ao júri que os encerra em envelope nominal, rubricado pelos intervenientes na prova;

- g) O júri fornece ao candidato os resultados dos estudos requisitados, sempre que estes constem no processo clínico do doente;

- h) O candidato dispõe de sessenta minutos para, face aos elementos fornecidos

pelo júri, elaborar um breve relatório, do qual devem constar o diagnóstico mais provável, o respectivo plano terapêutico e o prognóstico e plano de seguimento.

4.Os relatórios elaborados pelos candidatos são entregues ao júri que os encerrará em envelope nominal, rubricado pelos intervenientes nas provas, sendo posteriormente abertos na presença do candidato no início da discussão.

5.A discussão do relatório é feita, no mínimo, por três elementos do júri e tem a duração máxima de noventa minutos, cabendo metade deste tempo ao júri e a outra metade ao candidato.

6.A classificação da prova prática é publicamente expressa na escala de 0 a 20 valores.

7.A classificação da prova prática resulta da média aritmética da classificação atribuída por cada um dos elementos do júri, sendo este valor arredondado para a décima mais próxima.

## **Artigo 82.º**

(Prova teórica)

1.A prova teórica destina-se a avaliar a integração e o nível de conhecimentos do candidato e reveste a forma oral, podendo parcial ou totalmente ser substituída por uma prova escrita ou por teste de escolha múltipla, segundo modelo a definir para cada especialidade e comunicada com pelo menos seis me-

ses de antecedência.

2.A argumentação da prova teórica tem a duração máxima de duas horas e trinta minutos, cabendo metade do tempo ao júri e a outra metade ao candidato, devendo este ser interrogado por, pelo menos, três elementos do júri.

3.A classificação da prova teórica é publicamente expressa na escala de 0 a 20 valores.

4.A classificação da prova teórica resulta da média aritmética da classificação atribuída por cada um dos elementos do júri, sendo este valor arredondado para a décima mais próxima.

### Secção IV

#### Classificação e falta de aproveitamento

##### Artigo 83°

(Classificação da avaliação final)

A classificação da avaliação final resulta da média aritmética das classificações obtidas nas provas curricular, prática, e teórica, sendo este valor arredondado para a décima mais próxima.

##### Artigo 84°

(Falta de aproveitamento)

1.A falta de comparência à prova de seriação por parte do candidato em qualquer dos dias de prova em que seja exigida a sua presença determina a falta de aproveitamento no internato e cessação do contrato, salvo se justificada por motivo de doença, maternidade, paternidade ou por motivo de força maior.

2.A falta justificada de comparência à prova de seriação determina a realização da prova na época seguinte.

3.A falta de aproveitamento na avaliação final de internato deve ser comunicada, pela direcção ou coordenação de internato, à respectiva comissão regional.

##### Artigo 85°

(Classificação final do internato)

1.A classificação final de internato é expressa na escala de 0 a 20 valores e arredondada às décimas.

2.Quando o candidato obtenha média inferior a 10 valores, será classificado com 10 valores e desencadeados os me-

canismos previstos no ponto seguinte.

3.O serviço que tenha aprovado um candidato que na prova final de seriação não obtenha 10 valores, será sujeito a um processo especial de revisão de idoneidade formativa.

4.A classificação final provisória do internato médico é notificado ao interno através da afixação, em local público do serviço onde se realizam as provas, dispondo os internos de 10 dias úteis para exercerem o seu direito de recurso.

5.A classificação final atribuída ao interno deve constar de lista homologada pelo Conselho Nacional.

6.A lista classificativa final do internato, assim como a classificação em cada uma das provas, são afixadas em local público do serviço de colocação do interno, dispondo os candidatos de 10 dias, após a afixação, para recorrer para o Ministro da Saúde.

7.O recurso hierárquico deve ser apresentado ao Departamento de Modernização e Recursos da Saúde, o qual o remete ao Ministro da Saúde, acompanhado de parecer do Conselho Nacional.

## CAPÍTULO X OBTENÇÃO DO GRAU DE ASSISTENTE

### Artigo 86°

(Obtenção do grau de assistente)

A aprovação na prova de seriação do internato médico confere o grau de assistente na respectiva área profissional.

### Artigo 87°

(Diploma)

1.A aprovação final no internato médico é comprovada por diploma, conforme modelo constante do anexo II a este Regulamento, emitido pelo Departamento de Modernização e Recursos da Saúde, mediante requerimento do interessado.

2.De cada diploma é lavrado termo em livro próprio.

## CAPÍTULO XI EQUIVALÊNCIAS DE FORMAÇÃO Secção I

### Equiparação ao grau de assistente

#### Artigo 88°

(Reconhecimento de diplomas, certificados ou outros títulos)

A concessão de equiparação ao grau de assistente através do reconhecimento de diplomas, certificados ou outros títulos já obtidos, obedece ao disposto no art° 26° do Decreto-Lei n° 203/2004, de 18 de Agosto.

### Secção II Equivalências

#### Artigo 89°

(Princípios gerais)

Podem ser concedidas equivalências pela Ordem dos Médicos no âmbito do internato médico, a estágios ou áreas de formação de habilitações de idêntica natureza e idoneidade obtidas em estabelecimentos nacionais ou estrangeiros.

#### Artigo 90°

(Equivalência parcial)

1.As equivalências parciais ao internato médico apenas podem ser requeridas por médicos que nele tenham sido admitidos nos termos deste regulamento.

2.A concessão de equivalência de estágios é homologada pelo Ministro da Saúde mediante parecer técnico da Ordem dos Médicos.

3.Em caso de parecer negativo, são indicadas as insuficiências formativas encontradas e o modo de as colmatar, nomeadamente em termos de tempo de formação.

#### Artigo 91°

(Instrução do pedido de equivalência)

1.A equivalência é solicitada mediante requerimento do qual devem constar:

- Os estágios a que é requerida equivalência;
- O programa ou curso em que se integravam;
- O estabelecimento onde foram adquiridos; e
- A área profissional a que dizem respeito.

2.O requerimento é instruído com os elementos curriculares e documentos comprovativos da frequência e da clas-

sificação, se atribuída, podendo ser solicitados ao candidato elementos adicionais considerados necessários para apreciação do pedido, nomeadamente documentos comprovativos das condições de admissão, regulamentos e programas de estudos ou de formação.

### **CAPÍTULO XII DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS**

#### **Secção I Ano Comum**

##### **Artigo 92° (Noção)**

1.O internato médico tem um período de formação inicial, designado por ano comum, com a duração de 12 meses.  
2.O ano comum realiza-se em estabelecimentos hospitalares que possuam idoneidade formativa para ministrar a formação inicial.

##### **Artigo 93° (Admissão)**

Enquanto vigorar o ano comum, o ingresso no internato médico obedece ao previsto no Capítulo VI do presente regulamento, com as alterações constantes dos artigos seguintes.

##### **Artigo 94°**

(Elaboração do mapa de vagas)

O mapa de vagas para o ano comum é elaborado pelo Departamento de Modernização e Recursos da Saúde tendo em conta as idoneidades dos estabelecimentos hospitalares, estabelecidas nos termos referidos no Capítulo V, com as devidas adaptações.

Deve ser garantido o acesso a uma vaga de especialidade a todos os licenciados em Medicina em Portugal

##### **Artigo 95°**

(Aviso de abertura)

Em anexo ao aviso de abertura do concurso de ingresso no internato médico é publicado o mapa de vagas por estabelecimento hospitalar para a realização do ano comum.

##### **Artigo 96°**

(Processo de candidatura)

Para além dos documentos constantes do art° 42° do presente Regulamento, os requerimentos de admissão ao concurso devem ser acompanhados de indicação, por ordem de preferência, das opções e colocação no ano comum.

##### **Artigo 97°**

(Distribuição dos candidatos)

Os candidatos são distribuídos pelos estabelecimentos hospitalares por ordem decrescente da classificação final da licenciatura em Medicina de acordo com as suas opções de colocação, sendo, em caso de igualdade de classificação, observados os critérios constantes do n° 2 do art° 57°.

##### **Artigo 98°**

(Colocação dos candidatos)

A lista de colocação dos candidatos é homologada por despacho do Ministro da Saúde e comunicada aos estabelecimentos e serviços pelo Departamento de Modernização e Recursos da Saúde.

##### **Artigo 99°**

(Realização dos estágios)

A realização de estágios integrados no programa de formação, em estabelecimento ou serviço diferente do de colocação, é feita por acordo entre os dois estabelecimento ou serviços.

