

Ficha Técnica

Ordem dos Médicos

Ano 24 – N.º 91 – Junho 2008

PROPRIEDADE:



CELOM

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 Gago Coutinho, 151
1749-084 Lisboa
E-mail: celom@omcne.pt
Tel.: 218 437 750 – Fax: 218 437 751

Director:

Pedro Nunes

Directores-Adjuntos:

José Manuel Silva
Isabel Caixeiro

Directora Executiva:

Paula Fortunato
E-mail: paula.fortunato@omcne.pt

Redactores Principais:

José Ávila Costa,
João de Deus e Paula Fortunato

Secretariado:

Miguel Reis

Dep. Comercial:

Helena Pereira

Dep. Financeiro:

Maria João Pacheco

Dep. Gráfico:

CELOM

Impressão:

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

Depósito Legal: 7421/85


Preço Avulso: 1,60 Euros

Periodicidade: Mensal

Tiragem: 38.000 exemplares
(11 números anuais)

Isento de registo no ICS nos termos do n.º 1, alínea a do artigo 12 do Decreto Regulamentar n.º 8/99

S U M Á R I O

- 4**  **UM OLHAR SOBRE A ACTUALIDADE**
- 9** **INFORMAÇÃO**
Alterações ao Regulamento de Inscrição na Ordem dos Médicos
- 16** **Departamento jurídico: Entidade Reguladora da Saúde – Vistorias a consultórios de estomatologistas**
- 18** **Directório da Saúde**
- 19** **Análises de águas**
- 22** **Directiva do Tempo de Trabalho**
- 24** **ACTUALIDADE**
Plenário dos Conselhos Regionais
- 26** **Profissionais de saúde exigem princípios rigorosos para distinção de responsabilidades e tarefas**
- 28** **OPINIÃO**
A Montanha Pariu um Rato
por Ana Barros
- 29** **Revisão do diploma das carreiras médicas**
por Conselho Distrital da Grande Lisboa
- 30** **Morte, há só uma!**
por Rosalvo Almeida
- 32** **A avaliação dos Conselhos de Administração**
por Nuno Morujão
- 36** **Novos paradigmas na actividade médica hospitalar**
por Leonor Duarte de Almeida
- 38** **Quando os minutos contam...**
por Fernando Manuel Tavares Pereira
- 40** **Sobre a alegada ilegalidade da qualificação da prática do aborto como falta grave no Código Deontológico da Ordem dos Médicos**
por João Pacheco de Amorim
- 50** **HISTÓRIAS DA HISTÓRIA**
Cruzeiro na História da Medicina
- 51** **CULTURA**
- 52** **CONSULTADORIA FISCAL**
- 54** **AGENDA**

Registe-se no portal da OM a partir de dia 30/06

Estamos a ultimar o processo de registo para médicos no sentido de ser possível a adesão e consequente atribuição de nome de utilizador e palavra passe que permitam acesso em condições de segurança à área reservada a estes profissionais. No dia 30 de Junho já será possível esse registo e, durante a primeira semana de Julho, serão fornecidos documentos importantes, através da área reservada a médicos do portal da Ordem dos Médicos.

Registe-se já!

Regulação

26 de Maio

A polémica instalou-se em torno de uma terapêutica que aparentemente teria benefícios numa situação oftalmológica grave.

Segundo a clínica que disponibiliza a tal prometedor tecnologia, esta seria a única forma conhecida de deter a evolução da doença cujo tratamento nas formas avançadas consiste no transplante.

Segundo outros oftalmologistas os riscos associados a esta terapêutica sobrelevam de longe as vantagens pelo que deveria ser proibida. Na televisão pública apelaram à intervenção da Ordem dos Médicos e da Entidade Reguladora da Saúde.

Não cabe neste espaço alongar-me sobre o que será certamente uma quebra técnica, com argumentos mais ou menos incompreensíveis para os leigos brandidos de parte a parte e com um desfecho imprevisível no futuro imediato.

O que merece a pena analisar é a problemática envolvente, nomeadamente o espaço e capacidade de intervenção dos reguladores instalados. Isto é, verificar que mecanismos estão implementados na sociedade portuguesa para proteger o cidadão dos múltiplos vendedores de «banha da cobra» que se vão multiplicando pelas esquinas. Desde logo há que referir a enorme confusão que vai subsistindo nas cabeças mesmo daqueles que seria pressuposto conhecerem o universo em que se movem – os médicos.

Tal confusão radica na existência de um regulador económico, de contornos absolutamente indefinidos, verdadeira originalidade do sistema português, que sobrevive sem função útil que

se lhe assinale, parasitando financeiramente tudo o que mexa. Referimo-nos obviamente à Entidade Reguladora da Saúde, que desde a sua criação num golpe de mágica de que a política é fértil, e até hoje, se mantém na dolorosa busca da própria identidade.

Assente que é que para tais funções também não serve, pois para tal não possui qualquer apetrechamento técnico, resta-nos a outra sugestão, isto é, a intervenção da Ordem.

Ora bem, esta, pelo contrário possui as qualificações técnicas adequadas, consubstanciadas no seu Conselho de Exercício Técnico da Medicina e Colégios de Especialidades, e as funções legalmente atribuídas para o efeito. Lê-se no seu Estatuto, decreto-lei com legitimação parlamentar, que lhe compete velar pela qualidade da Medicina e dos cuidados de Saúde que são prestados aos portugueses.

Mas se isto é assim no plano dos princípios, a prática mostra-se muito arrejada de tão dignos propósitos.

O legislador que lhe outorgou tão nobre funções esqueceu-se de lhe permitir os meios para exercê-las.

Por um lado ao atribuir-lhe unicamente jurisdição sobre os médicos e ao evitar legislar sobre o que seja o «Acto Médico» deliberadamente coloca de fora da sua acção todos aqueles que para ganhar a vidinha à custa dos medos ou da Saúde dos outros prescindam da inscrição institucional.

Claro que exercer medicina sem estar inscrito na Ordem é crime de usurpação de funções, mas não é menos verdade que perante uma queixa é sempre fácil assumir-se como cultor de uma ciência mais ou menos esotérica que também usa doutor, bata branca e instrumental semelhante.

Por outro lado, e se por mera distração o aprendiz de feiticeiro é licenciado em Medicina e está de facto inscrito na Ordem, o Estatuto Disciplinar, com as suas inúmeras garantias de defesa e as suas penalizações meramente simbólicas de raiz corporativa medieval, garante um longo e raramente conseqüente processo.

Para que mesmo assim não haja a veiledade de um qualquer grupo de teimosos querer pôr de facto ordem na casa, o mesmo estatuto determina que todos os envolvidos trabalhem a título estritamente gratuito e vai ao ponto de não permitir mais do que cinco juizes em tempo parcial para as milhares de queixas entradas em cada ano.

Perante tal panorama impera a liberdade de vender todos os sonhos e de espoliar o incauto que vá acreditando em milagres, perante a passividade do Estado que insiste em confundir liberdade com diletantismo e foge de assumir qualquer responsabilidade.

Feito o diagnóstico, aceitam-se voluntários para instituir a adequada terapêutica.

Nova lei das convenções

2 de Junho

Está em discussão pública uma nova legislação sobre convenções.

Dito nestes termos, poucos se preocuparão em perceber o que está em causa, parecendo-lhes algo da minúcia da técnica sem grande hipótese de alterar seja o que for na sua vida. E contudo a implementação de verdadeiras convenções como complemento do Serviço Nacional de Saúde poderia fazer toda a diferença na vida de todos nós.

Se perguntarmos a um dos nossos emigrantes o que acontece em França, no Luxemburgo ou na Alemanha, qualquer nos esclarece sobre um sistema em que existem serviços disponíveis, ao alcance da escolha de qualquer cidadão, em que não há listas de espera, em que todos têm o que precisam logo que precisam.

Em países que tais não há constrangimentos no acesso aos serviços de Saú-

Entidade Reguladora da Saúde, que desde a sua criação num golpe de mágica de que a política é fértil, e até hoje, se mantém na dolorosa busca da própria identidade

Ao lançar um concurso baseado no preço, o Estado privilegia os que tiverem maior dimensão financeira. Aquele que possa perder durante dois ou três anos para capturar o mercado e impor no futuro as condições que lhe interessar

de, burocracia asfixiante ou dificuldades de toda a ordem para obter consultas ou cirurgias. Obtém-se o serviço e simplesmente a segurança social paga-o a valores que predeterminedou e que os prestadores aceitaram em total liberdade e igualdade.

Num tal sistema todos são clientes a acarinhar, pois da sua satisfação nasce a escolha no futuro e, como tal, a sobrevivência das empresas.

Dir-se-á que são sistemas mais caros, só ao alcance de países com forte poder económico.

Por um lado é verdade, por outro nada mais caro que sistemas de saúde ineficazes, tolhidos pelo processo administrativo, gastando em papéis o que deveria ser gasto a tratar doentes. Nada mais caro que a desorganização, a alocação de recursos a produção desnecessária, a investimentos subaproveitados.

Falar numa nova lei sobre convenções, iminente na sua promulgação seria assim uma luz ao fundo do túnel, um clarão de esperança. Infelizmente tal não parece ser o caso.

De uma situação inaceitável em que há mais de dez anos não se celebra qualquer nova adesão, criando uma situação de privilégio para os já instalados que vêem o seu território demarcado e livre da concorrência dos mais novos, vai passar-se para uma situação de contratualização por concurso.

Em vez de o Estado fixar as regras do jogo, onde naturalmente se incluiriam as prestações e o respectivo preço, permitindo a adesão de todos os que aceitassem e para isso tivessem a necessária capacidade, optou-se por um siste-

ma de concurso em que só um ganha de entre um pequeno lote de convidados.

Dir-se-á que tal sistema permite as melhores condições levando os prestadores a baixar os preços na ânsia de ganhar a concessão.

Nada de mais ilusório. Ao lançar um concurso baseado no preço, o Estado privilegia os que tiverem maior dimensão financeira. Aquele que possa perder durante dois ou três anos para capturar o mercado e impor no futuro as condições que lhe interessar.

Num país periférico, pouco atractivo financeiramente, tal sistema é um convite ao monopólio e a fazer pagar num futuro não muito longínquo os brilha-retes económicos que agora quisermos exhibir.

Ao complementar esta legislação com a exigência de uma rigorosa dedicação exclusiva para os escassos profissionais existentes, exclusividade que à boa maneira medieval afecta ascendentes e descendentes, o Estado garante a destruição da pequena empresa médica entregando de mão beijada o país às multinacionais do sector.

Avesso que sou a teorias conspirativas, prefiro acreditar que é só mesmo distração não se ver o que está tão descaradamente à vista...

Despesas de investimento

9 de Junho

No mundo globalizado deste início de século XXI muitos são os modelos de serviço de Saúde que os Estados oferecem aos seus cidadãos.

De uma forma geral pode dizer-se que



não há consenso sobre como melhor organizar a prestação desta obrigação colectiva que cada vez mais se percebe como inevitável.

Numa perspectiva de competição no mundo globalizado não é pequena a tendência para procurar reduzir a um mínimo a prestação de serviços sociais, onde a Saúde avulta como o mais gastador. O argumento é conhecido e percebe-se – quanto mais se desenvolvem serviços de apoio social maiores terão de ser as contribuições, e quanto maior a carga fiscal menor a competitividade pelo preço.

Esta perspectiva, hoje repetida *ad nauseam* por todos os comentadores da área económica escamoteia contudo uma verdade elementar. A de que a estabilidade social depende do desenvolvimento de classes não proletarizadas e tal desenvolvimento pressupõe como factor maior a existência de serviços de saúde disponíveis de forma gratuita no momento da prestação.

Com efeito, mais que a estabilidade laboral são os serviços de saúde que permitem aumentar a produtividade global de um grupo humano, bem como a alocação a despesas de investimento ou de mero consumo de meios financeiros que de outra forma ficariam retidos para fazer face a um evento catastrófico de saúde.

Os gastos em Saúde, encarados numa perspectiva estritamente económica, têm que ser inscritos como despesas

Os gastos em Saúde, encarados numa perspectiva estritamente económica, têm que ser inscritos como despesas de investimento e não simplesmente como gastos

de investimento e não simplesmente como gastos. É aliás esta tendência para os considerar meros gastos que tem impedido a sua gestão com inteligência em vários países, dando origem a acções de puro racionamento decididas por profissionais da área da gestão sem qualquer conhecimento específico e diferenciado do sector.

Qualquer que seja o tipo de sistema instalado, e todos só pela sua mera existência já são uma vantagem, estão em causa avultados meios financeiros pelo que é imperativo tomar decisões baseadas em raciocínios de eficiência económica que não percam de vista os fins sociais prosseguidos.

Também, e por esse mesmo motivo, são atractivos para investidores institucionais que necessariamente têm de ser regulados e articulados de uma forma útil e transparente para todas as partes, sob pena de o interesse público se ver capturado por bem geridos interesses privados.

É neste quadro conceptual cuja dissecção mais aprofundada não caberia no limitado espaço desta crónica que nesta semana se assistiu aos pólos opostos e contrastantes do que poderá ser uma realidade com futuro.

Por um lado, o Governo protocolizou com médicos e médicos dentistas um sistema destinado a apoiar grávidas e idosos baseado na emissão do chamado cheque dentista, por outro pôs à discussão pública um projecto de lei em que a convenção com o sector privado se baseava maioritariamente em contratos.

Enquanto no primeiro caso o Estado fixa as condições técnicas e de preço permitindo a livre adesão de prestadores e a livre escolha por parte dos doentes, no segundo o Estado faz um concurso em que garante o monopó-

lio ao ganhador destruindo todos os outros e impedindo qualquer opção livre do doente.

Este segundo modelo, que não comporta em si qualquer vantagem para além da empregabilidade dos múltiplos consultores que irão desenhar os concursos e o poder discricionário de distribuir prebendas, é, para além do mais, aquele que em mais frágil posição coloca o Estado perante os operadores multinacionais.

Escolher o primeiro em relação ao segundo modelo é assim, meramente, um acto de bom senso e de defesa do interesse nacional, com suporte na mais meridiana evidência económica.

Mentiras e mau jornalismo

16 de Junho

Numa semana dividida entre a greve dos camionistas e a Europa do futebol e dos referendos, o espaço, já de si restrito, para falar de assuntos de Saúde reduz-se à expressão mais simples.

Enquanto ficamos sem saber o que acontecerá depois do não da Irlanda ao Tratado e ouvimos a notícia de uma grande farra de porco no espeto que juntou em comemoração dos êxitos alcançados os donos das empresas de camionagem que nos propiciaram os divertidos momentos das bichas para encher o depósito, não nos resta tempo para pensar nessa coisa mesquinha do estar doente.

Em época de exuberante demonstração do «pão e circo», que a república romana tão fortemente recomendava aos seus cônsules, falar doutros e menores assuntos é dispersar uma atenção que se quer mobilizada em torno dos ingentes eventos que decorrem no país do chocolate.

Há, no entanto, que cumprir calendário e repescar algumas banalidades que a comunicação social amavelmente nos disponibilizou dando-lhe o competente destaque dos rodapés e fundos de página.

Delas não posso deixar de recordar a notícia de um grande hospital cujos oftalmologistas começaram a operar ao sábado à tarde e ao domingo a fim de cumprirem o objectivo de acabar com as famigeradas listas de espera.

Ficou agora a saber-se que cada cirurgia receberá por intervenção qualquer coisa como 250 euros, dos quais pagará os impostos, e o Estado gastará por junto, em cada doente, não contabilizando o que recebe de volta, 900 euros.

Não é estranho o pequeno destaque da notícia. Os números, em si, são banais e trabalhar aos domingos é coisa a que os médicos estão, como é sabido, habituados.

O que é estranho é que aqueles que há poucas semanas deram sucessivas primeiras páginas às declarações dos autarcas que pagaram 1300 euros fora as viagens para mandar doentes para Cuba não se sintam agora obrigados a repor a verdade.