##### **Artigo 100°**

(Escolha das áreas profissionais de especialização)

1.A escolha das áreas profissionais de especialização pelos internos ocorre durante o mês de Dezembro, por ordem decrescente de classificação final do concurso de ingresso no internato médico.

2.O mapa de vagas por área profissional de especialização e por estabelecimento e serviço de saúde é publicado em Diário da República.

3.Nos casos em que seja necessário repetir ou compensar estágios ou períodos de formação, assim como em todas as situações que impeçam o início da formação específica na data prevista no art° 102°, os internos devem iniciá-la no dia seguinte a cessarem as mesmas situações.

##### **Artigo 101°**

(Colocação dos candidatos)

A lista de colocação dos candidatos na formação específica, organizada por estabelecimentos ou serviço de saúde é homologada por despacho do Ministro da Saúde.

##### **Artigo 102°**

(Início do ano comum e da formação específica)

1.O ano comum e a formação específica iniciam-se no dia 1 de Janeiro, podendo tal prazo ser alterado por despacho do Ministro da Saúde.

2.A formação específica pode iniciar-se em data posterior à prevista no número anterior nas situações constantes dos artigos 56° e 73° com as devidas adaptações.

##### **Artigo 103°**

(Lista de distribuição)

A distribuição dos candidatos consta de lista, que é afixada nos locais de recepção das candidaturas, dispondo os candidatos de um prazo de cinco dias para reclamar da mesma.

#### **Secção II**

#### **Normas de transição**

##### **Artigo 104°**

(Situações existentes à data da entrada em vigor deste regulamento)

1.As situações de interrupção de internato, comissão gratuita de serviço, transferência e equivalência de formação existentes à data de entrada em vigor do presente regulamento continuam a reger-se pela legislação ao abrigo da qual foram concedidas.

2.Aos pedidos de transferência, comissão gratuita de serviço, equivalência e mudança de área profissional por motivo superveniente de saúde apresentados até à data da entrada em vigor do presente diploma, aplica-se a legislação em vigor à data da sua apresentação.

##### **Artigo 105°**

(Internos do internato geral)

1.Os internos que, à data da entrada em vigor do Decreto-Lei n° 203/2004, de 18 de Agosto, se encontravam a frequentar o 1° ano do internato geral, realizam

o concurso de ingresso no internato médico no segundo trimestre de 2005 e ingressam no internato no terceiro trimestre de 2005.

2.A realização do concurso não obsta à formalização, com aproveitamento, do internato geral.

3.O concurso de ingresso no internato médico obedece às regras constantes do Decreto- Lei nº 128/92, de 4 de Julho, e respectiva regulamentação sem prejuízo do disposto nos números seguintes.

4.Os candidatos devem entregar o documento comprovativo da inscrição na Ordem dos Médicos para o livre exercício da medicina até à data fixada para as escolhas dos estabelecimentos ou serviços de saúde e áreas profissionais.

5.Aos médicos que, nesta data, não se encontrem inscritos na Ordem dos Médicos para o livre exercício da medicina, são admitidos à escolha dos estabelecimentos ou serviços de saúde e das áreas profissionais mas só iniciam a formação específica após terminarem, com aproveitamento, o internato geral.

## Artigo 106º

(Programas do internato)

1.Até à aprovação dos programas de formação das áreas profissionais do internato médico mantém-se em vigor os programas existentes.

2.As especificações curriculares constantes no quadro anexo à Portaria 1223-B/82, de 28 de Dezembro e os programas de formação em vigor mantêm-se em aplicação até à aprovação dos novos programas.

## ANEXO I: RELAÇÃO DAS ÁREAS PROFISSIONAIS DO INTERNATO MÉDICO

### A QUE SE REFERE O NÚMERO 4 DO ARTIGO 2º

- 1.Cirurgia cardio-torácica
- 2.Cirurgia geral
- 3.Cirurgia maxilo-facial
- 4.Cirurgia pediátrica
- 5.Cirurgia plástica e reconstrutiva
- 6.Cirurgia vascular
- 7.Estomatologia
- 8.Ginecologia-obstetrícia

- 9.Neurocirurgia
- 10.Oftalmologia
- 11.Ortopedia
- 12.Otorrinolaringologia
- 13.Urologia
- 14.Medicina Geral e familiar, clínica geral ou medicina familiar
- 15.Saúde pública
- 16.Medicina Desportiva
- 17.Medicina Legal.
- 18.Medicina do Trabalho
- 19.Anestesiologia
- 20.Cardiologia
- 21.Cardiologia pediátrica
- 22.Dermatovenerologia
- 23.Endocrinologia
- 24.Fisiatria (ou medicina física e de reabilitação)
- 25.Gastroenterologia
- 26.Genética Médica
- 27.Hematologia clínica
- 28.Imuno-alergologia
- 29.Imuno-hemoterapia
- 30.Infecciologia
- 31.Medicina interna
- 32.Nefrologia
- 33.Neurologia
- 34.Oncologia médica
- 35.Pediatria
- 36.Pneumologia
- 37.Psiquiatria
- 38.Psiquiatria da Infância e da Adolescência (ou Pedopsiquiatria)
- 39.Reumatologia
- 40.Anatomia patológica
- 41.Medicina nuclear
- 42.Neuroradiologia
- 43.Patologia Clínica
- 44.Radiologia (ou radiodiagnóstico)
- 45.Radioterapia

## ANEXO II: MODELO DE DIPLOMA A QUE SE REFERE O NÚMERO 1 DO ARTIGO 87º.

### MINISTÉRIO

## DA SAÚDE

Departamento de Modernização e Recursos da Saúde

(1) \_\_\_\_\_

O/A licenciado/a em Medicina .....portador/a do Bilhete de Identidade número .....emitido pelo Centro de Identificação Civil e Criminal de .....em ...../...../.....foi aprovado/a na Avaliação Final do Internato médico em .....de .....de .....tendo obtido o grau de Assistente em .....(2), a que se refere o número 2 do artigo 77º do Regulamento do Internato médico, aprovado pela Portaria número .....de ...../...../....., pelo que lhe é conferido o presente diploma.

A entidade que confere (3)  
.....de .....de .....

A entidade que homologa (4)  
.....de .....de .....

- (1) Hospital ou coordenação
- (2) Área profissional em que é conferido o grau de Assistente
- (3) comissão regional do internato médico
- (4) Director-geral do Departamento de Modernização e Recursos da Saúde

## Medicamentos, Ética, Economia, e o obsoleto monopólio das farmácias

O actual Governo vai autorizar a venda livre de medicamentos não sujeitos a receita médica (OTC), já permitida em diversos países da EU.

Esta é uma medida louvável por representar economia para o Estado e sobretudo para os doentes mas peca por ser modesta. É necessário criar condições para que as leis da livre concorrência reduzam o preço de todos os medicamentos: abolir a contingência de farmácias, alterar o regime de fixação de preços, e liberalizar a posse das farmácias que não deve ser exclusivo dos farmacêuticos, embora por motivos éticos óbvios deva ser interdita aos médicos (o autor destas linhas é médico), sem prescindir da preciosa direcção técnica do farmacêutico que deve sempre ser assegurada.

Vejamos em detalhe os diversos aspectos desta questão.

**1º** - A venda de medicamentos deve ter o aconselhamento técnico de farmacêuticos.

É prudente que a venda dos medicamentos seja sempre supervisionada tecnicamente pelos farmacêuticos. Poderia ser perigoso vender medicamentos nas prateleiras dos supermercados, sobretudo se pensarmos nas crianças que frequentemente são atraídas por semelhanças com guloseimas. Alguns medicamentos OTC podem ser fatais em sobredosagem (paracetamol - hepatotoxicidade grave acima de 4 g/dia no adulto). Além do problema das doses tóxicas, determinadas medicamentos exigem certas precauções: interacção com outros medicamentos que o doente já esteja a tomar, ou com certos alimentos (certos antidepressivos - alimentos contendo tiramina como os queijos). Acresce que os medicamentos devem ser cuidadosamente armazenados para não se deteriorarem (as tetraciclina alteradas pelo calor ou humidade tornam-se tóxicas).

O aconselhamento técnico do farmacêutico é útil para tirar dúvidas aos do-

entes, e esclarecê-los quanto às precauções com os medicamentos, sobretudo os não sujeitos a receita médica, em relação aos quais não houve a intervenção e os conselhos do médico, que por regra é quem primeiro alerta o doente para esses cuidados. Conforme defende Patrício Soares da Silva (VISÃO 17 Mar 05) "a lista de medicamentos não sujeitos a receita tem de ser reavaliada", e julgo que seria útil rever a regulamentação da publicidade dos medicamentos não sujeitos a receita médica, mas sobretudo é necessário regular a publicidade dos fitomedicamentos, nos quais os abusos publicitários são ainda mais frequentes e graves, omitindo em regra efeitos adversos, contra-indicações e precauções.

**2º** - Nada justifica cientificamente a posse exclusiva das farmácias pelos farmacêuticos.

A lei que dá aos farmacêuticos o exclusivo na venda dos medicamentos justificou-se no tempo dos nossos avós, em que o farmacêutico fazia medicamentos manipulados segundo a Farmacopeia. Essa medida visava a qualidade de fabrico dos "manipulados". Hoje contam-se pelos dedos as farmácias que ainda fabricam estes medicamentos. Na sua esmagadora maioria, as farmácias apenas vendem produtos já fabricados e cuidadosamente embalados pelos laboratórios farmacêuticos. A qualidade dos produtos é garantida pelo fabricante, entidades reguladoras (INFARMED), pela inviolabilidade da embalagem e seu armazenamento.

**3º** - O monopólio corporativo aumenta o preço dos medicamentos.

Em "A Mão Visível. A coutada das farmácias" Vital Moreira (Público 2002) refere que: "o acesso à actividade farmacêutica continua regulado por legislação do tempo do Estado Novo (1965), que por um lado reserva a propriedade e gestão de farmácias para os licenciados em Farmácia (exclusivo profissional) e que, por outro lado, condiciona administrativa-

mente a criação de novas farmácias."

A posse exclusiva das farmácias pelos farmacêuticos, e sobretudo a sua contingência administrativa constitui uma óbvia restrição da concorrência, que assegura a uma oligarquia de farmacêuticos um mercado garantido de longas filas de doentes.

É certamente possível encontrar noutros países (onde não existe este monopólio das farmácias) alguns medicamentos mais caros que em Portugal, mas os exemplos contrários devem ser muito mais numerosos. O que interessa é analisar os mecanismos que levam à formação dos preços. Os monopólios sejam da produção ou da distribuição nunca foram favoráveis ao consumidor.

A anulação deste monopólio controlado pela ANF, ao permitir a livre concorrência forçaria a redução das exorbitantes margens de comercialização das farmácias (de que são prova os mirabolantes valores de trespasse), e as quais não se justificam dado o baixo risco do investimento (os medicamentos têm prazos de validade longos e consumo garantido).

Acresce que o aumento do n.º de farmácias vai ainda facilitar a compra de medicamentos e criar muitos postos de trabalho para farmacêuticos que não pertencem à oligarquia afim da ANF.

**4º** - Os custos deste monopólio são agravados por o Estado ser refém da ANF.

Quando Costa Freire era Secretário de Estado, a ANF conseguiu um acordo milionário que fez da ANF o maior credor do Serviço Nacional de Saúde. Como refere Sofia Santos (Expresso 19 Março 05), o protocolo então assinado permite às farmácias adiantarem os medicamentos aos doentes, tornando-se credoras do Estado (no valor das participações), e cobrando juros elevados pelos atrasos. «A ANF é tanto mais poderosa quanto maior é a dívida do Estado», chegou João Cordeiro a afirmar em entrevista ao «Público». Ao anular o

---

monopólio corporativo mantido pela ANF, os contribuintes libertam-se desta pesada canga.

5° - O farmacêutico pode dar aconselhamento técnico, não deve fazer aconselhamento comercial.

O lançamento dos genéricos representou para o Estado uma poupança significativa, à semelhança do que se passou noutros países, mercê da redução dos preços de referência nas participações. Mas os doentes nem sempre pouparam, dada a existência de alguns genéricos por vezes mais caros que medicamentos de marca.

A Ordem dos Farmacêuticos e a ANF repetidamente afirmam que os genéricos são produtos iguais aos medicamentos de marca<sup>1</sup>, portanto se os consideram produtos iguais, a escolha entre eles na óptica da ANF não é uma questão técnica, é apenas uma questão económica, e neste campo não é o vendedor mas sim o próprio doente comprador, a única pessoa competente para escolher quanto quer pagar. Sendo o farmacêutico beneficiário na venda dos medicamentos (que podem ter diferentes mar-

gens de comercialização), por razões óbvias de Ética não deve influir o doente comprador na escolha entre medicamentos que considera iguais.

O doente só poupará na aquisição de genéricos, se no acto da compra o farmacêutico lhe facultar uma lista com o preço de todas as alternativas para o fármaco prescrito (o computador que gere o stock da farmácia serve perfeitamente para esse efeito).

As velhas Ordenações Afonsinas já sabidamente separavam as águas: assim como interditavam aos médicos a venda dos medicamentos, igualmente proibiam aos boticários o acto de receitar os produtos que tinham para vender. É com mágoa que temos ouvido altos responsáveis da ANF, defenderem de forma obsessiva o princípio da alteração do receituário médico. Essa postura eticamente errada constitui um retrocesso legal e ético de alguns séculos.

**Em conclusão**, na defesa dos interesses dos doentes, urge implementar medidas no sentido de:

a) Abolir a contingentação das farmáci-



**Fernando Martins do Vale**

*Prof. Farmacologia. Instituto de Farmacologia e Neurociências e Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. Farmacologista Clínico pela Ordem dos Médicos*

as, e rever o regime de fixação de preços.

b) Liberalizar a posse das farmácias com exclusão dos médicos.

c) Tornar obrigatório o fornecimento ao doente no acto da compra, da lista dos medicamentos contendo o princípio activo com os respectivos preços.

<sup>1</sup>O autor destas linhas considera os genéricos como medicamentos apenas semelhantes aos medicamentos de marca, visto conterem o mesmo fármaco ou princípio activo, mas podendo diferir no processo de fabrico, pureza das substâncias e excipientes. Por estas diferenças devem ser submetidos a rigoroso e periódico controlo de qualidade, feito de forma aleatória sobre os medicamentos existentes no mercado.

## O Papa João Paulo II e a Ciência Médica



Figura admirável de pastor e doutrinador, de promotor da paz e combatente pela dignidade de todos os habitantes do planeta, o Papa João Paulo II deve também ser celebrado pela actuação que prestou aos campos da ciência e da bioética, materializada, entre outros factos, pela fundação da Academia Pontifícia das Ciências e pela magistral Encíclica “*Evangelium Vitae*”.

Ocorre-me, a propósito, lembrar a sua visita aos participantes do 18º Congresso Internacional da Sociedade de Trans-

plantação realizado em Roma em Agosto de 2000.

Estava prevista uma audiência especial na Aula Paulo VI, no Vaticano; inesperadamente, foram os congressistas surpreendidos pela notícia de que o Papa decidira comparecer em pessoa no Palácio dos Congressos!

Perdura na minha memória a figura já muito alquebrada do Pontífice, caminhando com dificuldade arrimado à sua bengala. Mas foi com voz nítida e vigorosa que leu a sua notável alocução, respeitosamente escutada por mais de dois mil congressistas, a qual procuro agora resumir sem trair.

Citando a sua Encíclica *Evangelium Vitae*”, reafirmou merecer particular apreço a doação de órgãos para transplante, efectuada segundo formas eticamente aceitáveis, para oferecer uma possibilidade de saúde e até de vida a doentes por vezes já sem esperança. Mas neste campo da ciência médica haverá que examinar alguns pontos críticos à luz de uma reflexão antropológica e ética, segundo o fundamental critério da defesa e da promoção do bem integral da pessoa humana, considerando que nem tudo o que é tecnicamente possível será, apenas por essa razão, moralmente admissível.

E sublinhou que o transplante de órgãos tem como fonte uma decisão de grande valor ético: oferecer, sem qualquer recompensa, uma parte do próprio corpo em favor da saúde e bem-estar de outra pessoa – acto nobre e de amor genuíno. Em conformidade, considerou absolutamente reprovável qualquer iniciativa que leve à comercialização dos órgãos humanos, já que usar o corpo como um objecto viola a dignidade da pessoa humana. Na imediata sequência deste ponto, colocou a necessidade do consentimento informado e livre.

Abordou o Papa a importante questão do transplante de órgãos de cadáver, tratando com especial atenção a certificação do óbito do dador, lembrando que a morte de uma pessoa é um acontecimento único, consistindo na completa desintegração daquele conjunto unitário e integrado que constitui o ser pessoal, resultante da separação entre o princípio vital (ou alma) e a realidade corpórea da pessoa humana. Assim compreendida, a morte da pessoa é um acontecimento que não pode ser identificado directamente por qualquer técnica científica ou método empírico. Os critérios médicos de certificação da morte simplesmente identificam os sinais biológi-

cos de que uma pessoa realmente morreu.