É que na ânsia de esconder o malfadado gato que insistia em manter o fel-pudo rabo de fora, houve quem não hesitasse em afirmar com grande apoio mediático que o Bastonário quando disse que seria mais barato e melhor operar por cá os doentes seria «um mentiroso preocupado em defender o negócio».

Poder-se-ia dizer que foi por distração e pelas emoções do Euro que aqueles que publicaram tais afirmações não confrontaram agora os autores com a verdade indesmentível dos números.

O busílis da questão está que nas democracias mediáticas em que vivemos todos se convencem de que só existe ou é verdade o que se publica ou passa nos telejornais. Daí até os próprios órgãos de informação se tornarem de transmissores em construtores de factos vai o pequeno passo que todos conhecemos.

Compreende-se assim que, ao contrário de uma opinião, que é lícito aceitar mudar, um facto que se anunciou nunca se corrige qualquer que seja a evidência. Nestas circunstâncias o importante é manter a versão original já que não o fazer seria aceitar a própria incompetência.

Há que não perder de vista que um meio de comunicação social que perde a confiança dos espectadores deixa de ser capaz de vender um Presidente como se fosse um sabonete, e tal tem tradução na conta de gerência.

Tal cartilha do mau jornalismo está hoje infelizmente largamente difundida o que faz com que quaisquer que sejam os factos ou as explicações, os autarcas que malbarataram o dinheiro de todos nós devam continuar a ser os heróis e os médicos uns malandros que só trabalham ao domingo porque lhes pagam para isso.

Ciente destas verdades elementares tinha prometido a mim mesmo não voltar a falar deste lamentável assunto. Confesso, no entanto, que não resisti. No meio das fintas, dos passes em profundidade e das cargas de ombro senti um irreprimível desejo de vestir a pele de um dos heróis da Pátria e, parafraseando-o, perguntar: «Então... ..o ruim sou eu? ...O mentiroso sou eu?»

Substituir um erro... por outro

23 de Junho

A notícia teve tratamento de escândalo e o Secretário de Estado direito às habituais setinhas para baixo dos examinadores de alguns jornais.

Aparentemente cento e vinte apresentações medicamentosas teriam tido direito a aumento de preço, nalguns casos de dois dígitos percentuais, contrariamente ao que as determinações da contenção expressamente determinariam.

Não faltou quem falasse da captura do Estado por interesses privados e quem se espantasse com o facto dos beneficiados serem, ao arrepio do costumeiro, empresas portuguesas.

Assim, quando o acossado Secretário de Estado confessou que tinha sido ameaçado de retirada do mercado por parte das empresas, a única explicação plausível que ocorreu foi a dívida dos hospitais à indústria.

Como todos sabem que os hospitais públicos são pagadores tardios e lapsos estava encontrada a justificação. Com a vergonha que o ter dívidas acarretaria, frágil perante o capital, o Estado sucumbira e lá aceitara o guloso aumentozito.

Confesso que a justificação não me satisfaz.

Por um lado não conheço devedores crónicos que se deixem afectar por sentimentos profanos como o de ter vergonha e, que saiba, o Estado com a sua infinita capacidade de fabricar moeda, transferir verbas entre rubricas, fixar preços e fazer leis não se perturba com ameaças de empresas.

É certo que em tempos de moeda única e de mercados abertos o poder do Estado perante os agentes económicos é sensivelmente menor do que nos tempos do condicionamento industrial ou do poder popular, mas daí a deixar-se impressionar por umas quantas empresas vai uma considerável distância, tanto mais quando nacionais e dependentes de autorizações e participações. O que em contrapartida me pareceu claro e preocupante nesta história, foi o facto bem real das empresas estarem efectivamente disponíveis para retirarem os seus produtos do mercado.

Dir-se-ia que para terem os preços tão degradados que se tomasse economicamente mais sensato interromper a produção, se trataria de produtos muito antigos, mesmo obsoletos, já substituídos com vantagem por outros mais modernos.

E é aí que reside precisamente o centro da questão.

De há muitos anos que, sem opor resistência aos ventos desregulamentadores e ultra-

liberais que sopram doutras latitudes mais frescas, os sucessivos Governos têm autorizado todos os pedidos de introdução no mercado e de participação, limitando-se unicamente a atrasar com burocracias o inevitável momento da cedência.

E se no primeiro caso se pode dizer que a legislação comunitária o justifica, no que respeita à comparticipação nada impediria a prevalência da racionalidade farmacológica e terapêutica.

Tal política de empurrar com a barriga os problemas para o senhor que segue, teve a sua expressão mais sublime no segmento dos genéricos em que se deixou inundar o mercado na vã esperança que tal insanidade fizesse actuar a mão invisível e a destruição criadora.

Em vez de tal piedoso desígnio, a mão bem visível do mercado imperfeito faz hoje que se contem por centenas as apresentações de uma mesma molécula tomando impossível aos médicos todas conhecer e às farmácias todas ter disponíveis na prateleira.

Para combater tal descalabro tem-se utilizado o sistema clássico de substituir um erro por outro ainda maior que faça esquecer o primeiro.

Assim nasceu a peregrina ideia dos farmacêuticos substituírem ao balcão o que os médicos receitaram mandando às urtigas qualquer vigilância de acções secundárias.

Neste contexto, talvez as empresas portuguesas tenham prestado com o seu ultimato um bom serviço ao País e o Secretário de Estado, ao ceder desta vez, mereça nota positiva.

É que em muitos casos mais vale defender com um preço sensato e não especulativo um medicamento antigo mas eficaz, conhecido, fácil de manusear e previsível que induzir o permanente salto para a frente.

É que nem sempre o que é novo é melhor... ..por vezes é só mesmo mais caro...



Alterações ao Regulamento de Inscrição na Ordem dos Médicos

Na sequência de algumas situações verificadas a propósito da aplicação das normas do Regulamento de Inscrição na Ordem dos Médicos, importa fazer algumas alterações no texto do Regulamento no sentido de as solucionar.

Assim, atenta a ausência de normas sobre a possibilidade de alteração do nome profissional, julgamos importante estabelecer algumas regras sobre a matéria no Regulamento de Inscrição.

Propomos, assim, a introdução do seguinte artigo:

ARTIGO 5.º-A

ALTERAÇÃO DO NOME PROFISSIONAL

1 – Fora do caso previsto no artigo anterior, o médico pode requerer a alteração do nome profissional sempre que se verificar uma das seguintes situações:

- a) casamento ou divórcio, quando impliquem alteração do nome;*
- b) existência de médico com nome igual ou semelhante que suscite confusão na identificação do interessado.*

2 – O requerimento deverá ser dirigido ao Conselho Regional competente, fundamentado e instruído com os elementos comprovativos do facto alegado.

3 – Do indeferimento cabe recurso para o Conselho Nacional Executivo.

Por outro lado, por motivos de simplificação administrativa, foi decidido eliminar a exigência de apresentação de atestado médico no acto de inscrição.

Entendeu-se ainda necessário avaliar a capacidade de comunicação de todos os médicos que tenham obtido a licenciatura em língua diferente da portuguesa pelo que, nestes casos, será introduzida a possibilidade de realização da prova de comunicação médica, nos moldes previstos para o Internato Médico.

Como objectivo de simplificar o processo de inscrição e por se entender não ser prejudicada a informação relevante a prestar pelo médico à Ordem, decidiu-se dispensar a apresentação do certificado de nacionalidade sempre que seja presente o passaporte.

Julgou-se, ainda, necessária a obtenção de informação mais detalhada sobre a experiência profissional dos médicos que não beneficiem do regime do reconhecimento automático. Assim, para que se decida sobre a concessão ou não de autorização para o exercício autónomo da profissão, passará a exigir-se a apresentação de um curriculum vitae resumido.

Por fim, e tendo em conta as alterações provocadas pela entrada em vigor da Directiva 2005/36/CE, de 7 de Setembro, entendemos que se justifica a exigência de um mínimo de 3 anos de experiência profissional a todos os médicos que tenham que documentar a prática clínica para efeitos de concessão de autorização para o exercício autónomo da Medicina. Deste modo, harmonizar-se-ão as exigências feitas aos médicos extra-comunitários e àqueles que, sendo comunitários, obtiveram o título de médico fora do território europeu e o reconhecimento desse título num Estado-membro, onde terão que exercer a profissão durante, pelo menos, três anos para que esse reconhecimento seja considerado título de formação.

Por fim, importa expurgar o Regulamento da inconstitucionalidade formal que a Procuradoria-Geral da República encontrou em diversos regulamentos da OM, acrescentando-se na parte final do preâmbulo a seguinte referência:

«Assim, nos termos dos artigos 57.º alínea b) e artigo 64.º, alínea j) do Estatuto da Ordem dos Médicos, é aprovado o Regulamento de Inscrição na Ordem dos Médicos».

Delibera-se, assim, aprovar as alterações ao Regulamento de Inscrição da Ordem dos Médicos agora propostas.

Delibera-se ainda que as alterações agora aprovadas entram em vigor no dia da sua publicação na Revista da Ordem dos Médicos.

Até à aprovação do regulamento da prova de comunicação médica serão aplicadas, com as devidas adaptações, as normas da prova de comunicação médica vigentes para o internato médico.

REGULAMENTO DE INSCRIÇÃO NA ORDEM DOS MÉDICOS

Tendo em atenção a proliferação de normas regulamentares de inscrição, bem como a multiplicidade de situações com que se deparam os Conselhos Regionais, entende-se como conveniente a codificação e uniformização de normas e procedimentos sobre esta matéria.

Com efeito, tem-se assistido a um aumento significativo de

pedidos de inscrição, designadamente de médicos estrangeiros e a uma multiplicidade de situações complexas que importa simplificar.

Para tanto, faz-se aprovar este Regulamento, que deverá ser aplicado em todos os Conselhos Regionais.

As limitações legais impostas pelo Estatuto da Ordem dos Médicos não permitem, de momento, ir mais longe, designadamente na previsão de figuras jurídicas alternativas à inscrição definitiva, nem de vicissitudes da inscrição, como a suspensão voluntária. Com este instrumento de regulamentação pretende-se, pois, condensar e codificar as normas dispersas, actualmente em aplicação, bem como, uniformizar procedimentos e exigências aos interessados.

Assim, nos termos dos artigos 57.º alínea b) e 64.º, alínea j) do Estatuto da Ordem dos Médicos, é aprovado o Regulamento de Inscrição na Ordem dos Médicos:

ARTIGO 1.º

INSCRIÇÃO E EXERCÍCIO DA MEDICINA

1 – Para o exercício da Medicina é obrigatória a inscrição na Ordem dos Médicos.

2 – Só podem inscrever-se na Ordem dos Médicos:

- a) os portugueses e estrangeiros licenciados em Medicina por escola superior portuguesa;
- b) os portugueses e estrangeiros licenciados em Medicina por escola superior estrangeira, desde que vejam reconhecidos os seus títulos;
- c) os portugueses e estrangeiros licenciados em Medicina por escola superior estrangeira que tenham obtido equivalência oficial de curso devidamente reconhecida pela Ordem dos Médicos.

ARTIGO 2.º

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

1 – A inscrição é requerida pelo interessado ou seu procurador ao Conselho Regional da área de residência, mediante o preenchimento do impresso de inscrição e entrega da documentação inerente.

2 – O requerimento será entregue pessoalmente ou pelo correio em qualquer das instalações da Ordem dos Médicos.

3 – Quando entregue ou remetido a um órgão incompetente, deverá o requerimento ser enviado, pelos serviços da Ordem e no prazo de uma semana, ao órgão competente para conhecer o pedido.

ARTIGO 3.º

DILIGÊNCIAS INSTRUTÓRIAS

1 – Os serviços administrativos competentes deverão proceder à verificação da documentação exigida ao requerente, remetendo o processo, quando devidamente instruído, ao Conselho Regional competente para a decisão final.

2 – Sem prejuízo do disposto no número anterior, podem ser solicitados esclarecimentos ao requerente, bem como a apresentação de qualquer documento em falta ou a certificação da autenticidade dos documentos juntos.

3 – A Ordem poderá realizar e requerer todas as diligências que entenda necessárias e adequadas à comprovação da veracidade dos factos relatados nos documentos, sem prejuízo do disposto nas normas comunitárias e internacionais.

4 – Se o processo estiver parado por facto imputável ao requerente por um período superior a 6 meses, será o interessado notificado para praticar o acto em falta no prazo de 10 dias, com a cominação de, não o fazendo, o pedido ser arquivado.

5 – Passado o prazo referido no número anterior e pretendendo o requerente reiniciar o processo, deverá o interessado proceder à revalidação de todos os documentos entregues cujo prazo de validade tenha expirado.

ARTIGO 4.º

IMPRESSO DE INSCRIÇÃO

1 – É obrigatório o preenchimento de um impresso de modelo aprovado para inscrição na Ordem dos Médicos.

2 – O preenchimento do impresso é da exclusiva responsabilidade do requerente, que afiançará a veracidade dos factos nele relatados.

3 – Do impresso deverão constar, obrigatoriamente, as seguintes informações:

- a) Nome completo;
- b) Sexo;
- c) Estado civil;
- d) Nacionalidade, naturalidade e filiação;
- e) Número de bilhete de identidade ou de outro documento de identificação;
- f) Número de identificação fiscal;
- g) Data da licenciatura e estabelecimento de ensino frequentado;
- h) Nome profissional pretendido;
- i) Residência;
- j) Domicílio profissional, quando conhecido;
- l) Morada escolhida para efeitos de comunicações e notificações por parte da Ordem.

ARTIGO 5.º

NOME PROFISSIONAL

1 – Na indicação do nome profissional, não poderá o interessado usar nome igual ou confundível com o de outro médico já inscrito.

2 – Havendo igualdade ou confusão de nomes, deverá o interessado ser notificado para proceder à sua alteração.

3 – Caso se verifique que, por lapso ou por qualquer outro motivo, foram registados nomes profissionais idênticos ou confundíveis, aplicar-se-á a regra da prioridade do registo, devendo o médico cujo registo é mais recente ser notificado para que proceda à sua modificação.

4 – O médico visado dispõe do prazo máximo de 15 dias para apresentar requerimento com novo nome profissional que pretenda ver registado, sob pena de ser este definido pelo Conselho Regional competente.

5 – Caso o médico não apresente novo nome profissional

no prazo de 15 dias ou autorização prevista no n.º 2, caberá ao Conselho Regional decidir, ponderadas as circunstâncias, autorizando ou não o uso de nome confundível.

ARTIGO 5.º-A

ALTERAÇÃO DO NOME PROFISSIONAL

1 – Fora do caso previsto no artigo anterior, o médico pode requerer a alteração do nome profissional sempre que se verificar uma das seguintes situações:

- a) casamento ou divórcio, quando impliquem alteração do nome;
- b) existência de médico com nome igual ou semelhante que suscite confusão na identificação do interessado.

2 – O requerimento deverá ser dirigido ao Conselho Regional competente, fundamentado e instruído com os elementos comprovativos do facto alegado.

3 – Do indeferimento cabe recurso para o Conselho Nacional Executivo.

ARTIGO 6.º

DOCUMENTOSA APRESENTAR POR LICENCIADOS EM PORTUGAL

O requerimento de inscrição apresentado por licenciados em Portugal deve ser acompanhado dos seguintes documentos:

- a) Bilhete de Identidade, Passaporte ou Autorização de Residência, ou fotocópia autenticada ou conferida pelos serviços da Ordem dos Médicos;
- b) Certidão de licenciatura ou fotocópia autenticada;
- c) Certificado do registo criminal, emitido há menos de 3 meses;
- d) Cartão de contribuinte fiscal ou fotocópia autenticada ou conferida pelos serviços da Ordem dos Médicos;
- e) Três (3) fotografias originais, tipo passe.

ARTIGO 7.º

DOCUMENTOSA APRESENTAR POR CIDADÃOS COMUNITÁRIOS LICENCIADOS NA UNIÃO EUROPEIA

1 – O requerimento de inscrição apresentado por cidadãos comunitários, licenciados na União Europeia, deve ser acompanhado dos seguintes documentos:

- a) Bilhete de Identidade, Passaporte ou Autorização de Residência, ou fotocópia autenticada ou conferida pelos serviços da Ordem dos Médicos;
- b) Título de médico emitido nos termos da legislação comunitária aplicável;
- c) Certificado do registo criminal, emitido há menos de 3 meses;
- d) Cartão de contribuinte fiscal ou fotocópia autenticada ou conferida pelos serviços da Ordem dos Médicos;
- e) Três (3) fotografias originais, tipo passe;
- f) Prova da honorabilidade profissional, emitida pela entidade competente para o registo e controlo disciplinar dos médicos do país de origem ou proveniência, que ateste

que o interessado se encontra em condições legais de exercer a profissão sem restrições e que não existem processos disciplinares pendentes ou sanções disciplinares;

- g) Certificado de nacionalidade (pode ser dispensado mediante apresentação do passaporte).

2 – Sempre que o título referido na alínea b) do número anterior não corresponder ao previsto nas normas comunitárias, será o interessado notificado para proceder à apresentação do documento adequado ou de um certificado emitido pelas autoridades competentes que ateste que o título exibido corresponde ao exigido pela legislação comunitária.

3 – Salvo deliberação do Conselho Regional em contrário, o interessado que nunca tenha estado inscrito na associação profissional que regula a profissão médica no seu país de origem ou proveniência, deverá, em substituição do documento referido na alínea f) do número anterior, juntar certidão que confirme esse facto.

4 – Aos cidadãos referidos no número 1 é exigida a aprovação em prova de comunicação médica, a definir em regulamento próprio.

5 – Estão dispensadas da prova referida no número anterior os licenciados por Universidade cujo ensino seja ministrado em língua portuguesa.

ARTIGO 8.º

DOCUMENTOSA APRESENTAR POR CIDADÃOS COMUNITÁRIOS LICENCIADOS FORA DA UNIÃO EUROPEIA

1 – O requerimento de inscrição apresentado por cidadãos comunitários, licenciados fora da União Europeia, deve ser acompanhado dos seguintes documentos:

- a) Bilhete de Identidade, Passaporte ou Autorização de Residência, ou fotocópia autenticada ou conferida pelos serviços da Ordem dos Médicos;
- b) Certidão de licenciatura ou fotocópia autenticada;
- c) Certificado de equivalência, emitido por estabelecimento de ensino superior português;
- d) Certificado do registo criminal, emitido há menos de 3 meses;
- e) Cartão de contribuinte fiscal ou fotocópia autenticada ou conferida pelos serviços da Ordem dos Médicos;
- f) Três (3) fotografias originais, tipo passe.
- g) Prova da honorabilidade profissional, emitida pela entidade competente para o registo e controlo disciplinar dos médicos do país de origem ou proveniência, que ateste que o interessado se encontra em condições legais de exercer a profissão sem restrições e que não existem processos disciplinares pendentes ou sanções disciplinares;
- h) Curriculum Vitae elaborado e instruído de forma a comprovar o exercício profissional lícito e efectivo da profissão médica;
- i) Certificado de nacionalidade (pode ser dispensado mediante apresentação do passaporte).

2 – Para determinar se é viável o exercício autónomo da profissão, deverão os interessados juntar prova da experi-

ência profissional adquirida durante três anos consecutivos nos últimos cinco, a qual será submetida à apreciação da Ordem dos Médicos.

3 – Salvo deliberação do Conselho Regional competente em contrário, o interessado que nunca tenha estado inscrito na associação profissional que regula a profissão médica no seu país de origem ou proveniência, deverá, em substituição do documento referido na alínea g) do número anterior, juntar certidão que confirme esse facto.

4 – Sempre que o interessado não demonstre preencher as condições a que se refere o n.º 2 deste artigo, mas cumpra todos os demais requisitos, apenas poderá ser inscrito para o exercício da profissão sem autonomia.

5 – Caso o diploma extra-comunitário tenha sido reconhecido por Estado-membro da União Europeia, o Conselho Regional competente procederá à avaliação desse diploma e da formação e/ou experiência profissional adquiridas nesse Estado, de forma a apurar se são equivalentes aos exigidos em Portugal.

6 – Para efeitos do previsto no número anterior, o interessado deverá juntar, além dos referidos no n.º 1, os seguintes documentos:

- a) Certificado de equivalência, emitido por entidade comunitária competente;
- b) Documentos comprovativos do exercício profissional realizado no Estado-membro que reconheceu o diploma extra-comunitário;
- c) Documentos respeitantes à formação complementar/contínua obtida nesse Estado-membro.

7 – Aos cidadãos referidos no número 1 é exigida a aprovação em prova de comunicação médica, a definir em regulamento próprio.

8 – Estão dispensadas da prova referida no número anterior os licenciados por Universidade cujo ensino seja ministrado em língua portuguesa.

ARTIGO 9.º

DOCUMENTOSA APRESENTAR POR CIDADÃOS EXTRA-COMUNITÁRIOS

1 – O requerimento de inscrição apresentado por cidadãos extra-comunitários deve ser acompanhado dos seguintes documentos:

- a) Passaporte ou Autorização de Residência, ou fotocópia autenticada ou conferida pelos serviços da Ordem dos Médicos;
- b) Diploma de licenciatura ou fotocópia autenticada;
- c) Certificado de equivalência concedido por instituição de ensino superior em Portugal;
- d) Certificado do registo criminal, emitido há menos de 3 meses pelas autoridades do país de origem ou proveniência;
- e) Cartão de contribuinte fiscal ou fotocópia autenticada ou conferida pelos serviços da Ordem dos Médicos;
- f) Prova da honorabilidade profissional, emitida pela entidade competente para o registo e controlo disciplinar dos médicos do país de origem ou proveniência, que ateste

que o interessado se encontra em condições legais de exercer a profissão sem restrições e que não existem processos disciplinares pendentes ou sanções disciplinares;

- g) Certificado de reciprocidade;
- h) Certificado de nacionalidade (pode ser dispensado mediante apresentação do passaporte);
- i) Três (3) fotografias originais, tipo passe;
- l) Curriculum Vitae elaborado e instruído de forma a comprovar o exercício profissional lícito e efectivo da profissão médica.

2 – Salvo deliberação do Conselho Regional competente em contrário, o interessado que nunca tenha estado inscrito na associação profissional que regula a profissão médica no seu país de origem ou proveniência, deverá, em substituição do documento referido na alínea f) do número anterior, juntar certidão que confirme esse facto.

3 – Para determinar se é viável o exercício autónomo da profissão, deverão os interessados juntar prova da experiência profissional adquirida durante três anos consecutivos nos últimos cinco, a qual será submetida à apreciação da Ordem dos Médicos.

4 – Aos cidadãos referidos no número 1 é exigida a aprovação em prova de comunicação médica, a definir em regulamento próprio.

5 – Estão dispensadas da prova referida no número anterior os licenciados por Universidade cujo ensino seja ministrado em língua portuguesa.

ARTIGO 10.º

DOCUMENTOSA APRESENTAR POR CIDADÃOS LICENCIADOS EM PORTUGAL COM FORMAÇÃO OU EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL ADQUIRIDAS FORA DO TERRITÓRIO NACIONAL

1 – O pedido de inscrição apresentado por cidadão licenciado em Portugal, que nunca se inscreveu na OM, mas que completou a sua formação ou exerceu a actividade fora do território nacional, deverá ser instruído com os seguintes elementos:

- a) Bilhete de Identidade, Passaporte ou Autorização de Residência, ou fotocópia autenticada ou conferida pelos serviços da Ordem dos Médicos;
- b) Certidão de licenciatura ou fotocópia autenticada;
- c) Certificado do registo criminal, emitido há menos de 3 meses;
- d) Cartão de contribuinte fiscal ou fotocópia autenticada ou conferida pelos serviços da Ordem dos Médicos;
- e) Três (3) fotografias originais, tipo passe;
- f) Curriculum Vitae elaborado e instruído de forma a comprovar o exercício profissional lícito e efectivo da profissão médica.

2 – Para determinar se é viável o exercício autónomo da profissão, deverão os interessados juntar prova da experiência profissional adquirida durante três anos consecutivos nos últimos cinco, a qual será submetida à apreciação da Ordem dos Médicos.

ARTIGO 11.º **FORMALIDADES**

1 – Os documentos emitidos por entidades estrangeiras deverão ser legalizados, mediante o reconhecimento de assinaturas efectuado por entidade consular ou diplomática portuguesa competente no país de emissão ou por colocação de apostilha, nos termos definidos na Convenção de Haia, de 5 de Outubro de 1961, salvo se existir norma que dispense a legalização.

2 – Os documentos redigidos em língua estrangeira deverão ser acompanhados de tradução para português, devidamente certificada ou autenticada.

3 – Salvo indicação em contrário e quando não sejam extraídas ou conferidas pelos funcionários da OM, as fotocópias dos documentos originais deverão ser certificadas.

ARTIGO 12.º **RECUSA DE INSCRIÇÃO**

1 – A inscrição será recusada sempre que o interessado não demonstre possuir os requisitos exigidos pela lei e pelo presente regulamento.

2 – Após análise do processo, caso o Conselho Regional competente delibere dever ser recusado o pedido de inscrição, deverá notificar o requerente, comunicando-lhe essa intenção e concedendo-lhe um prazo não inferior a 10 dias úteis para se pronunciar.

3 – Após a audiência do interessado e se o Conselho Regional competente mantiver a intenção de recusar a inscrição, a deliberação, devidamente fundamentada deverá ser comunicada ao interessado.

4 – Da deliberação do Conselho Regional que recuse a inscrição cabe recurso para o Conselho Nacional Executivo e para os Tribunais Administrativos, nos termos gerais.

ARTIGO 13.º **INSCRIÇÃO DEFINITIVA**

1 – O Conselho Regional competente, depois de ter verificado que o requerimento para a inscrição está devidamente documentado e que nada obsta à inscrição, delibera a inscrição definitiva, que será registada.

2 – A cédula profissional, devidamente preenchida, será entregue ao requerente.

ARTIGO 14.º **JÓIA DE INSCRIÇÃO**

1 – O pedido de inscrição na Ordem dos Médicos implica o pagamento de uma jóia e demais emolumentos, cujos montantes são fixados por deliberação, nos termos do Estatuto.

2 – A obrigação referida no número anterior impende igualmente sobre a reinscrição na Ordem dos Médicos.

ARTIGO 15.º **DATA DE INSCRIÇÃO**

1 – É considerada como data da inscrição a da deliberação tomada pelo Conselho Regional competente, nos termos deste regulamento.

2 – A data de inscrição é a única relevante para efeitos de exercício legítimo da actividade profissional.

ARTIGO 16.º **CÉDULA PROFISSIONAL**

1 – A cédula profissional, emitida pelo Conselho Regional competente, constitui prova de inscrição.

2 – As cédulas profissionais têm um período de validade de **5 anos**.

3 – No caso de perda, extravio ou inutilização da cédula, o interessado deverá requerer a sua reemissão, entregando uma fotografia e uma declaração sob compromisso de honra, nos termos do modelo constante do anexo I. A emissão de nova cédula deverá ficar registada no processo de inscrição e obriga ao pagamento de emolumentos a fixar nos termos estatutários.

4 – Em caso de reinscrição, haverá lugar à emissão de uma nova cédula.

5 – No período em que o médico exerça medicina sem autonomia ser-lhe-á emitida uma cédula com a menção «Não reconhecido o exercício autónomo da medicina».

ARTIGO 17.º **ENTRADA EMVIGOR**

1 – O presente regulamento entra em vigor no dia 1 de Janeiro de 2006, após publicação na Revista da Ordem dos Médicos e terá imediata aplicação aos pedidos de inscrição em curso, salvo o disposto no número seguinte.

2 – O disposto no Artigo 5.º deste Regulamento apenas será aplicável aos pedidos de inscrição entrados a partir de 1 de Janeiro de 2006.

Entidade Reguladora da Saúde

Vistorias a consultórios de estomatologistas

Foi veiculada à Ordem dos Médicos, por via de um seu associado, a informação de que a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) irá realizar vistorias a consultórios de estomatologistas com equipas constituídas por médicos dentistas.

Pergunta o consulente se tais comissões são legais e como poderá ele proceder caso seja objecto de uma dessas vistorias.

Vejamos, então, as normas que regem o funcionamento da ERS.

Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro

Artigo 3.º

Objecto

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

Artigo 5.º

Princípio da especialidade

1 - A capacidade jurídica da ERS compreende a titularidade dos direitos e obrigações necessários à prossecução do seu objecto.

2 - A ERS não pode exercer actividades ou usar os seus poderes fora das suas atribuições, nem afectar os seus recursos a finalidades diversas das que lhe estão cometidas.

Artigo 6.º

Atribuições

1 - **As atribuições da ERS compreendem a regulação e a supervisão da actividade e funcionamento dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde**, no que respeita ao cumprimento das suas obrigações legais e contratuais relativas ao acesso dos utentes aos cuidados de saúde, à observância dos níveis de qualidade e à segurança e aos direitos dos utentes.

2 - Constituem atribuições da ERS:

- Defender os interesses dos utentes;
- Garantir a concorrência entre os operadores, no quadro da prossecução dos direitos dos utentes;
- Colaborar com a Autoridade da Concorrência na prossecução de atribuições relativas a este sector;
- Desempenhar as demais funções que por lei lhe sejam atribuídas.

3 - Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, incumbe ainda à ERS dar parecer, a pedido do Governo, sobre:

- Os contratos de concessão e gestão que envolvam as actividades de concepção, construção, financiamento, conservação e exploração de instituições e serviços, ou suas partes funcionalmente autónomas com responsabilidade pelas prestações de cuidados de saúde;
- Outros modelos inovadores de gestão subjacentes à prestação de cuidados de saúde;
- Os acordos, contratos e convenções subjacentes ao regime das convenções;
- Os requisitos e as regras de licenciamento das entidades prestadoras de cuidados de saúde, respectivamente do sector social, privado e cooperativo;
- Os requisitos e as regras relativos ao exercício da actividade seguradora por entidades autorizadas a explorar o ramo «Doença».

Artigo 7.º

Cooperação com outras entidades

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

Artigo 8.º

Entidades sujeitas a regulação

1 - Estão **sujeitos à regulação da ERS**, no âmbito das suas atribuições e para efeitos deste diploma, sendo considerados **operadores**:

- As entidades, estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, integrados ou não na rede de prestação de cuidados de saúde, independentemente da sua natureza jurídica;**
- As entidades externas titulares de acordos, contratos e convenções;**
- As entidades e estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde dos sectores social e privado, incluindo a prática liberal;**
- As associações de entidades públicas ou privadas e as instituições particulares de solidariedade social que se dedicam à promoção e protecção da saúde, ainda que sob a forma de pessoa colectiva de utilidade pública administrativa e desenvolvem a respectiva actividade no âmbito da prestação de serviços de cuidados de saúde ou no seu apoio directo;
- Os subsistemas de saúde.

2 - Não estão sujeitos à regulação da ERS:

- a) Os profissionais de saúde no âmbito das atribuições das respectivas ordens ou associações profissionais;
- b) Os estabelecimentos e serviços sujeitos a regulação sectorial específica.

3 - A ERS exerce as suas funções no território do continente, sem prejuízo do estabelecimento de protocolos entre o Governo e os serviços de saúde das Regiões Autónomas.

Artigo 25.º

Objectivos da regulação

I - São **objectivos da actividade reguladora da ERS**, em geral:

- a) Assegurar o direito de acesso universal e igual a todas as pessoas ao serviço público de saúde;
- b) **Garantir adequados padrões de qualidade dos serviços de saúde;**
- c) Assegurar os direitos e interesses legítimos dos utentes.

2 - Para efeitos do disposto na alínea a) do número anterior incumbe à ERS:

- a) Zelar pelo respeito da liberdade de escolha nas unidades de saúde privadas;
- b) Promover a garantia do direito de acesso universal e equitativo aos serviços públicos de saúde;
- c) Prevenir e combater as práticas de indução artificial da procura de cuidados de saúde;
- d) Prevenir e punir as práticas de rejeição discriminatória ou infundada de pacientes nos estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

3 - No domínio da **garantia de qualidade incumbe à ERS:**

- a) **Avaliar os padrões e indicadores de qualidade subjacentes aos cuidados de saúde prestados e verificar a sua aplicação;**

- b) Acompanhar o cumprimento das obrigações inerentes à acreditação dos estabelecimentos e serviços.