Nesta linha, o Papa referiu os progressos da ciência médica que conduziram à definição de parâmetros que certificam a cessação completa e irreversível de toda a actividade cerebral e são considerados como sinal de que o organismo individual perdeu a sua capacidade integrativa.

Anotando que não pertence à Igreja pronunciar-se tecnicamente sobre sinais ou critérios de morte, referiu que lhe cabe, à luz do Evangelho, o dever de comparar os dados apresentados pela ciência médica com a compreensão cristã da unidade da pessoa, de modo a afastar o que possa pôr em risco o respeito pela dignidade humana. E afirmou que tal conjunto de parâmetros ou critérios indicativos da morte cerebral, se rigorosamente aplicado, não parece entrar em conflito com os elementos essenciais de uma válida antropologia. Deste modo, os médicos responsáveis pela certificação do óbito podem usar tais critérios em cada caso individual como base para chegar àquele grau de segurança do juízo ético que o ensino da Moral descreve como “certeza moral”. Esta certeza é considerada a base necessária e suficiente para uma linha de acção eticamente correcta. Só quando esta certeza existe, e na condição de haver um consentimento informado, será moralmente aceitável proceder à colheita dos órgãos para transplante, concluiu o Papa.

Outra importante questão analisada foi a disponibilidade e atribuição dos órgãos face à sua escassez, às listas de espera e à definição de prioridades. Sublinhou o Papa o evidente princípio da justiça: o critério da atribuição não pode ser discriminatório (baseado na idade, sexo, raça, religião, estatuto social ...); a decisão deverá ser tomada na base dos factores imunológicos e clínicos. Qualquer outro critério poderia revelar-se totalmente arbitrário e subjectivo, fazendo esquecer o valor intrínseco de cada pessoa humana, o qual é independente de qualquer circunstância externa.

Abordou ainda o Pontífice a problemática dos xenotransplantes, considerados lícitos desde que não agredam a integridade da identidade psicológica ou genética da pessoa receptora do transplante, com o adequado balanço favorável dos benefícios face aos riscos.

O Papa exprimiu por fim a sua esperança nos trabalhos dos diversos especialistas com vista à descoberta de novos tratamentos que venham substituir os transplante de órgãos, reafirmando a necessidade de evitar o desrespeito da dignidade e valor da pessoa humana; referindo em particular as tentativas de obter órgãos ou tecidos por meio de técnicas de clonagem, considerou-as moralmente inaceitáveis na medida em que utilizem a manipulação e destruição de embriões humanos.

Aqui fica o sumário de uma notável alocução daquele que bem merecerá ser chamado “Perito em humanidade”!

**Adelino Marques**

(Médico Nefrologista)



## O diagnóstico clínico – das dúvidas à certeza

**O diagnóstico clínico tal como entendido hoje nasceu de uma condição científica essencial há cerca de 150 anos; pelos anos 80 do século XX adquiriu uma condição tecnológica que modificou a prática médica. Para avaliar as modificações surgidas socorremo-nos das perguntas de esclarecimento de Kipling (\*), conforme as considerações seguintes:**

### **1. Qual o significado da palavra diagnóstico?**

A palavra de origem grega possui um dinamismo associado ao prefixo “dia” (através de) e que acentua a noção de movimento da palavra principal “gnose” (conhecimento). Existem cerca de uma centena de palavras da mesma família, metade das quais respeitam à medicina – umas de clareza meridiana como “dia” ou conhecidas como “diabetes” ou mesmo “diaforese”, outras nem tanto como “(a)diadococinesia”. A noção de diagnóstico envolve ainda uma interpretação a partir de outras palavras da mesma família como “diálogo”, troca verbal ou de impressões físicas, como sucede na anamnese e no exame físico; ou como “dialéctica”, estética da descoberta da verdade pela integração de sintomas e sinais, como sucede nos diagnósticos diferencial e definitivo da doença. O relacionamento médico/doente é outra condição essencial para levar o diagnóstico a bom termo pela confiança recíproca entre os dois intervenientes malgrado a desigualdade funcional entre ambos – o primeiro possui uma profissão que é aprendida antes de exercida e lhe confere um conhecimento, capacidade e condição próprias, en-

quanto o segundo é a peça essencial do relacionamento e o seu principal beneficiário, ainda que o estado do doente seja em regra transitório. É importante, mas não essencial que o doente esteja em condições físicas e mentais de participar, embora em certas circunstâncias possa haver uma vontade deliberada em ocultar ou viciar os dados do problema. O diagnóstico clínico, avaliação natural e definitiva passou com o progresso a incluir intercorrências ligadas à técnica, ao medicamento e à evolução da doença.

### **2. Porque é necessário fazer o diagnóstico?**

O diagnóstico é uma resposta médica ao desafio clínico colocado pelo doente. Não raro surge como um lampejo ou flash desde o primeiro instante quer nas situações crónicas com um estigma característico, quer nas situações agudas com uma limitação funcional típica. Pode resultar de interpretação técnica bizarra (v.g. falsas imagens nos raios-x ou troca de cabos no ECG), prontamente diagnosticadas pelo médico. Pode um efeito medicamentoso inesperado resultar da solicitude do amigo bem intencionado, do curandeiro ou farmacêutico ou da própria indústria. Eventualidade diferente é a do risco controlado quando o médico em situação “desesperada” não aceita a precedência do diagnóstico sobre a terapêutica. É uma atitude de recurso quando a vitória médica é duvidosa ou a janela terapêutica é pequena mas a solução adoptada pode fazer a diferença entre um vivo sem diagnóstico e um morto bem diagnosticado, e integra o conceito de terapêutica “adjuvantibus” ou prova terapêutica. A linguagem castrense resume bem as vicissitudes do diagnóstico – perfeito quando obedece a uma “estratégia” bem planeada; possível quando obedece a uma “táctica” imposta por circunstâncias adversas no terreno de acção.



### **3. Quando fazer o diagnóstico?**

O diagnóstico não decorre só da semântica, do diálogo médico/doente ou de estratégia/táctica. Possui um tempo cronológico próprio pois a doença exhibe uma máscara diferente conforme o seu tempo evolutivo. O doente pode

acorrer a uma urgência por “précordeialgia” devida a múltiplas causas, entre as quais o “enfarto do miocárdio”; relacionado com a “obstrução” de uma coronária podendo, após permeabilização por “stent”, associar-se a “regressão” dos sintomas e sinais iniciais. As cinco situações podem evoluir em poucas horas e corresponder a um espectro clínico evolutivo com inúmeras possibilidades dependentes da distribuição, extensão e gravidade das lesões. São também múltiplas as consequências a nível dos parâmetros assistenciais. A duração total de internamento, p.e. poderá hoje não ultrapassar os cinco dias ou 5/6 vezes menos do que sucedia há cerca de quarenta anos. Charles K. Friedberg considerava então necessário “um período médio de repouso de seis semanas para uma recuperação total do ataque agudo e permitir a cura do enfarto”. Em definitivo, não existem métodos para medir, pesar ou avaliar o volume de um qualquer diagnóstico afinal uma construção intelectual com raiz cultural, em que tudo é diferente conforme o tempo cronológico e as diferentes épocas. O legado profissional medico mostra que as características da doença são muito variáveis à semelhança ao que sucede com outros parâmetros biológicos, como o DNA e as características físicas (externas e orgânicas) do doente.

#### 4. Como fazer um diagnóstico?

Antes da 1ª Grande Guerra o diagnóstico era essencialmente clínico e os actos praticados simples e executados no próprio domicílio onde as pessoas nasciam, cuidavam-se quando doentes e morriam. A medicina hospitalar de índole religiosa e raiz medieval estava reservada a indigentes. Entre as duas Guerras surgiu a medicina de consultório reservada às classes mais desafogadas. Depois da 2ª Guerra e em Portugal a medicina de consultório e ao domicílio generalizou-se através das caixas de previdência e de outros sistemas corporativos com efeitos benéficos importantes mas com um sistema autoritário e burocrático que não soube cativar os “beneficiários” ou os “fornecedores de cuidados”. Presentemente assiste-se a novas modificações: a medicina de consultório isolado tornou-se uma actividade de grupo e talvez cada vez mais ligada ao próprio hospital; a medicina domiciliária polariza-se mormente no doente terminal ou crónico; a medicina hospitalar estará reservada à urgência ou a situações electivas. O diagnóstico anatómico passou a ser um acto de consultório não cruento, indolor e eficaz. O recurso às várias especialidades quer longitudinais como a radiologia, quer transversais como a cardiologia são feitos



**A. Coutinho de Miranda**  
*Antigo Chefe de Serviço e Director Clínico do Hospital Curry Cabral*

no consultório ou em ambulatório com o apoio de tecnologia física rigorosa. Para um diagnóstico funcional ou etiológico os testes são hoje bastante sensíveis e específicos. Difícilmente se poderá referenciar um sector médico cujo diagnóstico não tenha descido a um pormenor impensável num passado recente, v.g. das doenças valvulares às do pâncreas, das doenças bacterianas complexas às do sistema nervoso. Em certos casos pode o diagnóstico descer ao nível genético ou molecular.