4 - Em matéria de defesa dos direitos e interesses legítimos dos utentes incumbe à ERS:

- a) Propor critérios básicos relativos à «Carta dos direitos dos utentes» dos serviços de saúde e proceder ao registo desta;
- b) Zelar pelo respeito dos preços administrativamente fixados ou convencionados no SNS.

Artigo 26.º

Poderes regulamentares

No exercício de poderes de regulamentação sobre os serviços e entidades sujeitas à sua actividade reguladora incumbe à ERS:

- a) Emitir recomendações e directivas;
- b) Zelar pelo cumprimento dos regulamentos de segurança e qualidade próprios dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde;
- c) Zelar pelo cumprimento dos códigos de conduta, manuais de boas práticas e «cartas de direitos dos utentes» dos estabelecimentos e serviços.

Artigo 27.º

Poderes de supervisão

No exercício dos seus poderes de supervisão incumbe à ERS:

- a) Efectuar os registos legalmente exigidos, conceder autorizações e aprovações nos casos legalmente previstos, emitir ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências, sempre que tal seja necessário;
- b) Fiscalizar a aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis às actividades sujeitas à sua regulação.

Artigo 28.º

Poderes sancionatórios

I - **No exercício dos seus poderes sancionatórios incumbe à ERS:**

- a) Desencadear os procedimentos sancionatórios em caso de infracções administrativas, adoptar as necessárias medidas provisórias e aplicar as devidas sanções;
- b) Denunciar às entidades competentes as infracções cuja punição não caiba na sua competência.

2 - **A ERS pode ainda propor, no âmbito das atribuições definidas no artigo 6.º, a suspensão ou revogação da licença dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do sector privado.**

Artigo 33.º

Obrigações dos operadores quanto à informação

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

Artigo 34.º

Actividade de fiscalização

Os agentes da Entidade Reguladora que desempenhem funções de fiscalização, quando se encontrem no exercício das suas funções, serão equiparados aos agentes de autoridade, estando, nessa medida, habilitados a:

- a) Identificar, para posterior actuação, as entidades que infringam as leis e regulamentos sujeitos à fiscalização da Entidade Reguladora;
- b) Reclamar o auxílio das autoridades administrativas quando o julguem necessário ao desempenho das suas funções;
- c) **Aceder às instalações dos operadores, assim como aos seus documentos e livros, com excepção do acesso aos registos clínicos individuais dos utentes.**

Artigo 38.º

Cooperação de outras entidades e serviços

1 - Todos os operadores sujeitos à actividade reguladora da ERS, nos termos do artigo 8.º, devem corresponder às solicitações que por ela lhes sejam dirigidas no âmbito das suas atribuições e competências.

2 - *As instituições e serviços públicos, em especial os serviços centrais ou personalizados do Ministério da Saúde e as instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde integrados no SNS, devem prestar à ERS toda a cooperação tida por necessária e conveniente para o cabal desenvolvimento das acções por tal Entidade determinadas, no âmbito das respectivas atribuições e competências. (todos os negritos são da nossa autoria)*

Face ao preceituado na lei supra transcrita parece ser de concluir que existe efectivamente a possibilidade de se entender que a ERS tem a competência para realizar determinadas vistorias.

Esta interpretação não é, todavia, absolutamente pacífica já que é a própria lei que refere não ser aplicável às unidades sujeitas a legislação especial o que é o caso das clínicas dentárias e afins.

Mesmo que corresponda à verdade a informação veiculada pelo consulente, de que a ERS irá realizar vistorias a consultórios de estomatologia não tem, para nós, cabimento que as mesmas sejam feitas, no que respeita à vertente técnica, por outros peritos que não médicos com a especialidade de estomatologia.

Como não faz sentido que as vistorias a consultórios de

médicos dentistas sejam apoiadas tecnicamente por equipas de estomatologistas ou outros médicos especialistas, ainda que da área correlacionada com o estudo, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das anomalias e doenças dos dentes, boca, maxilares e estruturas anexas.

Contudo e sabendo a posição da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Médicos Dentistas sobre todo o regime jurídico atinente à ERS, é certo que nenhuma delas irá ficar passiva perante a probabilidade enunciada.

Caberá, então, às direcções de ambas as Ordens diligenciar no sentido de informar os seus associados de que este tipo de alegadas vistorias não são aceitáveis face à legislação especial que existe sobre o licenciamento e funcionamento das clínicas e dos consultórios dentários privados (Decreto-Lei n.º 233/2001, de 25 de Agosto).

Ainda que se invoque a actual inxequibilidade da aludida legislação facto é que a inércia da sua efectiva aplicabilidade se deve a um impasse que os diversos governos não quiseram resolver desde 2001.

No caso de, antes da intervenção das ordens junto da ERS ou do Ministério da Saúde, ocorrer uma das alegadas vistorias os médicos visados deverão reclamar de imediato perante a referida entidade sobre as condições do acto, designadamente no que concerne à composição da respectiva comissão técnica e simultaneamente informar a Ordem dos Médicos.

O Consultor Jurídico
Paulo Sancho
2007-12-26

Directório da Saúde

Uma colega devidamente identificada contactou a OM para que esta informação fosse transmitida na revista, de forma a evitar possíveis incómodos a outros médicos. No dia 7 de Março de 2008, essa colega foi contactada telefonicamente pelo Directório da Saúde para actualizar os dados da policlínica de que é sócia gerente. Colaborou, na convicção de que se tratava de uma entidade oficial. Sem nunca ter sido referida qualquer prestação de serviços, foi informada de que seria enviado um fax para confirmação de dados e posterior reenvio após assinatura. A colega veio a aperceber-se posteriormente que se tratava de um contrato de publicidade na Internet que, conforme relatou, tentaram coagi-la a assinar, alegando que teria dado o seu consentimento telefónico. Em letra muito pequenas, detectou a indicação de que a não aceitação do contrato teria que ser feita por carta registada pois o não reenvio do fax não seria considerado como tal. A colega procedeu ao envio da anulação do contrato – que nunca tinha aceite – por carta e por fax. Depois disso a colega ainda teve o que descreve como «direito à má criação da pessoa que ao telefone insistia» em convencê-la de que tudo não passara de um engano. Posteriormente teve conhecimento de casos de outros colegas que tiveram o mesmo problema e para os quais foi mesmo necessário recurso a advogado para verem o problema resolvido.

Fica o alerta da colega.

Análises de águas

A pedido de um doente, e devido à sua eventual relevância para certos tipos de patologias, publicamos nesta edição mapas comparativos dos elementos constantes dos rótulos de várias marcas de águas engarrafadas, bem como das não conformidades encontradas com continuidade nas análises de qualidade da água publicadas pela EPAL-Lisboa.

ANÁLISES de ÁGUAS Fls 1									
MAPA COMPARATIVO - ELEMENTOS CONSTANTES DOS RÓTULOS									
MARCAS COMERCIAIS	Aniões mg/l					Catiões mg/l			
	Bicarbonato	Cloreto	Sulfatos	Nitratos	Fluoreto	Cálcio	Sódio	Potássio	Magnésio
	HCO ₃ ⁻	CL ⁻	SO ₄ ²⁻	NO ₃ ⁻	F ⁻	Ca ²⁺	Na ⁺	K ⁺	Mg ²⁺
Serra da Gardunha									
pH	5,9								
SiO ₂ - Silica	15	11,3	2,6	0,6	0,7	1,2	4,3	0,3	0,3
Resíduo Seco	31								
Cruzeiro (Luso)									
pH	6,0								
SiO ₂ - Silica	15,6	114,4	16,0	-	18,0	15,6	10,9	7,1	11,9
Mineralização	196,8								
Luso									
pH	5,7								
SiO ₂ - Silica	12,7	11,6	9,4	1,3	-	0,75	6,9	0,87	1,7
Resíduo Seco	41,3								
Penacova									
pH	5,2								
SiO ₂ - Silica	8,8	2,1	9,2	1,2	2,9	0,6	5,6	-	1,0
Mineralização Total	31,4								
Serra da Penha									
pH	5,77								
SiO ₂ - Silica	17,6	17,8	8,4	0,7	-	2,4	7,9	0,6	0,9
Resíduo Seco	48,2								
São Silvestre									
pH	7,13								
Resíduo Seco	181	131,0	31,0	-	-	26,0	31,0	-	-
Evian - França									
pH	7,2								
SiO ₂ - Silica	13,5	357,0	4,5	10,0	3,8	78,0	5,0	1,0	24,0
Resíduo Seco	309								
Fastio									
pH	5,9								
SiO ₂ - Silica	13,1	9,2	4,6	-	-	1,8	5,0	0,6	-
Resíduo Seco	34,2								
Pedras Salgadas 2003, minero-medicinal									
pH	6,1								
SiO ₂ - Silica	62	2125,0	31,0	-	0,3	103,0	622,0	-	28,0
Mineralização Total	3011								
Vitalis Serra de S. Mamede									
pH	5,3								
SiO ₂ - Silica	21,5	7,3	7,4	1,9	-	1,2	6,0	2,1	-
Resíduo Seco	46,6								
Caramulo									
pH	6,5								
SiO ₂ - Silica	30	36,0	6,0	-	1,1	3,0	14,0	-	1,8
Resíduo Seco	100								
Carvalhinhos									
pH	7,35								
SiO ₂ - Silica	26,5	134,0	-	-	3,1	4,1	50,4	1,4	0,5
Mineralização Total	229								

ANÁLISES de ÁGUAS Fls 2									
MAPA COMPARATIVO - ELEMENTOS CONSTANTES DOS RÓTULOS									
MARCAS COMERCIAIS	Aniões mg/l					Catiões mg/l			
	Bicarbonato	Cloreto	Sulfatos	Nitratos	Fluoreto	Cálcio	Sódio	Potássio	Magnésio
	HCO ₃ ⁻	CL ⁻	SO ₄ ²⁻	NO ₃ ⁻	F ⁻	Ca ²⁺	Na ⁺	K ⁺	Mg ²⁺
Alardo									
pH	5,8								
Resíduo Seco	25,4	6,7	2,0	-	2,0	-	0,8	3,4	-
Vidago Salus 1938 minero-medicinal									
pH	6,2 ± 0,1								
SiO ₂ - Silica	56 ± 5	1958 ± 50	-	-	604 ± 20	-	80 ± 6	604 ± 20	-
Mineralização	2809 ± 60								
Glaciar (Serra de Estrela)									
pH	6,19								
SiO ₂ - Silica	8,6	5,5	2,3	-	-	1,0	2,3	-	-
Resíduo Seco	19								
Mineralização	21,9								
7 Fontes									
pH	4,8								
SiO ₂ - Silica	10	< 1,8	7,0	-	1,1	-	0,5	4,0	0,8
Mineralização Total	27								
Grichões									
pH	5,3								
SiO ₂ - Silica	7,2	2,4	9,2	-	-	1,0	6,2	0,85	-
Resíduo Seco	32,8								
Água do Marão									
pH	5,8								
SiO ₂ - Silica	6,3	9,8	4,4	-	1,4	-	2,4	3,2	0,7
Mineralização	29,4								
Serra da Estrela									
pH	5,8								
SiO ₂ - Silica	< 21,5	24,0	3,0	-	-	4,3	5,5	-	-
Resíduo 180°	0,5								
Monchique									
pH	9,3								
SiO ₂ - Silica	14	124,0	38,3	51,6	60,1	1,1	1,1	106	2,0
Resíduo	290								0,06
Fonte da Fraga									
pH	5,9								
SiO ₂ - Silica	15	11,3	2,6	0,6	0,7	-	1,2	4,3	0,25
Resíduo	31								0,33
Aquarel									
pH	5,9								
SiO ₂ - Silica	12,9	20,5	8,15	3,3	1,29	0,20	2,1	4,8	1,0
Resíduo Seco	58								3,4
Campilho									
pH	5,92								
Resíduo Seco	11300	1400	25	12	-	4,6	44	430	26
São Cristóvão									
pH	6,13								
SiO ₂ - Silica	17,9	14,8	4,7	0,6	-	3,11	6,3	0,9	0,84
Resíduo Seco	49								
Mineralização	57								
Vimeiro									
pH	7,34								
SiO ₂ - Silica	12,8	445,0	234,0	-	-	0,24	114,0	174,0	-
Mineralização Total	1112								30,4

Não conformidades encontradas com continuidade nas análises de qualidade da água publicadas pela EPAL-LISBOA

PARÂMETROS	VALORES DETERMINADOS												DEC. LEI 236/98 **	
	4º Trimestre 2001		3º Trimestre 2002		1º Trimestre 2003 *		2º Trimestre 2003 *		3º Trimestre 2003 *		4º Trimestre 2003 *			
	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo	Máximo	Mínimo		
Coliformes totais (ufc/100 ml)	1	0	0	-	0	-	47	0	6	0	8	0	-	0
Coliformes fecais (ufc/100 ml)	1	0	0	-	0	-	47	0	6	0	8	0	-	0
Estreptococos fecais (ufc/100 ml)	0	-	0	-	0	-	0	0	1	0	1	0	-	0
Germes totais a 22°C (ufc/ml)	114	0	56	0	1000	0	1000	0	1000	0	1000	0	100	-
Germes totais a 37°C (ufc/ml)	215	0	63	-	1000	0	1000	0	1000	0	1000	0	0	-
Estafilococos patogénicos (ufc/100 ml)	183	0	84	0	200	0	104	0	77	0	80	0	-	-
Condutividade us/cm a 20°C	667	118	745	122	625	120,8	719	117,1	668	118,8	715	104,3	400	-
Sulfatos (mg/l SO ₄)	104	< 100	80,6	< 25	67	< 25	106	< 25	50	< 25	66	< 25	25	250
Hidrocarbonetos dissolvidos (µg/l)	< 10	-	24	< 10	59	< 10	< 10	-	19	< 10	< 10	-	-	10
Óleos e gorduras (µg/l)	< 10	-	14	< 10	107	< 10	< 10	-	< 10	-	< 10	-	-	-
Arsénio (µg/l AS)	1,40	< 0,20	1,5	< 0,20	1,5	< 0,20	1,6	< 0,5	0,98	< 0,5	1,9	< 0,500	-	50
Alumínio (mg/l Al)	0,090	< 0,0050	0,062	< 0,0050	0,813	0,008	0,167	< 0,0050	0,149	< 0,0050	0,127	< 0,0056	0,05	0,2
Fitoplâncton (Nº cel/ml)	10	0	1	0	3	0	20	0	6	0	7	0	não deve existir	-
Tritio Bq/l (Radiológicos)	-	-	0,92	< 0,80	6,13	1,15	12,9	< 10	38	< 10	< 10	-	0	0
Cloretos (mg/l Cl)	69	< 10,0	110,1	< 15	78,9	< 15	73,8	< 15	102,7	< 15	64,4	< 15	25	0
Ferro (µg/l Fe)	47	< 5,0	51	< 5,0	116	< 5,0	584	< 5,0	44	< 5,0	76	< 5,0	50	200
E. Coli (ufc/100 ml)	1	0	0	0	0	0	4	0	3	0	0	0	-	-
Alcalinidade (mg/l CaCO ₃)	193	38,0	184	37,3	187	38,1	270	35,1	202	25,8	194	37,1	-	-
Manganês (µg/l Mn)	35	< 2,0	12,1	< 2,0	21	< 2,0	147	< 2,0	11	< 2,0	75	< 2,0	20	50

* Análises publicadas em jornal «Diário de Notícias» de 24.06.03, 24.09.03, 26.12.03 e 20.02.04. Também no site da EPAL, na Internet

** Valores máximos

Médico português reeleito presidente do PWG

O médico português Rui Guimarães foi reeleito para presidente do PWG (Permanent Working Group of European Junior Doctors), cargo que vai desempenhar durante mais um ano, que se soma aos três anos do mandato que agora termina. O PWG é uma organização que congrega 300 mil jovens médicos de 25 países da Europa e cujo site é www.juniordocors.eu.