Há talvez a tendência para o diagnóstico ser controlado, exercido ou pelo menos disputado por profissionais não médicos. Uns da área assistencial tradicional, como a enfermagem, farmácia, administração hospitalar. Outras ocupam-se do homem dos mais variados pontos de vista como a

psicologia, a antropologia e a sociologia. Os arquitectos, engenheiros e ecologistas também possuem pontos de vista ambientais importantes para a saúde do homem. Os físicos e químicos tornaram-se imprescindíveis à tecnologia hoje praticada. O autarca considera o estabelecimento de saúde como uma segura fonte de emprego. Para o político é uma zona de influência a não negligenciar, o gestor considera ser uma área propícia à sua actuação e o criminologista já adoptou tecnologia médica



moderna. Não espantará que os índices de crescimento sejam na assistência, biotecnologia e farmácia, 76; na Telecom, software e computadores, 49; nas minas, gasolina e gás, 32; no espaço, 20 (Time, 14 Fev2005).

#### 5. Onde se faz o diagnóstico?

A existência de um espaço físico próprio para a averiguação diagnóstica no consultório, domicílio ou hospital é imprescindível; nem sempre é evitável que o espaço seja um qualquer canto de corredor, cantina ou até café público na pessoa mais ansiosa. Ceder demasiado pode no entanto afectar a delicadeza de situações em prejuízo do próprio doente. Outra condição essencial, são os diversos tipos de suporte, uns de natureza técnica tais como exames complementares, salas de reunião com outros especialistas, de natureza bibliográfica ou de expediente administrativo. Nos

tempos actuais seria vantajoso a “reanimação” das reuniões hospitalares formais como selo de garantia de melhor qualidade assistencial e ética, da melhor formação profissional e de maior eficácia na prevenção da “malpractice”.

## 6. Quem faz o diagnóstico?

Tradicionalmente a medicina exercida nos estabelecimentos religiosos tinha como objectivo cuidar dos doentes. A revolução científica que os médicos protagonizaram no século 19 fez com que a sua importância aumentasse, a dos religiosos diminuísse e os objectivos de tratamento passassem a ser a cura do doente.

O arranque científico coube a Marie François Bichat (1771/1802) que através de uma dedicação sem limites, reuniu uma casuística impressionante de autopsias e chegou à conclusão no seu tratado de 5 volumes, que a doença estava associada a alterações tissulares identificadas macroscopicamente. Com René Laennec (1781/1826), e graças ao “le tube” de madeira de sua invenção, podiam-se ouvir “com uma nitidez como nunca ouvira antes” os roncões e ferveores no pulmão e os tons cardíacos; e relacionar o que se ouvia em vida com o que se via *postmortem* conforme os ensinamentos de Bichat. A patologia torna-se o standard de ouro e de referência que faltava à medicina para obter o estatuto de ciência. As primeiras doenças diagnosticadas por Laennec foram – pneumonia, pleurisia serofibrinosa, pneumotorax, dilatação dos brônquios, enfisema pulmonar,

tuberculose pulmonar e gangrena pulmonar. Com Claude Bernard (1813/1868) verificou-se que cada órgão tinha um funcionamento próprio e que coexistia com uma unidade funcional do corpo humano. A contribuição francesa contemporânea contou também com o químico Louis Pasteur (1822/1895) que descreveu as bactérias como causa de doença, a pasteurização, a assepsia (cirúrgica) e a prevenção e tratamento por soro (raiva). No final do século 19 a medicina germânica começou a disputar a liderança francesa com R. Koch que propõe os seus quatro postulados de diagnóstico da doença infecciosa, com Virchow no diagnóstico patológico e com Roentgen no diagnóstico radiológico. No fim do século as doenças bacterianas mais frequentes estavam identificadas.

O século 19 lisboeta terá conhecido a modernidade com a Escola Regia de Cirurgia, criada na sequência da actividade cirúrgica de Manuel Constâncio no século anterior; com o estudo estatístico dos doentes de D. Pedro

Alvarenga e com os regulamentos de admissão hospitalar de cirurgiões e médicos. Na reforma de 1901 de Curry Cabral, inaugurou-se um serviço de análises clínicas de raiz e criaram-se dois novos hospitais. As condições da cirurgia eram boas, com um anfiteatro de demonstração, sala para cirurgia experimental e sala de autópsias no Hospital de S. José. Havia então por parte dos hospitais, uma tendência à especialização conforme as doenças nele tratadas – S. José (difteria e raiva), S. Lázaro (lepra), Sta. Marta (1910, sífilis), Desterro (doenças venéreas), Curry Cabral (1906, tuberculose), Arroios (varíola), Capuchos (1928). As condições dos hospitais lisboetas tornar-se-iam aceitáveis no virar do século, mas a situação psicológica talvez não fosse diferente das que Henri Mondor recorda em relação à dupla frustração psicológica dos seus colegas franceses – o diagnóstico é “incerto ou impreciso” e a terapêutica “inútil mas importante” por ser “preciso dar

qualquer coisa ao doente, não importa o quê, porque é o que o doente espera”; e ao contrário do que sucederia na sua própria época (fim da 2ª Guerra) em que “a arte cedeu o lugar à ciência, o *esprit de finesse* à geometria, as probabilidades à certeza”.

Para estabelecer um paralelo com a medicina portuguesa convém destacar alguns aspectos mais marcantes, tais como os estabelecimentos assistenciais, a Escola Médico Cirúrgica e a criação de Institutos por onde passaria muito da modernidade tais como o bacteriológico de Câmara Pestana (1892) escassos seis anos de-

pois do Instituto Pasteur, o de Medicina Tropical (1902) e de Oftalmológico de Gama Pinto. Após a implantação da República e a exoneração de Curry Cabral foram importantes a criação de Faculdade de Medicina de Lisboa (1911) para onde “transitaram os grandes nomes da Escola Médico Cirúrgica” e a quem foi entregue a custódia da imponente Escola do Campo Santana (1906) e o Hospital de Sta. Marta; a designação mais republicana de Hospitais Civis de Lisboa passou a substituir a de H. S. José e anexos (1913). Quanto à dupla frustração francesa assinalada por H. Mondor os concursos de admissão dos médicos dos HCL e dos internos eram uma garantia de qualidade da medicina portuguesa no pós guerra (1939/45). A Faculdade de Medicina de Lisboa e a Medicina Portuguesa começavam a viver a hora **americana** (a **francesa** era já uma memória e **alemã** uma recordação inconveniente). Mas iria viver uma “hora de infâmia”, usando a expressão de F. Roosevelt, quando em 1947 Pulido Valente, Fernando Fonseca entre outros notá-



veis foram exonerados das suas funções por ordem do Presidente Salazar. Pulido Valente, homem realista com os pés na terra foi renovador da medicina portuguesa pela introdução do rigor científico no estudo do doente; pelo debate que caracterizava a elaboração do diagnóstico clínico; e pela correlação anatomoclínica que conduzia ao diagnóstico definitivo. Estas sessões decorriam no Hospital de Sta. Marta onde a vertente patológica era apresentada por um ilustre patologista alemão, o Prof. F. Wohlwill, refugiado da Alemanha Nazi (fins da década de 30). Fernando Fonseca era já um notável professor com pouco mais de 50 anos de idade e antigo discípulo e notabilizou-se na modernização da infecciologia em Portugal no H. Curry Cabral e na realização de uma apreciável obra médica. Em 1948 a medicina portuguesa teria a sua “finest hour”, usando uma outra expressão anglo-americana, com a atribuição do Prémio Nobel da Medicina a Egas Moniz pela descrição da leucotomia. Ser de excepção com a cabeça entre as estrelas tinha descrito a leucotomia em 1936 e a arteriografia em 1927, método impar de diagnóstico e inovador na visualização da circulação cerebral e ainda hoje um meio essencial de diagnóstico da circulação em qualquer outro

sector do organismo.