A reeleição de Rui Guimarães foi garantida na Reunião da Primavera desta organização, que decorreu nos passados dia 30 de Maio e 1 de Junho, em Bergen (Noruega), onde o médico português obteve 17 votos dos seus pares contra os sete da candidata norueguesa.

Envie-nos os seus artigos

Para que a revista da Ordem dos Médicos possa ser sempre o espelho da opinião dos profissionais de todo o país, agradecemos a colaboração de todos os médicos que desejem partilhar as suas opiniões, experiências ou ideias com os colegas, através do envio de artigos para publicação na Revista da Ordem dos Médicos. Os artigos devem ser acompanhados de uma fotografia do autor (tipo passe) e poderão ser enviados para os contactos que se encontram na ficha técnica (morada da redação e/ou respectivo e-mail).

Directiva do Tempo de Trabalho

Bruxelas, 14 de Junho de 2008



COMITÉ PERMANENT DES MÉDECINS EUROPÉENS
STANDING COMMITTEE OF EUROPEAN DOCTORS

Posição dos médicos Europeus perante a declaração emitida pelo Conselho EPSCO (Conselho «Emprego, Política Social, Saúde e Consumidores») relativamente à Directiva do Tempo de Trabalho

Pela presente, vem o CPME e as restantes Organizações Médicas Europeias (EMOs) manifestar claramente a sua oposição ao recente acordo emitido pelo Conselho EPSCO face às propostas da Comissão para uma revisão da actual Directiva Europeia para o Tempo de Trabalho (EWTD).

As alterações que se propõem introduzir na Directiva 2003/88/EC comprometem a segurança de pacientes e médicos na Europa e poderão penalizar os serviços de saúde europeus no seu todo através da redução do nível de protecção de pacientes e médicos.

O CPME e as demais EMOs recomendam ao Parlamento Europeu que rejeite as propostas em causa.

1. Considerações Gerais

A EWTD é a pedra angular da protecção laboral na União Europeia. Foi adoptada em 1993 para assegurar um razoável nível de protecção aos trabalhadores em toda a União Europeia. Das actuais propostas de alteração decorre um enfraquecimento da protecção laboral a médicos/profissionais da área dos cuidados de saúde. O argumento de que tal deterioração de princípios é necessária para «*reforçar a protecção da saúde e segurança dos trabalhadores e para atingir maior flexibilidade na organização do tempo de trabalho... e ainda para atingir um novo equilíbrio e reconciliar a vida profissional com a pessoal...*» (Parágrafo 7 do Compromisso EPSCO DS611/08) é uma perversão cínica do facto de que a protecção laboral dos profissionais de saúde sai sacrificada aos interesses das indústrias de saúde, proprietários de hospitais e outros agentes económicos.

2. Definição de tempo *on-call* (artigo 2)

Quando o médico tem que permanecer no local de trabalho, é porque existe uma clara necessidade de rápida disponibilização de serviços médicos. Assim, encontrar-se disponível no local é parte integrante do trabalho do médico.

Quando um médico se encontra *on-call* num hospital, é-lhe solicitado pelo empregador que permaneça no local de trabalho e esteja a todo o tempo preparado para prestar os seus serviços profissionais. O médico não tem liberdade para sair do hospital durante este período. Durante o tempo *on-call*, o médico está longe de casa e da sua família, independentemente do facto de se encontrar ou não a trabalhar activamente durante todo esse período.

Mesmo que o médico possa ocasionalmente dormir durante o período *on-call* nocturno, o sono é fragmentado por mensagens e chamadas telefónicas. Permanecer de serviço à noite é fisicamente desgastante e poderá ser prejudicial à saúde do médico.

Para além de ser inválida, a distinção entre os períodos inactivo e activo do tempo *on-call* gera incertezas, quer em relação às consequências legais de tal distinção como no cálculo prático destes dois elementos.

Considerando todos estes aspectos, a conclusão lógica é que não deveria existir qualquer diferença entre as definições de tempo normal de trabalho e de tempo *on-call*.

3. Opt-out individual (artigo 22)

A possibilidade de prescindir da protecção oferecida pelo Artigo 6 da EWTD mina o princípio básico da Directiva, cujo propósito é proteger a saúde e segurança dos trabalhadores. No caso dos médicos, existe uma ligação entre a saúde de médicos e pacientes. Os médicos são igualmente responsáveis pela sua própria saúde e desempenho de forma a protegerem os seus pacientes.

O CPME e as demais EMOs rejeitam pela presente quaisquer alterações que impliquem uma deterioração das condições sociais e a descriminação da profissão médica. O CPME e as demais EMOs desenvolverão um movimento Europeu com o objectivo de melhorar as condições de trabalho dos médicos e manter e incrementar o nível de qualidade e segurança dos sistemas de cuidados de saúde disponibilizados aos cidadãos europeus.

O CPME e as demais EMOs reafirmam que:

- A duração da semana de trabalho não deverá ultrapassar o máximo de 48 horas
- Todo o tempo passado nas instalações laborais deverá ser contabilizado como período de trabalho
- O período de referência deverá contabilizar um máximo de 6 meses
- Deverá ser abolido o opt-out individual dos médicos em formação
- Os contratos de trabalho a curto prazo não devem ser excluídos da Directiva do Tempo de Trabalho
- O período de descanso compensatório deverá ser usufruído imediatamente após o período de trabalho

Standing Committee of European Doctors (CPME), Rue Guimard 15, 1040 Brussels, secretariat@cpme.eu
European Association of Senior Hospital Physicians (AEMH), Rue Guimard 15, 1040 Brussels, secretariat@aemh.org
European Federation of Salaried Doctors (FEMS), Rue Guimard 15, 1040 Brussels, info@fems.net
European Union of General Practitioners Ordem dos médicos (UEMO), Av. Almirante Gago Coutinho 151, 1749 - 084 Lisboa, Portugal, uemo@uemo.org
European Medical Students' Association (EMSA), Rue Guimard 15, 1040 Brussels, president@emsa-europe.org

Carta Hospitalar de Pediatria

Encontra-se em discussão pública o documento «Carta Hospitalar de Pediatria». A Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente convida todos os interessados a apresentar os seus contributos. Maria do Céu Machado, presidente da Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente e Alta Comissária da Saúde, evidencia a relevância do documento nomeadamente para os membros dos Colégios da Especialidade de Pediatria, de Cirurgia Pediátrica, de Cardiologia Pediátrica e de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, bem como das sub-especialidades de Cuidados Intensivos Pediátricos, Gastrenterologia Pediátrica, Nefrologia Pediátrica, Neonatologia, Neuropediatria e Oncologia Pediátrica e a necessidade de participação. O documento encontra-se para consulta em:

www.acs.min-saude.pt/cnsca

PLENÁRIO DOS CONSELHOS REGIONAIS

Realizou-se no dia 28 de Maio o Plenário dos Conselhos Regionais (CR) da Ordem dos Médicos (OM) que tinha como ordem de trabalhos a apreciação e discussão do Relatório de Actividades e Contas do Conselho Nacional Executivo (CNE) do ano de 2007 e a apreciação do plano de actividades para o ano em curso, entre outros assuntos. Em virtude da falta de quórum foi agendado novo plenário para o dia 26 de Setembro, o qual se realizará no Porto. Na reunião foram votadas duas moções, uma de censura e uma de louvor.

Perante a ausência de representantes dos Conselhos Regionais em número suficiente para as votações agendadas pela ordem de trabalhos, foram discutidas várias propostas no sentido de debelar o absentismo, nomeadamente a possibilidade de as reuniões passarem a realizar-se ao fim de semana, tendo tal proposta sido recusada por maioria absoluta dos presentes. Outra

proposta discutida foi a de rotatividade das reuniões pelas Secções Regionais tendo sido aprovada e tendo ficado marcado o próximo plenário para Setembro, no Porto.

Pedro Nunes, bastonário da OM, lamentou a ausência dos colegas e referiu o facto de serem os representantes da zona sul a que mais se faz sentir. José Manuel Silva, presidente do Con-

selho Regional do Centro da OM, explicou que, em todas as tomadas de posse da Secção Regional do Centro, insistiu em como é imperativa a presença dos colegas no plenário e defendeu a penalização informal dos faltosos. «É inadmissível pois a sua ausência paralisa a OM. O Plenário dos Conselhos Regionais é o órgão máximo deliberativo da Ordem e não pode ser





olhado com desprezo por aqueles que livremente se candidataram a cargos directivos», referiu, propondo um voto de censura ao comportamento dos colegas ausentes.

O colega Jorge Santos, de Ponta Delgada, realçou igualmente que se trata de uma atitude condenável mas que a mesma «poderá traduzir uma ausência de clima participativo na OM» e que é necessário encontrar formas de «tornar mais interessante esta participação». Ingrid Costa do CR Norte, por seu lado, considerou que a questão da motivação é secundária: «Aceitámos todos os nossos cargos para trabalhar, independentemente de considerarmos ou não que a ordem de trabalhos é interessante. Isso é secundário. Temos o dever de estar presentes».

O voto de censura aos colegas que faltaram ao Plenário dos Conselhos Regionais foi aprovado por maioria absoluta, apenas com um voto contra e uma abstenção.

Apesar de não terem sido votados os relatórios de contas, efectuou-se uma breve análise dos mesmos e foram prestados os esclarecimentos necessários. Reconhecendo a evolução positiva das contas da OM nos últimos anos, Pedro Nunes propôs uma moção de louvor para as três tesoureiras – Fátima Oliveira, do CRN, Maria dos Prazeres Gomes, do CRC e Manuela Santos, do CRS e do CNE. Esta moção foi aprovada por unanimidade (com apenas uma abstenção).

Foram ainda discutidas as alterações ao regulamento de inscrição, altura do debate em que houve maior participação dos colegas mais novos (ver nesta edição o novo regulamento de inscrição).

Declaração de Helsínquia aberta a discussão pública

A revisão da Declaração de Helsínquia está aberta a comentários em: www.wma.net

Foi publicada a nova versão da Declaração de Helsínquia pela Associação Médica Mundial sobre os princípios éticos para a investigação médica em seres humanos e está aberta a debate. Eva Bagenholm, Presidente do Comité de Ética Médica da AMM sublinhou a este propósito «Apesar de muitas das emendas serem menores, há mudanças importantes, particularmente para reforçar a protecção e os benefícios para os participantes na investigação e novos temas relacionados com o registo da informação e o consentimento para a investigação que utiliza tecidos humanos».

Profissionais de saúde exigem princípios rigorosos para distinção de responsabilidades e tarefas

As organizações de profissionais consideram fundamental que a utilização de novos trabalhadores da área da saúde em serviços normalmente prestados por profissionais de saúde tem que ser sujeita a regras bem definidas.

Num encontro em Kampala, no Uganda, naquele que foi o primeiro «Global Forum on Human Resources for Health», as seis organizações (International Confederation of Midwives, International Council of Nurses, International Pharmaceutical Federation, World Confederation of Physical The-

rapists, World Dental Federation e World Medical Association), que representam mais de 25 milhões de profissionais de saúde, afirmaram perceber a necessidade de fazer frente à crise de recursos humanos na área dos cuidados de saúde, mas expressaram igualmente a sua preocupação de que acres-

centar novos quadros de trabalhadores da saúde poderá resultar em serviços ineficientes e confusos, prejudicando os cuidados prestados ao doente. A partir do debate sobre este tema, o grupo de seis associações emitiu uma declaração que passamos a transcrever.



JOINT HEALTH PROFESSIONS STATEMENT ON TASK SHIFTING

We, the representatives of more than 25 million health professionals, are committed to providing safe, accessible health care to the world's people. We understand all too well the impact of shortage of personnel, supplies and equipment on patients, families and providers. We witness the impact daily of not enough staff, not enough clean water, not enough drugs, not enough money to access services or to afford life's staples. We see health professionals mentally and physically exhausted daily. We struggle with the dilemma of resource restrictions and meeting the needs of everyone – and the evidence that shows that better health outcomes occur when higher numbers of professionals are engaged in direct care.

We understand the need to address today's human resource crisis. At the same time we are concerned that task shifting and adding new cadres of workers result in fragmented and inefficient service through reductionist and vertical approaches. We believe that for task shifting to be effective:

- Skill mix decisions should be country-specific and take account of local service delivery needs, quality and effectiveness factors, efficiency, the current configuration of health services and available resources, as well as production and training capacity, and include the health professions in decision-making.

- Roles and job descriptions should be described on the basis of the competencies required for service delivery and constitute part of a coherent, competency-based career framework that encourages progression through life-long learning and recognition of existing and changing competence.

- There needs to be sufficient health professionals to provide the required selection, training, direction, supervision, and continuing education of auxiliary workers.

- Regulations for assistive personnel and task-shifting need to be set with the professions involved. It should be clearly stated who is responsible for

supportive supervision to assistive personnel. In any case the curriculum development, the teaching, supervision and assessment should always involve the health professionals from whom the task is being shifted.

- There must be adequate planning and monitoring to avoid the danger of generating a fragmented and disjointed system that fails to meet the total health needs of the patient, offers a series of disconnected and parallel services that are both inefficient and confusing, and may lead to de-motivation and high attrition rates.

- Assistive personnel need compensation and benefits that equal a living wage, a safe workplace and adequate supplies to ensure their own safety and that of patients. At the same time they should be expected to work within the code of conduct of their employer.

- Deploying assistive personnel will increase demand on health professionals in at least three ways: (1) increased responsibilities as trainers and supervisors, taking scarce time away from other tasks; (2) higher numbers will be needed to take care of the new patients generated by successful task-shifting; and (3) health professionals will be faced with patients who have more complex health needs (the simpler ca-

ses will be covered by task-shifting) and thus require more sophisticated analytical, diagnostic, and treatment skills.

- There needs to be credible analysis of the economic benefit of task shifting to ensure equal or better benefit, i.e. health outcomes, cost effectiveness, productivity, etc. Ongoing evaluation, particularly in skill-mix changes and the introduction of new cadres and or new models of care, should systematically consider the impact on patient and health outcomes as well as on efficiency and effectiveness.

- When task shifting occurs in response to specific health issues such as HIV, regular assessment and monitoring should be conducted on the entire health system of the country concerned. In particular, quality assessment linked to overall health outcomes of the population is essential to ensure that programs are improving the health of patients across the health care system.

- Assistive workers should not be employed at the expense of unemployed and underemployed health professionals. Task-shifting should be complemented by fair and appropriate remuneration of health professionals and improvement of their working conditions.

- Where task shifting is meant as a long

term strategy it needs to be sustainable. If meant as short term, there needs to be a clear exit strategy.

- Assistive workers need to be integrated into health care delivery systems and treated as part of the team.

Conclusion

In geographical areas facing a critical shortage of health professionals, efforts should be made and supported to increase professional training opportunities (undergraduate and graduate), and to provide incentives for the retention of health professionals.

Whatever the strategy selected, task-shifting should not replace the development of sustainable, fully functioning health care systems. It is not the answer to ensuring comprehensive care, including secondary care, is accessible to all.

International Confederation of Midwives
International Council of Nurses
International Pharmaceutical Federation
World Confederation of Physical Therapists
World Dental Federation
World Medical Association

February 2008

A MONTANHA PARIU UM RATO



Que me perdoem os incondicionais da reforma e aqueles que estão envolvidos e convictos de que este é o caminho para a melhoria e afirmação dos cuidados de saúde primários, mas acerca da tão falada reforma dos cuidados de saúde primários, este é o título que me vem à cabeça.

Não esqueçamos que os «remanescentes» ainda são a grande maioria e que também somos incondicionais de uma M.G.F. forte, coerente, digna e onde todos os utentes tenham iguais direitos. Entre nós não há só velhos do Restelo; também há quem defenda a Medicina Familiar e tenha orgulho em ser Médico de Família.

Também há quem queira dignificar a Carreira, melhorar a formação, consolidar competências.

Entre nós também existe espírito de grupo, de equipa, já praticando a interajuda e a inter-substituição, sempre que isto seja necessário.

Não somos avessos à mudança nem ao espírito da reforma.

Somo-lo à forma espartilhada como esta está a ser implementada no terreno.

Acerca do tão falado alargamento da cobertura da população e diminuição

do número de utentes sem Médico de Família, gostaria de saber se já foi contabilizado o número de utentes que ficaram sem Médico de Família exactamente em consequência da forma como esta reforma foi implementada.

Gostava também de saber se já foram contabilizadas as listas de utentes, de grande número de Médicos de Família, que, de uma forma voluntária e desprovida de qualquer interesse, foram alargando as suas listas que, mesmo não ponderadas, por vezes chegam aos 1800, 2000 e mais utentes.

Uma das grandes consequências que para já se verifica no terreno é a divisão entre os colegas, que por vezes, ainda que partilhem o mesmo espaço físico, têm um muro a separá-los. O descontentamento e o mal-estar são por vezes palpáveis.

Os Médicos de Família estão cada vez mais divididos, o que é desastroso para a classe.

Na constituição das USF's não foram poupados esforços nem verbas para tornar os espaços mais dignos, por vezes com excelentes condições.

Pena é que muitos de nós ainda estamos a trabalhar abaixo das condições mínimas admissíveis.

Na constituição das USF's valeu tudo e por vezes não terá sido o espírito de equipa ou a concordância com o sistema a nortear a sua constituição.

Nalguns casos os grupos formaram-se, uns para garantir a colocação num melhor local de trabalho, outros na mira de melhores condições salariais e outros ainda houve que entraram por receio de virem a ser deslocados dos seus locais de trabalho, caso não aderissem ao sistema.

Não estando de maneira nenhuma

contra os colegas mais jovens, que aproveitaram esta oportunidade, não posso deixar de lamentar que colegas com (muitos) mais anos de carreira, vejam as suas pretensões de transferência serem ultrapassadas por outros recém entrados na carreira, ou pior ainda ouvir testemunhos de colegas, que por não pretenderem aderir ou por pretenderem sair, serem hostilizados, marginalizados e forçados a sair do seu local de trabalho.

Uma outra questão que me desagrada profundamente é que estão abertas as portas para a privatização da saúde.

As USF's são certamente muito atractivas para virem a ser tomadas pelos grupos privados de saúde, que ditarão as regras com vista à rentabilização económica, ficando o Estado livre do cumprimento a que o obriga a Constituição, que ainda garante uma Medicina tendencialmente gratuita para todos os cidadãos.

Avança-se agora a passos largos para a formação dos ACES, onde os «remanescentes» terão a designação mais digna de «Unidades de Cuidados Personalizados».

Também parece ser esta a única benesse com que podemos contar!

Penso que teria sido possível, e mais justo, uma reforma que envolvesse todos, que embora mais modesta e com menos pompa introduzisse melhorias no funcionamento, na acessibilidade, fomentasse o trabalho em equipa, com envolvimento de todos os profissionais de saúde e introduzisse factores de correcção que premiassem quem mais trabalha.

Certamente não teria sido difícil de encontrar factores de diferenciação e correcção de assimetrias.

REVISÃO DO DIPLOMA DAS CARREIRAS MÉDICAS

O Conselho Distrital da Grande Lisboa enviou para publicação o documento que elaborou e aprovou sobre a revisão do diploma das carreiras médicas, o qual passamos a transcrever.

«Representando as carreiras médicas uma sistematização do percurso profissional em que a dimensão técnico-científica adquire uma centralidade inquestionável, à progressão na hierarquia dos respectivos saberes e competências há-de corresponder também a demonstração da obtenção de capacidades integradoras de vários domínios do conhecimento relacionados com a formação, a investigação e a organização em saúde. Esta visão holística das carreiras médicas visa capacitar os médicos com os instrumentos que os habilitem a servir as populações seguindo os requisitos mais exigentes, promover o mérito profissional, responder às exigências dos serviços de saúde numa conjuntura de mudança e contribuir para o desenvolvimento social do país. Sendo desejável a manutenção de alguns aspectos estruturais do Decreto-lei 73/90, nomeadamente no que respeita à distinção entre graus e categorias das carreiras, embora sejam óbvias as suas conexões instrumentais, deve ser ponderada a possibilidade de se poder vir a considerar uma relação mais estreita entre eles de maneira a fazer corresponder uma maior diferenciação técnico-científica a patamares de responsabilidade e de remuneração mais elevados. Relativamente ao percurso técnico-científico, aquele em que a Ordem dos Médicos tem por obrigação pronunciar-se, considera-se que as alterações a introduzir na legislação em vigor deverão ter em conta os seguintes princípios:

A. Princípios Gerais

1. Princípio da generalidade

As carreiras médicas aplicam-se a todos os médicos, qualquer que seja o seu vínculo laboral nos estabelecimentos de saúde públicos, privados e cooperativos.

2. Princípio da universalidade

Os graus da carreira são válidos em todos os estabelecimentos de saúde reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

3. Princípio da progressividade

Todos os médicos inscritos na Ordem dos Médicos têm o direito a concorrer aos graus da respectiva carreira, sendo condição suficiente para o efeito satisfazer os critérios que para cada grau forem por ela fixados.

4. Princípio da periodicidade

Haverá anualmente uma época de concurso para os diferentes graus de cada carreira.

B. Responsabilidade da Ordem dos Médicos

Compete exclusivamente à Ordem dos Médicos a responsabilidade da atribuição dos graus das carreiras médicas. Nesse sentido compete-lhe:

1. Organizar anualmente concursos nacionais de habilitação a cada grau da carreira, sendo a sua realização preferencialmente descentralizada.
2. Nomear os júris dos concursos, ouvidos os respectivos Colégios das Especialidades.
3. Estabelecer os critérios de habilitação a cada grau da carreira.

4. Aceitar os pedidos de recertificação das competências profissionais.

C. Qualidade técnico-científica e formativa

Compete à Ordem dos Médicos estabelecer os ratios mínimos entre os diferentes graus das carreiras médicas, em cada estabelecimento de saúde e para cada especialidade médica.

D. Direito à recertificação

Qualquer médico, em qualquer momento da sua carreira profissional, pode solicitar à Ordem dos Médicos a realização de exame de recertificação das suas competências profissionais, tendo por âmbito o grau em que se encontra.

E. Graus das carreiras médicas

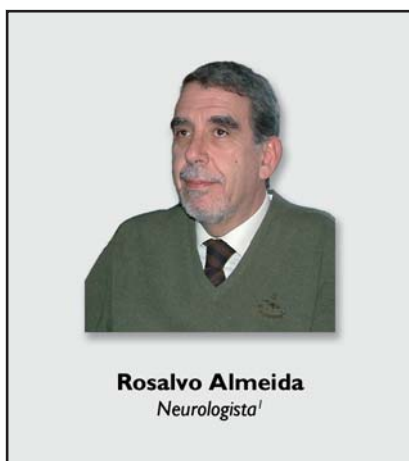
Dadas as exigências e a crescente complexidade da profissão médica é desejável que cada um dos ramos das carreiras médicas comporte três graus, com os seguintes conteúdos genéricos:

1. Especialista – correspondente à conclusão com aproveitamento do internato reconhecido pela Ordem dos Médicos.
2. Consultor – em que os candidatos deverão demonstrar a sua competência para resolver problemas complexos da sua especialidade e capacidade de formação.
3. Chefe de Serviço – a que corresponde a demonstração de competências nos planos técnico, formativo, investigação e organização.»

Conselho Distrital da Grande Lisboa

MORTE, HÁ SÓ UMA!

Passados que foram 10 anos sobre a publicação na Acta Médica Portuguesa do «Guia de Diagnóstico de Morte Cerebral»² voltam à liça argumentos sobre a definição de morte quando se discute a colheita de órgãos em dadores com coração parado.



Recordo, com alguma vaidade, os trabalhos da comissão de que fiz parte e as participações de Paula Coutinho, Nelson Rocha, Mário Lopes e Dílio Alves, assim como os debates que precederam a redacção final.

Recordo e reproduzo os primeiros parágrafos da Introdução ao «Guia»:

«Durante séculos, a morte foi definida pela paragem cardio-respiratória irreversível. O desenvolvimento, nas últimas décadas, de técnicas de ventilação mecânica, suporte circulatório e diálise em doentes em coma profundo ditou a necessidade de definição de um novo conceito, o de morte cerebral, situação em que todas as funções cerebrais estão irreversivelmente comprometidas embora o coração continue a bater e a respiração seja assegurada artificialmente. A experiência acumulada demonstrou que a verificação da morte cerebral, segundo os critérios actualmente aceites, determina inexoravelmente, em horas ou poucos dias, a assistolia e morte somática, apesar do recurso às melhores técnicas de cuidados intensivos.

Em certas doenças (de natureza vascular, traumática ou outras) a lesão do sistema nervoso central cria uma hipertensão intracraniana que ultrapassa a pressão de perfusão arterial, impedindo a circulação encefálica. A partir desse momento, e apesar de uma circulação e oxigenação eficazes nos outros departamentos orgânicos, o encéfalo entra em autólise e vai decompor-se nas horas imediatas. Esta situação pode prolongar-se com elevados custos, não apenas do ponto de vista de gastos hospitalares, mas, sobretudo, de ansiedade e falsas esperanças de uma família. Importa, como primeiro objectivo, salvaguardar o respeito pela dignidade da pessoa (que é ou que foi) e pela sua condição de ser humano vivo ou, eventualmente, já falecido. Por tudo isto, sucederam-se, ao longo dos anos, critérios de morte cerebral que foram evoluindo desde os iniciais, mais complicados, até aos actuais – simples, essencialmente clínicos, inteiramente fiáveis e reprodutíveis.»

Uma década depois, a aplicação concreta e amplamente generalizada dos critérios orientadores do «Guia» representa a sua validação, não se tendo feito sentir a necessidade da sua eventual revisão³, pese embora a recomendação, feita mas não atendida, de se formar uma comissão de acompanhamento na Ordem dos Médicos.

Com a publicação deste «Guia» e, sobretudo, com a sua utilização, tornou-se mais fácil lidar, a nível profissional, com as dúvidas éticas que sempre surgem na hora da verificação de um óbito apesar da existência de batimentos cardíacos. Os critérios clínicos, consolidados em casos extremos por meios auxiliares de diagnóstico, mostraram

ser suficientemente fortes para suspender intervenções que deixam de ser fúteis para passarem a ser inúteis.

O reconhecimento da morte cerebral não representa o reconhecimento de que haja duas mortes possíveis. Ou que haja duas formas de morrer. Morte há uma!

Aliás, sobre esta questão, não deve ignorar-se que está em vigor a Lei n.º 141/99⁴, em cuja redacção também tive o privilégio de participar em nome da Ordem dos Médicos. Assim, desde Agosto de 1999, a lei portuguesa considera que «a morte corresponde à cessação irreversível das funções do tronco cerebral», o que, como se sabe, também acontece na paragem cardio-respiratória ocorrida fora do contexto de suporte artificial de funções vitais.

O conceito de morte cerebral não passa de um requisito suplementar utilizável quando é preciso reconhecer que uma pessoa está em situação irreversível, sem regresso possível à vida. As dificuldades linguísticas e semânticas para a definição de vida e de morte não se colocam quando, perante um corpo, em paragem cardio-respiratória, começa a arrefecer, a mudar de cor e a dar sinais generalizados de degradação tecidual. A questão está, pois, em estarmos seguros de que a vida acabou e aquele corpo merece que o respeitem enquanto cadáver da pessoa que foi.

Quando, depois de verificados todos

os critérios do diagnóstico de morte cerebral, se pode declarar o óbito, a morte assim verificada não difere da morte verificada fora das unidades de cuidados intensivos. É que vida também só há uma! Contudo, importa que os médicos saibam manter a comunidade suficientemente informada do que fazem, como o fazem e porque o fazem⁵.

As questões utilitárias do aproveitamento de tecidos ou órgãos de pessoa falecida não podem ignorar que a morte não é instantânea em todos os lugares do corpo e que é possível e ético salvar outras vidas com recurso a transplantes.

Alguns autores discutem a bondade deste aproveitamento por recearem aplicações levianas ou apressadas dos

critérios. Esta discussão ganha nova força a propósito da colheita de órgãos em situações de coração parado⁶. O tempo de espera para declarar a morte em casos de paragem cardíaca e o tempo em que se devem manter manobras que permitam assegurar a vitalidade de órgãos, em pessoa morta, são parte de um novo problema com que se debatem os socorristas numa sociedade onde, cada vez mais, parece pensar-se que a morte é sempre evitável.

Está na hora de encarar as diversas facetas deste novo problema e de encontrar respostas éticas e aceites pelos médicos e pela comunidade⁷. A iniciativa pode ser da Ordem dos Médicos ou do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida mas convinha que não fosse tardia.

¹ Declaração de interesses: O autor não tem qualquer relacionamento profissional com equipas de transplantes e deixou de exercer clínica em 2005.

² *Guia de Diagnóstico de Morte Cerebral*. **Acta Médica Portuguesa** 1998 Jan; 11(1):91-5

³ Pina F, Carmona C. *Morte Cerebral, Do medo de ser enterrado vivo ao mito do dador vivo*. **Acta Médica Portuguesa** 2004 Jan-Feb; 17(1):70-5

⁴ Diário da República Electrónico: <http://dre.pt/pdf/sdip/1999/08/201A00/59555955.PDF>

⁵ Kerridge IH, Saul P, Lowe M, McPhee J, Williams D. *Death, dying and donation: organ transplantation and the diagnosis of death*. **Journal of Medical Ethics** 2002;28:89-94

⁶ Potts M. *Truthfulness in transplantation: non-heart-beating organ donation*. **Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine** 2007, 2:17

⁷ Shemie, SD. *Clarifying the paradigm for the ethics of donation and transplantation: Was 'dead' really so clear before organ donation?* **Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine** 2007, 2:18

A AVALIAÇÃO DOS CONSELHOS DE ADMINISTRAÇÃO

Em meados de Fevereiro deste ano, o Ministério da Saúde publicou legislação tendo em vista a avaliação de desempenho dos Conselhos de Administração dos Hospitais E.P.E.



O jornal Tempo Medicina (TM) ouviu a opinião de alguns elementos desses Conselhos de Administração (CA). Todos manifestaram concordância com a existência de tal avaliação. Mas, exceptuando um, também todos os entrevistados manifestaram algumas reservas de diversa natureza. Subjacente a estas reservas, estava o conhecimento dos indicadores para avaliação do desempenho, o espaço temporal em que a mesma se verificaria e, naturalmente, as diversas condicionantes para o exercício das suas funções. Cada instituição tem uma missão, «enquadrada» num Plano de Actividades trienal e num Contrato Programa anual com a tutela. Daqui deverá resultar uma estratégia com a definição anual dos respectivos objectivos operacionais e, consequentemente, com os objectivos de cada Serviço da instituição. Tais objectivos têm que ser quantificados – tanto os qualitativos como os quantitativos – para poderem ser medidos e, portanto, monitorizados e ava-

liado o seu grau de concretização. Ou seja: – a avaliação de desempenho a que nos referimos terá que levar em conta os resultados institucionais quantificados, sob todas as vertentes. Também não poderá deixar de considerar a evolução comparativa dos mesmos, ao longo do tempo. Mas tal avaliação comparativa no tempo não poderá cingir-se à comparação com o ano anterior... e ainda terá que levar em conta todos os factores de interferência externa nas instituições, nomeadamente com origem em órgãos da tutela. E aqui chegamos àqueles que interferem com os Serviços de Acção Médica, sem qualquer possibilidade de controlo pelos CA, com inevitáveis reflexos nos resultados da instituição. Embora seja verdade que dum ponto de vista conceptual os CA das unidades E.P.E. são autónomos, na prática não o são verdadeiramente. Provavelmente por razões culturais (ou outras), não é raro que órgãos da tutela interfiram directa ou indirectamente na estratégica e/ou decisões de Conselhos de Administração. Uma das formas de interferência é a produção de directrizes que por vezes contrariam o que está regulamentado. E, como se isso não bastasse, com aplicação retroactiva... Por exemplo: – de acordo com o regulamentado no Manual do Sistema de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), os Serviços Cirúrgicos em cuja gestão das listas de inscritos existam desconformidades graves são penalizados em eventuais intervenções realizadas em «produção adicional».