Em 1953 fechava-se este ciclo com a jubilação de A. Celestino da Costa, outro notável professor e investigador de histologia e embriologia com importante obra inovadora na matéria, e com a transferência da Faculdade para o H. Sta. Maria e a entrega do H. Sta. Marta ao grupo HCL.

## Resumo

Existe hoje a possibilidade ambulatoria de identificação etiológica, anatómica e funcional das doenças e mesmo a sua caracterização genética e molecular onde quer que ela se manifeste, por menores que sejam as suas dimensões e mínimos os seus efeitos. A análise do diagnóstico conforme o questionário proposto permitiu identificar algumas áreas sensíveis.

(\*) Rudyard Kipling (1865 – 1936) estadista inglês e escritor de livros para crianças

O Autor agradece à Dr.<sup>a</sup> Susan Marun, distinta médica do Serviço de Cuidados Intensivos do Hospital Curry Cabral, a muito valiosa cooperação na ilustração do artigo.

## «Une blue (bonne) expérience»...??

**Este conto é pura ficção e qualquer correspondência com a realidade só pode ser mera coincidência. O facto de eu ter comprado um Peugeot 307, Cuir 2.0 HDI em 2002, de ele ser cinzento, ter passado meses e meses nas oficinas da marca, onde os técnicos lhe substituíram quase tudo, são factos que não devem levar o leitor a retirar conclusões precipitadas...**

Em viagem, ao volante de um carro alugado, a música fazia-me companhia e ajudava a passar o tempo. De repente, um anúncio quebrou a tranquilidade do passeio e lançou sobre mim uma perturbadora neblina: Le Peugeot: «une bonne expérience».

Os meus ouvidos não queriam acreditar naquele anúncio. É verdade que a experiência nos ensinou a duvidar da mensagem comercial, sabemos que há organismos que têm como única missão evitar a publicidade enganosa e punir os prevaricadores. Sabemos isso tudo, mas para mim é difícil ouvir Peugeot, «une bonne expérience» e ficar indiferente.

Gostava de conhecer o criativo, contar-lhe a minha aventura com essa marca francesa e saber se ele seria capaz de voltar a sugerir a mesma frase. Se ele, mesmo pago principescamente, seria capaz de voltar a escrever uma mensagem igual se tivesse tido o azar de comprar o 307 que eu adquiri em 2002.

Le Peugeot: «une bonne expérience». A frase voltou a ecoar nos meus ouvidos e lembrei-me das reuniões que tive com o Eng. Nuno Henriques, um dos responsáveis técnicos da Peugeot - Auto República, profissional simpático e capaz de me convencer quando disse, depois da terceira grande reparação, «desta vez o carro fica óptimo». Dizia aquilo com convicção e, palavra, cheguei a acreditar! É verdade que nunca chegou ao ponto de me dizer «le Peugeot c'est une bonne expérience», isso ele nunca ousou dizer, o que reforça a minha ideia de que ele é um profissional honesto, a desempenhar uma

profissão ingrata, numa marca nem sempre com bonnes expériences.

Recordo as cartas que escrevi para a Peugeot Portugal e Peugeot France. Lembro-me que o meu carro estava em meu nome havia pouco mais de dois anos e tinha passado onze meses (sim, quase metade do seu tempo de vida útil) nas oficinas da Peugeot e dos 24 mil quilómetros registados, muitos tinham sido percorridos por técnicos da marca! Pas une bonne expérience.

É verdade que tinha uma garantia. Nesses longos períodos, a Peugeot Portugal assegurou-me um carro de substituição. É verdade que quase sempre de gama inferior ao meu, sem apoio de assistência à marcha atrás, sem via verde, sem kit mãos livres... Pequenos incómodos para quem tinha (tem!...) um Peugeot 307,

quelle expérience! Só me restava aguentar...

Para a Peugeot, a troca de carro estava fora de questão. É verdade que ao fim de dois anos o meu carro, comprado novo e a pronto pagamento, tinha mudado o motor (sim, o motor!), recebido duas embraiaagens novas, uma bomba injectora, um canhão de ignição, duas cablagens principais, um computador de ESP, três volantes de motor, três grupos de travagem, um motor de arranque (sim, isso também). E há mais, mas o limite de batidas imposto pelo editor da Revista obriga-me a sintetizar. Digamos que, de origem, o meu carro tem as jantes, os estofos e pouco mais. Mas é um Peugeot «certainement une bonne expérience», como diz o anúncio que passa nas estações de rádio.



Continuava a minha viagem, sintonizei outra estação, e a seguir ao serviço noticioso regressou o anúncio: Peugeot: une bonne expérience.

Uma dicção notável e uma convicção insuspeita. Gostava de trocar umas palavras com o dono dessa voz e, depois de lhe contar a aventura do meu 307, pedir-lhe para voltar a ler o mesmo anúncio.

Provavelmente voltaria a ser convincente. É certamente um bom profissional e pode ter a sorte de não ser proprietário de um 307 como o meu.

Talvez tenha é o azar de conhecer os mesmos responsáveis que eu contactei na Peugeot. A quem enviei cartas e mais cartas. Responsáveis técnicos que ao fim de quase três anos não foram capazes de diagnosticar o problema do meu carro. «Une bonne expérience». Técnicos que me asseguraram, por escrito, repetidamente, que «desta vez é que é!». Mas nunca acertaram! E quem que eu continue a acreditar neles.

Afinal é simples ser responsável técnico desta marca. Quando há uma avaria que não conseguem solucionar e depois de passarem mais tempo com o carro nas oficinas do que o proprietário, até parecem ter uma máxima:

- «Se o carro tiver defeito deixe o cliente perder tempo e gastar a sua paciência em reuniões e reuniões».

Tem sido essa a receita, apesar das explicações serem sucessivamente desmentidas pelos factos. Mas eles não se importam de ver um cliente com um problema nem se preocupam em encontrar uma solução. Pelo menos no meu caso.

Por isso, atrevo-me a pedir ao leitor que mantenha o seu sentido prático e quando ouvir um anúncio promocional da Peugeot, desconfie...

Mas não duvide só dos anúncios, é que nem tudo o que promete ser «une bonne expérience» acaba por ser uma boa experiência.

**Nota da autora:** Se alguém quiser ver como realidade e ficção às vezes se confundem basta pedir à Peugeot Portugal o dossier completo do veículo com a matrícula 82-46-TN.

**Manuela Santos**  
Especialista em MGF

# AGENDA

## 11th World Congress on Pain

**21 a 26 de Agosto de 2005**

Local: Sydney, Austrália

Contactos: Telef.: 218 422 700

## ESC 2005

**3 a 7 de Setembro**

Local: Estocolmo, Suécia

Contacto: European Society of Cardiology

Telf.: 33492947600; Fax.: 33492947601

[www.escardio.org](http://www.escardio.org)

## 11.ª Jornadas de Pediatria do Centro Hospitalar de Cascais

**22 e 23 de Setembro**

Local: Centro Hospitalar de Cascais

Contacto: Telef.: 214827700; Fax.: 214844843

## 10.º Congresso Nacional de Medicina Familiar

**25 a 27 de Setembro de 2005**

Local: Covilhã – Universidade da Beira Interior

Contactos: Assoc. Port. dos Médicos de Clínica Geral, Telf.: 21 761 52 50;

Fax: 21 793 31 45; E-Mail: [apmcg@netcabo.pt](mailto:apmcg@netcabo.pt) – Top Atlântico - Dep. Congressos; Telf.: 218925405; Fax: 218925406;

E-Mail: [lisboa.congress@topatlantico.pt](mailto:lisboa.congress@topatlantico.pt)

## IV Congresso Internacional de Demência Vascular

**20 a 23 de Outubro**

Local: Porto

Contacto: Kenes International

Telf.: 229080488; e-mail: [vascular@kenes.com](mailto:vascular@kenes.com)

## XV Congresso Nacional de Gastroenterologia

**5 e 6 de Dezembro**

Local: Auditório dos Hospitais da Universidade de Coimbra

[www.spcoprocto.com](http://www.spcoprocto.com)

## ◉ Pombo Mensageiro

Numa tarde de sábado no início do Verão, após um almoço sofisticado num daqueles hotéis onde só vamos por empréstimo para abrilhantar reuniões científicas, lembrei-me do Luís quinze anos antes.

A ementa constituída por pratos exóticos apresentados com enfeites artísticos desenhados por um qualquer designer culinário anónimo de luxo, dava ao ambiente um pseudo ar informal.

Os presentes numa pretensa naturalidade de *habitués*, como se quotidianamente ingerissem aqueles alimentos disfarçados com especiarias de sabor intenso e bem condimentados, sugeriam uma perfeita unidade entre tempo, lugar e acção, parecendo heróis de um teatro grego.

Os carros, os BMW(s), as cilindradas, os bens, as casas de quatro frentes e com alçado, os valores em acções, os PPR(s), os sucessos, os futuros sucessos, os sucessos dos sucessos, dos descendentes, das gerações vindouras, o perfil familiar perfeito e equilibrado, harmónico e perfeitamente adequado ao ambiente; mais sucesso, mais bem estar, mais certezas, todas as certezas concentradas na sobremesa, construíam um acção com uma dimensão quase épica.

Ainda assim a capacidade de determinar em alguns dos presentes algum desalento e porventura cansaço ganhava em humanidade, o que transfigurava aquele perfeito teatro clássico numa contemporaneidade simpática.

Discutia-se com enorme subtilidade sentimentos e formas de estar na vida a que poderemos chamar vulgarmente troca de ideias ou de impressões com música de fundo suave e indefinida

Um pombo deu-me uma bicada sem cerimónia no pé... era daqueles lugares de relaxe, onde a natureza nos invade ameaçadora. Nova bicada... Olhei surpreendida e pensei interrogando-me... Querem ver que o fulano se transformou em pássaro? É mesmo dele... Não sossega, tem de ser sempre o centro das atenções!!!

Lembrei-me então da minha primeira vez na Madeira, onde me convidaste para aterrar suavemente sem so-

bressaltos para uma reunião do mesmo tipo.

Tinha chegado de Genebra havia pouco tempo, cheia de ilusões pseudo científicas e com a cabeça invadida por projectos que contrariamente ao subtítulo de um cartaz recente de um mediático concorrente à Presidência da Câmara de Lisboa, eram **com princípio, meio, mas Sem Fim**.

Para dizer a verdade antes de conhecer a Madeira, não tinha curiosidade especial por tais paragens hipertrofiadas por histórias de revezes em pistas de aterragem estreitas, com uma língua de mar ali mesmo

ao lado, mas aceitei o teu convite com uma alegria renovada na inquebrantável curiosidade que sempre colocavas nas propostas que fazias, mesmo no tomar de um simples café. Havia sempre um mistério a envolvê-las, um jogo cúmplice em termos emocionais que gostavas de estabelecer com todos nós.

- Não digo mais nada,... Vai ser uma reunião diferente, científica também claro, mas... depois me dirão... e agora não perguntem mais nada... só vos digo

que vai ser de certeza diferente!!!

E depois baixinho para mim: – Vamos fazer tábua rasa de inconvenientes e das velhas chatices?

Não gostavas nada de situações desconfortáveis, nem de deixar cristalizar males estares.

Era uma amizade curiosa a nossa, seguramente real, feita de confrontos muitas vezes, de alternância entre serenidade, humor q.b. e certa tensão e cumplicidade... talvez? e magoamento, também. Sem heroicidade teatral.

Era tão engraçado quando ficavas furioso; agora posso dizê-lo:

Eu, muito calma, não conseguia controlar a serenidade que me invadia inversamente proporcional à tua irritação, e tu irritado comigo, com os olhitos muito vivos a chisparem raivas surpreendidas perante a minha irreprimitável vontade de sorrir, recusando assim abdicar da minha insatisfação.

E dói, “há que dizê-lo com frontalidade” parafrase-





Leonor Duarte de Almeida

ando uma frase que tu gostavas de invocar de um programa de televisão famoso, não posso negar que dói um bocadinho não te poder rever às terças feiras para as nossas **conversas da má língua** e não me rir contigo naquela cumplicidade espontânea que tenho com algumas poucas pessoas, sendo tu sem dúvida uma delas, que sempre foste um manipulador de afectos assumido.

Ainda há alguns meses me disseste que o teu convívio comigo era como uma botija de oxigénio, um banho de saúde mental, pela capacidade sempre renovada de surpreender.

Afinal quem de facto me surpreendeu foste tu quando me falaste recentemente no teu desejo de pisar um palco

– Um desejo final. Um fim em beleza o que é que queres? para acrescentares:

– Sabes quando era jovem aprendi as técnicas adequadas para pisar um palco, a posição do olhar, do corpo, estudava o texto e depois posicionava-me de modo tal que conseguia obter a excitação do público e isso era qualquer coisa de indescritível, avassalador mesmo.

– Se calhar foi essa experiência que me fez acabar sempre por resolver e lidar de uma forma que eu considero adequada e consequente, com os problemas que a vida me colocou; para de seguida continuares:

– Sabes o que é em termos emocionais o podermos expor-nos numa cumplicidade com os espectadores?

– É um desejo que só imagino de uma forma grandiosa, em palco onde temos de ser pela força das circunstâncias mais visíveis, mas onde a cumplicidade com os outros também existe, não é apenas um acto individual.

E realmente pisaste o teu palco, com uma ovação espantosa, com ramos de flores e tudo, todos os espectadores te prestaram homenagem de pé, durante horas e as flores foram tantas que te submergiram por inteiro. Voltei atónita do teu «último espectáculo», mas hoje quando neste hotel clone daquele outro de há quinze anos, nesta mesma ilha, assisti a mais uma reunião científica percebi que eras tu que ocupavas o centro das atenções.

Embora não haja milagres, o facto de sermos limitados não nos impede de estabelecer o contacto com o ilimitado e como numa nova aprendizagem percebi, que colocar em cena um teatro clássico com sentimentos de hoje é uma forma de reconciliação com o passado,

Se calhar por omissão, por ignorância, por timidez, por pudor ou conveniência não fui capaz de convocar essa minha reconciliação até agora de modo tão claro.

Hoje Domingo, o pombo voltou. Saltou para o parapeito da varanda, ajeitou as penas, acenou com as asas e partiu.

la jurar que me sorriu, um sorriso sossegado a missão cumprida.

*In memorium* do Prof. Luís Metzner Serra





### Depeche Mode

Os Depeche Mode anunciaram numa conferência de imprensa em Dusseldorf as datas da digressão que o grupo irá realizar após a edição do novo álbum prevista para Outubro. A digressão europeia com início a 13 de Janeiro de 2006 em Dresden (Alemanha) passará

por Portugal no dia 08 de Fevereiro, para um concerto único no Pavilhão Atlântico. Os bilhetes já estão à venda nos locais habituais.



### Filarmónica Gil

Ao completar 25 anos de carreira (2001), um novo projecto se desenhou na cabeça de João Gil - um "projecto de vida", segundo o próprio. Às composições do músico juntaram-se as letras de João Monge, a musicalidade de Rui Costa, na voz de Nuno Norte. Cumplicidades

num trabalho colectivo, partilha de vivências de três gerações diferentes. O disco do mesmo nome, é o primeiro resultado de um novo projecto que fala das vivências e das emoções da vida quotidiana. Num registo em jeito de conversa numa sala de estar entre amigos que, afinal, podia ser de qualquer um de nós.

### Mísia

Foi editado em Portugal *Drama Box*, o oitavo álbum da carreira de Mísia. Fados, boleros e tangos, num trabalho que conta com a colaboração dos músicos Carlos Manuel Proença, José



Manuel Neto, Daniel Pinto, Luís Cunha, Ricardo Dias, Victor Villena, António Aguiar e do arranjador Daniel Schvetz. Os escritores Vasco Graça Moura, Rosa Lobato Faria, Paulo José Miranda e José Luís Peixoto assinam os poemas inéditos de um *Drama Box*, que inclui igualmente

um fado construído a partir de quadras de diversos poemas de Nátalia Correia e um poema de José Saramago ("Adivinha"), já cantado em 93 (*Mísia Fado*), em uma outra música. Grande destaque vai para a participação especial das actrizes Maria de Medeiros, Carmen Maura, Fanny Ardant, Miranda Richardson e Ute Lemper, que dizem o poema "Fogo Preso" de Vasco Graça Moura.



### K-OS

Aclamado pela crítica como um visionário do hip-hop, o canadiano K-OS apresenta o seu segundo álbum "Joyful Rebellion" - o primeiro a merecer edição em Portugal. Um disco onde K-OS mantém bem presente as raízes do hip-hop, não deixando de o misturar

com outros elementos e estilos como o reggae, o rock e o jazz, o que resulta num som bem característico - na sequência do que nos havia apresentado no álbum de estreia "Exit" - e que faz dele um dos artistas - ao lado de nomes como os N.E.R.D., Black Eyed Peas, Outkast ou The Roots - que mais tem contribuído para o alargamento dos horizontes da cultura hip-hop.