Perante esta realidade – e a afirmação do CA de que se cumpriria o regulamentado – os médicos de um Serviço Cirúrgico de um hospital optaram por não fazer «produção adicional» em 2006, visto que não poderiam receber a respectiva remuneração. Noutros hospitais, apesar de haver idênticas desconformidades, os respectivos CA não se pronunciaram sobre o assunto e diversas equipas realizaram a citada «produção adicional». Em Maio de 2007, chegou aos CA dos vários hospitais uma directriz segundo a qual não se aplicava ao ano de 2006 o que antecipadamente estava regulamentado sobre esta matéria... Como é evidente, para os profissionais do hospital que zelou pelo cumprimento do regulamentado, o respectivo CA foi o «responsável» pelo facto de terem perdido a oportunidade de ganhar uns milhares de Euro... Fácil é imaginar como esta «intervenção» de um órgão da tutela contribuiu para a motivação dos cumpridores... E também para estimular os outros CA e profissionais deles dependentes ao incumprimento de regulamentos em vigor... Sustentados por esta directriz, os CA permissivos pagaram retroactivamente uns milhões de Euro aos seus profissionais, que tanta «produção adicional» realizaram, nomeadamente quando comparados com os do primeiro hospital. E nem vale a pena questionar as bases científicas que sustentaram a contratualização da «produção base» nesses hospitais «facilitadores», para que tanta «produção adicional» pudessem ter lugar...

Os exemplos dos factores externos que condicionam toda a acção de um CA, sem que este tenha armas que possa usar com legitimidade, são imensos. Tantos que se torna enfadonho elencá-los.

Mas gostava de salientar alguns dos que, de forma mais relevante, evidenciam como está dificultada a missão dos CA para motivar os seus profissionais.

No que se refere aos médicos, a ausência de um estatuto e de um acordo colectivo de trabalho é causa de grandes diferenças entre os profissionais com vínculo à Função Pública e os que estão vinculados por Contratos Individuais de Trabalho (CTI).

Nomeadamente porque é possível o pagamento de incentivos ou outras recompensas aos segundos, que estão vedados aos primeiros.

Em contraponto, pelo mesmo motivo, assiste-se nesta altura a uma concorrência para contratação de médicos entre as instituições públicas, que nada beneficia o SNS. Nomeadamente do ponto de vista de organização de Serviços e da fixação de profissionais nas regiões mais carenciadas.

Em alguns hospitais, os Directores de Serviço têm que proceder à avaliação de desempenho dos médicos em CTI ou CPS, noutros nem por isso.

E quanto àqueles que têm vínculo à Função Pública, até agora só têm sido avaliados nos concursos de habilitação ou provimento da respectiva carreira. Na generalidade dos hospitais E.P.E, estas situações de diferença de tipo de vínculo coexistem (ainda com predomínio da função pública).

Como também coexistem, sem infracção legal, as diferentes posturas relativas à avaliação.

Se associarmos a este facto o «forte estímulo» remuneratório atribuído aos Directores de Serviço (esmagadoramente

com vínculo à função pública e no topo da carreira), percebe-se que a grande maioria opte por não se incomodar.

Como todos os médicos do respectivo Serviço possuem competências técnicas reconhecidas legalmente, não vale a pena diferenciá-los pelo seu maior ou menor empenho, espírito de iniciativa, espírito de equipa, relacionamento com os outros profissionais, valorização profissional e tantos outros critérios de avaliação possíveis.

Em última análise só vão arranjar inimizades, mau clima no Serviço, insatisfação, desmotivação...

Entretanto, os Colégios das diversas Especialidades da Ordem dos Médicos (OM) nunca se pronunciaram sobre indicadores qualitativos de referência, ou seja, directa ou indirectamente sobre resultados desejáveis para os serviços prestados pelas unidades de saúde.

Neste contexto, penso que o Bastonário tem razão ao afirmar que a OM tem um papel a desempenhar na avaliação de desempenho dos Conselhos de Administração.

Como se torna evidente, o que afirmo para os médicos é válido (com as devidas adaptações) para os outros grupos profissionais.

Percebe-se assim a afirmação que fiz ao TM: – avaliar o desempenho dos Conselhos de Administração esquecendo tudo isto e muito mais é como começar uma casa pelo telhado.

Os resultados estão intimamente associados e dependentes da contratualização com a tutela.

Digam o que disserem, esta é do tipo «top-down».

O que daí resulta é uma contratualização em «cascata».

Neste contexto, também tem que existir um sistema de avaliação de desempenho em «cascata», regulado, transparente, com tudo o que isso implica

de reconhecimento e recompensas (sejam elas quais forem).

Doutra forma, os Conselhos de Administração não terão capacidade de implementar verdadeiros modelos de gestão participativa, de motivar os profissionais, para que destes possam obter a indispensável participação na monitorização permanente da evolução dos resultados, análise crítica dos desvios e consequente implementação atempada de acções correctivas que permitam alcançar os melhores resultados finais.

Compete à tutela definir e regular aquilo que permita às instituições um funcionamento e uma avaliação de desempenho de todos os actores baseado na transparência e na verdade.

Sem «ferramentas» que permitam aos CA adoptar estratégias para o melhor desempenho da instituição – o que significa obter resultados qualitativos e quantitativos – ou com interferências de órgãos da tutela que destroem essas estratégias, não se está a seguir o caminho certo.

É dever de todos os órgãos da tutela respeitar a autonomia dos Conselhos de Administração das unidades E.P.E. e a dignidade dos seus dirigentes.

Por outro lado, a transparência, verdade, lealdade e solidariedade são valores fundamentais que exigem reciprocidade permanente.

Finalmente – mas não menos importante – é indispensável ter sempre presente que, como todos os outros actores do SNS, os profissionais que integram os Conselhos de Administração também são seres humanos que têm de ser motivados e que devem ser objecto de reconhecimento, em todas as circunstâncias que o justifiquem.

Quando isso não se verifica, os que se movem fundamentalmente por causas e princípios abandonam definitivamente os líderes...

Novos paradigmas na actividade médica hospitalar



O recém-formado CRIO (Serviço de Oftalmologia) EPE, do Hospital de Sta Maria. Enquadramento. Reflexões éticas.

Actualmente existe uma mudança significativa nas regras de funcionamento do Serviço Nacional de Saúde e dos Serviços em Saúde em Portugal. O Estado terá de criar estímulos para os profissionais que pretende conservar nos seus quadros, capazes de assegurar o desempenho adequado do serviço público, sendo mandatário actuar em várias frentes destinadas a:

1. estimular a diferenciação
2. premiar o melhor desempenho
3. combater o desperdício
4. garantir a qualidade

O cumprimento destes pontos terão implicações na nossa actividade profissional, enquanto médicos intervenientes e responsáveis no seu melhor desempenho em prol do paciente. O sector privado por sua vez para subsistir necessitará de:

1. Mecanismos sustentados que permitam ao cidadão ter acesso aos cuidados dos serviços privados¹ e

2. Que o Estado abdique de prestar certos cuidados, que passarão a ser assegurados pelos organismos privados¹

Deste binómio ressaltam dúvidas, quanto ao seu funcionamento:

1. Se o sistema privado é puramente concorrencial face ao sector público (o que poderá até ser estimulante e gerador de melhor performance dos serviços)
2. ou se pelo contrário tenderá a obter um estatuto de parceiro complementar do sector público¹

A saúde tem sem dúvida o seu preço, ao contrário do que genericamente se afirma, sendo indesmentível que tem um preço elevado, tanto para o sector público como para o privado, o que em última análise poderá condicionar o nosso desempenho enquanto médicos e técnicos de saúde. O aumento da despesa em saúde deriva naturalmente do aumento de esperança de vida das populações, devido ao melhor nível dos cuidados de saúde, ao seu maior consumo (dez vezes superior dos 65-95 anos versus os grupos dos 35-65 e dos 0-35 anos) e sobretudo ao surgimento de doenças de tratamento longo e dispendiosos, que aumentaram grandemente face às de tratamento rápido, nos últimos trinta anos.

Por outro lado a evolução tecnológica de meios de diagnóstico e tratamento, o aparecimento de doenças como a AIDS que implicam elevadas despesas em investigação, experimentação de medicamentos e condições de acolhimento dos doentes e a intervenção na patologia neoplásica, contribuíram para o aumento de custos em saúde. A protecção às grávidas e recém-nascidos e os métodos de procriação me-

dicamente assistida, são igualmente meios muito dispendiosos^{4,5}.

O que teremos de defender como princípio ético e deontológico é a liberdade de actuação técnica e científica, que garanta a todos uma saúde de qualidade, tecnicamente diferenciada e praticada de acordo com a nossa *legis artis*, ou seja de acordo as normas da boa prática médica, mas tendo em conta os excessos que um planeamento desadequado poderá envolver.

Éticamente não poderemos ignorar os princípios consequencialistas de beneficência maximizando o bem para o doente e de não maleficência isto é nunca praticando o mal, tendo em mente o reflexo da alocação dos recursos sobre os princípios deontológicos como a justiça e de respeito pela autonomia do doente, consubstanciado no consentimento informado. Existe no entanto sempre um espaço de protecção aos vulneráveis, do qual não abriremos mão, ainda que para tal seja necessário recorrer a gastos económicos consideráveis.

O terceiro princípio *prima facie*, o da justiça, é provavelmente o de mais difícil aplicação. Sem dúvida que a menor equidade no acesso aos serviços de saúde (públicos ou privados), associada ao debate recente sobre o aumento dos custos em saúde em praticamente todos os países ocidentais, têm colocado o princípio de justiça na pauta da bioética contemporânea, entrando este princípio como questão central na denominada «fase dos conflitos públicos» da bioética dos anos 90 (Schramm, 1997). O problema da justa distribuição de recursos na assistência à saúde constitui pois um dilema da cultura sanitária actual, uma vez que nenhum país até ao momento conseguiu estabelecer um limite adequado de gastos financeiros para melhorar a saúde de seus cidadãos.

A globalização da economia, com a diminuição do papel do Estado na esfera social, tem implicado reduções nos recursos destinados à área de saúde. Os limites impostos ao progresso da biotecnociência têm tido má receptividade tanto do lado da população como da comunidade científica e o estímulo do mercado à eficiência médica e ao consumo de tecnologias e de medicamentos tem agido contra a equidade, trazendo resultados duvidosos para a saúde coletiva (Callahan, 1994; 1997 e 1998).

A Gestão pública administrativa da saúde prosseguiu até aos anos 90, não envolvia contenção de gastos, baseando-se num serviço tendencialmente gratuito, mas tal forma está actualmente esgotada. Defendê-la cegamente facilitará a destruição do SNS.

A necessidade de mudança fundamenta-se nas elevadas perdas de eficiência e de eficácia do sistema anterior, pela falta de planeamento, ausência de objectivos claros, inexistência de responsabilização pelo cumprimento desses objectivos, subutilização dos meios humanos e materiais e ainda alguma promiscuidade entre o público e o privado.

Será desejável essa ausência de promiscuidade entre público e privado, e muito provavelmente será esse o cenário futuro destas duas entidades diferentes, que se estimularão seguramente pela concorrência saudável, mas com funcionamento autónomo. Será pois este um momento de mudança sereno, não abrupto mas progressivo, a deslizar para a realidade dos factos, a privado o que é privado, a público o que é público, e teremos de ser nós os médicos dos sistemas de saúde a funcionar nos respectivos organismos (público e privado), a participar activamente nesse processo de separação das águas.

A criação de hospitais públicos equipados com boa tecnologia com vista a melhorar os cuidados de saúde, com condições de atendimento dignas e confortáveis tanto para funcionários como para os pacientes, tem como objectivo otimizar o tempo gerido pelos funcionários dentro do SNS, numa óptica de gestão programada executada pelo Ser-

viço Público, sem necessidade de recorrer a parcerias público-privadas. Será esta autonomia dentro do sector público porventura o maior motor de mudança no sector de saúde em Portugal, criando com os seus funcionários que melhor conhecem a realidade *in loco*, uma dinâmica de intervenção, com o designio ético de ser o garante da saúde dos doentes.

As Reformas de 3ª geração no terreno, procuram dar resposta a um vasto leque de pressões de tipo económico, social, político, demográfico, ideológico e culturais. Das várias estratégias e mecanismos de reforma existentes há alguns padrões comuns como sejam a) introdução de mecanismos de mercado para o financiamento e prestação de cuidados de saúde; b) alteração do papel Estado (seja com a descentralização de algumas funções, seja com o aumento intervenção através de regulamentações c) atribuição de maior importância à capacidade de escolha e decisão dos cidadãos³.

Os principais Instrumentos de Mudança terão de projectar-se num Programa Nacional de luta contra as desigualdades em Saúde com a criação de normas de: *orientação clínica, avaliação do desempenho, avaliação da satisfação dos doentes, acreditação/certificação de Serviços*. As acções para conter custos, aumentar a eficiência, satisfazer profissionais de saúde e utilizadores dos serviços de saúde, aumentando a qualidade dos cuidados de saúde com vista a alcançar e manter a equidade, pretendem prestar cuidados que se traduzam em ganhos de saúde.

Nesses cuidados estarão contempladas as tão faladas listas de espera de cataratas, que num esforço suplementar nos propomos solucionar, naturalmente através de incentivos adequados equilibrados e justos. Os países com sistemas prospectivos utilizam com bons resultados, incentivos positivos como sejam prémios financeiros dignos a atribuir aos seus funcionários.

Será fundamental o envolvimento dos cidadãos e utilizadores dos cuidados de saúde por exemplo na definição de prioridades, pois os serviços de saúde pare-

cem concentrar-se quase que exclusivamente nas necessidades presumidas das populações (dos utilizadores), dando pouca atenção às suas reais expectativas³.

Os Centros de Responsabilidade Integrados de que faz parte o recém formado CRIO do Serviço de Oftalmologia do HSM, pretendem uma maior eficiência e acessibilidade, mediante maior responsabilização dos profissionais pela gestão dos seus recursos. Mas se não formos nós profissionais de saúde no terreno, a liderar esse processo interventivo na mudança das políticas do sector, corremos o risco de ser ultrapassados por outros actores desligados da prática de saúde, que ocuparão o nosso espaço, com perspectivas meramente economicistas, restando-nos então um papel passivo de cumpridor de normas que nos transcendem. Os doentes não são números e a assistência médica não pode ser dedicada unicamente ao tratamento do corpo, negligenciando o valor inestimável do espírito expressa nesse binómio relacional único que é relação médico-doente, de onde decorre uma medicina de qualidade que complementa e precede a quantidade.

Em qualquer processo que se inaugura apesar do entusiasmo envolvente, existe sempre a presença de alguma incerteza, risco de assimetrias de informação e seguramente preocupações éticas relativas à relação médico-doente, à equidade e bem estar social, porque a Saúde e a Vida não são apenas bens individuais, mas sim valores com relevância colectiva como nos diz Peter Singer.

Bibliografia

1. Penedo J, Centenas de médicos trocam os hospitais públicos pelos privados. Revista da Ordem dos Médicos: 45-44 Abril 2007
2. Saltman, R.; Figueras, J.; Sakellaridis, C., ed lit – Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham: Open University Press, 1999
3. The world health report 2000 – Health systems: improving performance <http://www.who.int/whr/2000/en/>
4. Burros P, de Almeida Simões J. Portugal Health system review. Health System in Transition, 2007; 9(5): 1-140
5. Almeida Duarte L. O doente glaucomatoso e a sua autonomia em meio hospitalar apoio Pfizer Belgráfica Lisboa 2007: 71-74

QUANDO OS MINUTOS CONTAM...