## II ENCONTRO NACIONAL "TRAUMA: UM FLAGELO DO SÉCULO XXI"

Coimbra, 23 e 24 de Setembro de 2005

OM - SECÇÃO REGIONAL DO CENTRO  
COMPETÊNCIA EM EMERGÊNCIA MÉDICA

### PROGRAMA

**DIA 23 DE SETEMBRO, SEXTA-FEIRA**

09.00-13.30 - mesa redonda nacional - consensos em trauma 2005

09.00 - sessão de abertura

09.30 - abordagem no sap

10.00 - abordagem pré hospitalar - triagem e encaminhamento

10.30 - redes de referência

11.00 - intervalo

11.30 - organização e resposta na sala de emergência

12.00 - estabilização do traumatizado crítico

12.30 - transporte secundário de doentes

13.00 - sumário "standards em trauma" - recomendações

13.30 - almoço

15.00 - 18.00 assembleia geral da competência em emergência médica

Ordem de trabalhos:

1. Informações

2. Especialização em medicina de urgência

### DIA 24 DE SETEMBRO, SÁBADO

09.00 - 12.30 mesa redonda regional - síndromes compartimentais

09.10 - na perspectiva da medicina intensiva

09.50 - na perspectiva da cirurgia geral

10.30 - intervalo

11.10 - na perspectiva da neurocirurgia

11.50 - na perspectiva da ortopedia e da cirurgia vascular

12.30 - 12.50 conferência - aspectos médico-legais do trauma

12.50 - sessão de encerramento

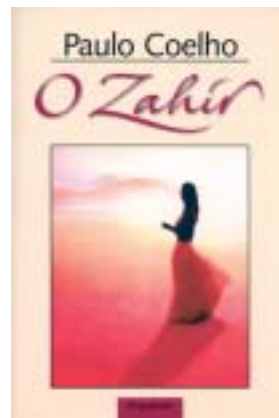
# CULTURA

## Livros



### Re(habilitar)

A Re(habilitar) - revista da Escola Superior de Saúde de Alcoitão (ESSA), é uma publicação bianual de carácter científico que tem como objectivos fundamentais: – Divulgar a actividade científica desenvolvida no âmbito dos Departamentos da ESSA, através da publicação de monografias, dissertações, projectos de investigação, reuniões científicas, relatórios de avaliação, etc. – Difundir conhecimentos nas áreas científicas de ensino da ESSA ou nos domínios afins relevantes, através da publicação de artigos, notas de investigação e recensões críticas. – Promover a reflexão crítica no âmbito da Saúde e, em particular nos domínios da Fisioterapia, da Terapia Ocupacional e da Terapia da Fala.



**Noites de Outono**  
*na secção regional do sul*  
Av. Almirante Gago Coutinho, 151, Lisboa

**Espectáculo** - Entrada livre  
*Audatório 22 Horas*

**30 de Setembro**  
**UMA NOITE DE JAZZ** com Barros Veloso

**11 de Novembro**  
**CORO DE CÂMARA DE BEJA** com Maestro Vasconcelos, Espirituais Negros, entre outros...

**25 de Novembro**  
**NOITE DE FADO** com Katia Guerreiro

**Jantar - 20€**

**30 Set.**  
Couvert  
Creme de legumes  
Arroz de Tamboril o/Gambas  
Mousse de Chocolate  
Vinho da casa "Pegões", água e café

**11 Nov.**  
Couvert  
Quiche de Alho francês c/salada da época  
Medalhões de Novilho o/cogumelos  
Tarte Imperatriz  
Vinho da casa "Pegões", água e café

**25 Nov.**  
Couvert  
Caldo dos Oceanos  
Bacalhau à Zé do Pipo  
Sericaia  
Vinho da casa "Pegões", água e café

Reserve o seu bilhete  
através do ☎ 21 8427100

Envie um cheque de reserva do jantar passado à ordem de Boa Etiqueta para Noites de Outono Av. Almirante Gago Coutinho, 151, 1749-084 Lisboa

Levantar o seu bilhete para o espectáculo até à véspera do mesmo.

BARCLAYS

## Prémio Ricardo Jorge de Saúde Pública e Bolsa de Investigação

Com a finalidade de contribuir para o progresso, promoção e reconhecimento da investigação e do apoio científico em Portugal na área da Saúde Pública, o Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge confere anualmente um prémio denominado «Prémio Ricardo Jorge de Saúde Pública». O prémio, no valor de 25.000 €, destina-se ao melhor trabalho português de investigação no ramo de Saúde Pública apresentado a concurso. O prazo para entrega dos trabalhos é dia 15 de Setembro. Para mais informações contactar: telef.: 217519395; Fax.: 217526499; e-mail: info@insa.min-saude.pt

Até dia 10 de Agosto o Instituto Ricardo Jorge está igualmente aceitar candidaturas a uma Bolsa de Projecto de Investigação Científica financiado pelo FCT. Mais informações através do telefone 217519322 ou através de e-mail (dezso.david@insa.min-saude.pt)

## Prémio «Van Gysel pour la Recherche Biomedical en Europe»

Até dia 15 de Dezembro estão abertas as candidaturas ao «Prix Van Gysel pour la Recherche Biomedical en Europe», um prémio que se destina a incentivar o desenvolvimento da investigação nos domínios da biomedicina.

As candidaturas devem ser enviadas no prazo indicado à Secrétaire générale du Fonds National de la Recherche Scientifique (Rue d'Egmont 5, BE – 1000 Bruxelas – Bélgica). Para mais informações contactar através do e-mail: mjsimoen@fnrs.be

## Neisseria meningitidis grupo C

A Direcção-Geral da Saúde, tendo em atenção um parecer da Comissão Técnica de Vacinação, propôs um novo esquema de vacinação no âmbito do Programa Nacional de Vacinação (PNV) para a vacina conjugada contra *Neisseria meningitidis* grupo C (MenC). O esquema aprovado e que entrará em vigor em Janeiro de 2006 inclui duas doses de MenC no 1º ano de vida (aos 3 e 5 meses de idade) e uma dose no 2º ano de vida (aos 15 meses). Para mais informações consultar o texto integral da Circular que se encontra disponível no site da DGS.

## Educação e prevenção em Saúde Mental

A Câmara Municipal de Vila Franca de Xira promoveu no dia 30 de Junho um colóquio subordinado ao tema «Educação e Prevenção em Saúde Mental» em parceria, nomeadamente, com a equipa Clínica Psiquiátrica II do Hospital Júlio de Matos. Esta iniciativa teve lugar no âmbito do Programa de Acção Social, organizado pela Divisão de Saúde e Acção Social da Câmara.

## Bem Me Quero

No dia 28 de Junho decorreu, no auditório da Sociedade Portuguesa de Cardiologia, o lançamento oficial do programa BemMeQuero, um programa educacional para a prevenção das doenças cardiovasculares na mulher portuguesa. A cerimónia inclui as seguintes apresentações: «Problemática da Doença Cardiovascular na Mulher», a cargo de Cândida Fonseca e a apresentação do programa BemMeQuero, a cargo de Carlos Perdigão, ambos da Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

## A História de dois gatos gémeos

Foi lançado em Junho o conto «A História de dois gatos gémeos», da autoria de Maria de Jesus Bispo, presidente da Fundação Pedro Ruivo e da Comissão Coordenadora do Distrito de Faro da SPEM – Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla.

## Árvore Dançante

Terá lugar no dia 15 de Julho, no Chapitô (NetJAZZCafé) pelas 19 horas, a apresentação do livro de poesia «Árvore Dançante». A obra é da autoria de uma jovem médica interna, Joana Osório.



## OM recebe quadro de Armanda Passos

Ao longo dos últimos anos o Grupo Bial tem apoiado diversos autores e artistas plásticos. Foram apoiadas edições de obras de António Joaquim, Gustavo Bastos, João Cutileiro, João Taborda, Jorge Barros e José Rodrigues entre muitos outros. Destacam-se os álbuns de Agostinho Santos, António Macedo, Eugénio de Andrade, Fernando Pessoa, Helena Abreu, Júlio Resende, Maluda, Vergílio Ferreira, Vieira da Silva e Armanda Passos. Foi precisamente um quadro desta última artista que Luís Portela, presidente deste laboratório, ofereceu à OM. A obra embeleza agora uma das paredes do gabinete do Bastonário, Pedro Nunes. Este laboratório, que existe desde 1924 e que criou em 1994 com o Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas a Fundação Bial, instituição que tem como objectivo incentivar o estudo científico do homem, receberá em breve a visita de representantes da OM.