É do consenso geral que a Região de Lafões não pode prescindir de um Serviço de Urgência Básica, para com qualidade e proximidade servir toda esta magnífica parcela do nosso País.

Fernando Manuel Tavares Pereira

Chefe de Serviço Medicina Geral e Familiar, Centro de Saúde de Vouzela

A Região de Lafões é composta por três concelhos: Oliveira de Frades, Vouzela e S. Pedro do Sul, servidos, até Janeiro de 2008, por um Serviço de Atendimento Permanente (SAP), a funcionar 24 horas em S. Pedro do Sul e Vouzela e 12 horas em Oliveira de Frades, deslocando-se a população deste último concelho ao SAP de Vouzela, a partir das 20 horas, prática em vigor há mais de 25 anos e bem aceite, quer por parte da população de O. de Frades quer por parte dos profissionais do Centro de Saúde de Vouzela.

Sendo uma Região do interior do país, o índice de envelhecimento demográfico é elevado (23% da população tem mais de 65 anos) e as condições económicas bastante desfavoráveis (o poder de compra é metade da média do país), encontrando-se os aglomerados populacionais dispersos, servidos por estradas municipais que os ligam às Sedes dos referidos concelhos. A densidade populacional é de 60 hab./km², sensivelmente metade da densidade demográfica do país.

A abertura do IP 5 e a sua posterior transformação em auto-estrada (A25) permitiu a instalação na sua proximidade de quatro Zonas Industriais, duas em Oliveira de Frades e duas em Vouzela, com milhares de postos de trabalho. Também a requalificação da Estância Termal de S. Pedro do Sul permitiu a sua utilização anual por parte de 25.000 aqúistas.

Vouzela tem uma localização privilegiada na Região de Lafões, visto ocupar um lugar central, ser servida pela EN 16 que liga os três Concelhos de Lafões e ainda pela auto-estrada A25 numa extensão de aproximadamente 30 km, com 5 cinco nós: Queirã, Ventosa, Vouzela, Campia e Reigoso (Oliveira de Frades) permitindo um acesso rápido à Vila (Centro de Saúde ou Serviço de Urgência Básico).

A publicação do Novo Mapa da Rede de Serviços de Urgência do país contempla um Serviço de Urgência Básico na vila de S. Pedro do Sul.

Os critérios seguidos pela Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências foram os seguintes:

- 1) - Tempo de resposta do socorro ao local;
- 2) - Tempo de trajeto ao Serviço de Urgência;
- 3) - Mobilidade sazonal da população (Trabalho/Turismo);
- 4) - Risco de Trauma (Acidente viação/trabalho);
- 5) - Risco industrial;
- 6) - Existência de Unidades com doentes internados;
- 7) - Razões de sustentabilidade económica.

Contudo, uma análise detalhada dos referidos critérios permite concluir, que os mesmos não justificam a instalação do referido SUB em S. Pedro do Sul pelos motivos que passo a citar:

– a localização do SUB em S. Pedro do Sul impossibilita que 90% da população chegue em 30 minutos do local

de ocorrência do acidente ao referido serviço. Por sua vez, se o mesmo se localizar em Vouzela, 80% da população pode aceder ao SUB em apenas 15 minutos e 10% em 30 minutos, tempos praticados na Alemanha, França ou Inglaterra;

– a assistência aos aqúistas, aproximadamente 25.000/ano, das Termas de S. Pedro do Sul é mais rápida em Vouzela em virtude dos acessos serem melhores; e se tivermos em conta os campistas que utilizam o Parque de Campismo de Vouzela (cerca de 12.000/ano) e os milhares de trabalhadores das zonas industriais dos concelhos de Vouzela e de Oliveira de Frades, ainda mais relevante se torna a localização do SUB em Vouzela;

– os quilómetros de auto-estrada com os seus nós de acesso a Vouzela são uma mais valia para o transporte rápido de sinistrados e utilizadores que possam sofrer doenças súbitas neste trajeto;

– a existência de duas Unidades de Cuidados Continuados, uma em Vouzela outra em Oliveira de Frades, e a inexistência deste Serviço em S. Pedro do Sul;

– a par das razões atrás referidas, há ainda a enumerar a sustentabilidade económica:

– existe nas instalações do Centro de Saúde de Vouzela, espaço suficiente para instalar o SUB com 2 SOs Mulheres e Homens, 1 sala de tratamentos, 3 gabinetes médicos, 2 gabinetes de enfermagem, Rx, espaço para Análises e ECG, salas de espera adequadas, WCs e espaço para estacionamento suficiente. A área coberta para a instalação do SUB é de 550 m². Em S. Pedro do Sul tudo tem que ser feito de novo com um custo de milhares de Euros.

A centralidade implica como é óbvio menos gastos, quer em tempo quer em dinheiro, para os utentes e empresários. Mas, o transporte do doente urgente/emergente não termina no SUB, depois de estabilizado, vai ter de ser transferido para a Urgência Polivalente localizada no Hospital de S. Teotónio em

Viseu e, aqui, as diferenças são ainda mais acentuadas. De S. Pedro do Sul para Viseu qualquer doente que necessite de manobras de reanimação na ambulância, atendendo ao traçado sinuoso da EN16, a velocidade nunca pode ser superior a 20-30 km/h, demorando sempre mais de 45 minutos; de Vouzela ao H. de Viseu, nas mesmas circunstâncias pela A25, não se demora

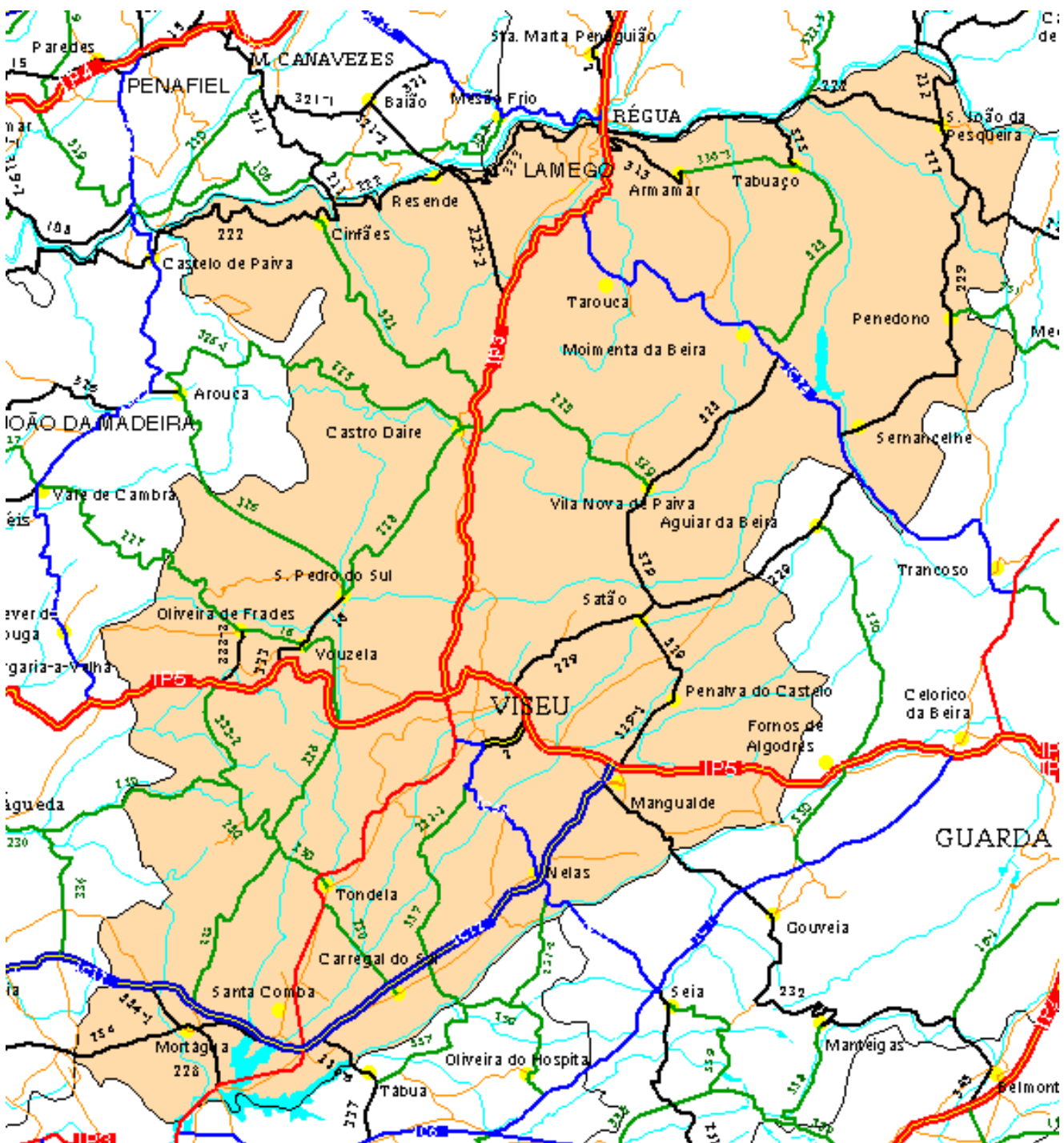
mais de 25 minutos e é, também, aqui que os minutos contam...

Para além dos aspectos anteriormente referidos há ainda dois que considero de grande importância:

- 1 – Atendimento de qualidade e proximidade;
- 2 – Retirar pessoas do Serviço de Urgência do Hospital de S. Teotónio em Viseu.

Estes objectivos nunca poderão ser alcançados se o SUB se localizar em S. Pedro do Sul, uma vez que a população dos concelhos de Vouzela e O. de Frades em situações ou falsas situações de Urgência/Emergência vão para Viseu directamente.

Urge, portanto, repensar a localização do referido Serviço de Urgência Básico em S. Pedro do Sul...



Sobre a alegada ilegalidade da qualificação da prática do aborto como falta grave no Código Deontológico da Ordem dos Médicos

Sumário: 1. Breve referência aos criticados art.ºs 30.º, 47.º e 48.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos. 2. A posição de Vital Moreira. 3. A inexistência de qualquer contradição entre as criticadas normas do Código Deontológico e a nova redacção do art.º 142.º do Código Penal. 4. Distinção entre as normas deontológicas e as normas disciplinares das Ordens Profissionais. 5. Contradição valorativa versus contradição normativa. 6. De volta à questão da autonomia das Ordens Profissionais. 7. O crucial papel das Ordens Profissionais na defesa dos direitos fundamentais.¹

João Pacheco de Amorim

Professor das Faculdades de Direito e Economia da Universidade do Porto

1. Breve referência aos criticados art.ºs 30.º, 47.º e 48.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos

Segundo o n.º 1 do art.º 47.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos («Princípio Geral»), «O médico deve guardar respeito pela vida humana desde o seu início»; o n.º 2 do mesmo artigo especifica que «Constituem falta deontológica grave quer a prática do aborto quer a prática da eutanásia»; e o n.º 3.º afasta a ilicitude da realização do aborto quando haja risco para vida da mãe,

regulando ainda o artigo seguinte (art.º 48.º) um procedimento de verificação de tal conjuntura.

Nem o artigo 47.º, nem o art.º 48.º salvaguardam portanto expressamente os demais casos e prazos excepcionados pela lei penal (art.º 142 do Código Penal, na sua actual redacção), nomeadamente da realização do aborto quando a continuação da gravidez for susceptível de causar «grave e duradoura lesão para o corpo ou saúde física e psíquica da mulher grávida» (nas primeiras 12 semanas de gestação), quando a gravidez haja sido causada por violação (nas primeiras 16 semanas), quando haja malformação congénita e incurável do feto (nas primeira 24 semanas) e ainda na hipótese do aborto

«a pedido» da grávida (nas primeiras 10 semanas) – sendo esta omissão o objecto principal das invectivas do então Ministro da Saúde Correia de Campos que tanto deram que falar nos finais do ano de 2007.

Enfim, reza o art.º 30.º do mesmo código («Objecção de Consciência») que «O médico tem o direito de recusar a prática de acto da sua profissão quando tal prática entre em conflito com a sua consciência moral, religiosa ou humanitária, ou contradiga o disposto neste código» – sem levar em consideração como devia (clamava o referido Ministro) a regulamentação legal da objecção de consciência nos demais casos de exclusão da ilicitude do aborto não explicitamente contemplados nos art.ºs 47.º e 48.º do

¹ O presente trabalho foi primeiramente pensado como texto de apoio a uma intervenção pública dirigida a uma «plateia» em geral sem formação jurídica – razão pela qual, desde logo, foram «dispensadas» as citações e as notas de rodapé. Para além disso, ostenta aqui e ali um tom algo apologético que extravasa os limites e a neutralidade filosófica e de valores (em termos de concepção do mundo e da vida) que tradicionalmente caracterizam os textos científicos.

Entendo contudo não ser a sua «reconversão» em texto a integrar numa obra jurídica colectiva de homenagem a um dos mais insignes juristas portugueses do séc. XX razão para o despir desse seu cunho originário. É que o facto de ter votado «não» no referendo sobre o aborto (e aqui fica *ab initio*, como agora se costuma dizer, o meu «registo de interesses»...), e de (continuar a) assumir num trabalho científico uma posição a favor da vida não prejudica, estou certo, a objectividade com que sempre procuro abordar as questões jurídicas, sobretudo as que ora se colocam, que tive a ocasião de estudar em profundidade e de sobre elas me pronunciar, do ponto de vista estritamente científico, muito antes do dito referendo e da respectiva campanha.

Código Deontológico acima reproduzidos.

São estes em suma os preceitos do Código Deontológico que em razão da sua putativa «desconformidade» superveniente com o art.º 142.º do Código Penal deram causa ao ultimato do então Ministro da Saúde à Ordem dos Médicos, no sentido de esta eliminar ou alterar em conformidade com a lei tais normas no prazo de trinta dias – isto na sequência do Parecer do Conselho Consultivo da Procuradoria Geral da República n.º 7/2007, que considerou «ilegais» as ditas normas. Está delimitado por conseguinte o objecto de mais um (modesto) contributo doutrinário para a reflexão jurídica sobre a etapa inicial da vida humana e a respectiva tutela jurídica².

2. A posição de Vital Moreira

A propósito da resistência oferecida pela Ordem em cumprir tal ultimato, escreveu Vital Moreira no jornal «Público» de 20 de Novembro de 2007 um artigo de opinião com o título «Abuso de poder corporativo», na esteira do referido Parecer do CC da PGR.

Segundo Vital Moreira, o juízo deontológico da comunidade médica que censura uma conduta dos membros da profissão «mesmo nos casos legalmente lícitos» (como no seu entender acontece no caso) não está a salvo da intromissão do Estado. Vital Moreira vem assim sustentar juridicamente a atitude do Ministro Correia de Campos, e condenar a «desobediência» do Bastonário e da Ordem por este repre-

sentada, com base num argumentário que passamos a tentar sintetizar.

A Ordem dos Médicos, lembra Vital, é uma associação pública de inscrição obrigatória para o exercício da profissão, uma «instituição oficial», criada pelo Estado, «com jurisdição universal sobre todos os médicos, dotada de poderes públicos, incluindo o poder regulamentar e o poder disciplinar» – e não uma associação privada. Logo, não poderiam os seus membros (os seus dirigentes, ou a maioria dos inscritos através de referendo) «pretender impor oficialmente os seus padrões de ética profissional aos demais profissionais que não compartilhem desses valores e não desejem deixar de cumprir as suas obrigações profissionais», porque tal afectaria os direitos profissionais destes últimos.

Segundo Vital Moreira, as ordens «só têm os poderes que lhes sejam conferidos por lei», estando o seu poder normativo, que deriva da lei, «sujeito à lei»: está-lhes vedado por isso contrariar a lei. Ora, sendo o Código Deontológico da Ordem dos Médicos um «regulamento oficial da profissão, emitido ao abrigo de um poder conferido por lei», e sendo tal regulamento «a base do poder disciplinar da Ordem», nenhuma ordem «pode considerar infracção disciplinar a prática de actos profissionais não só lícitos mas mesmo profissionalmente devidos (salvo objecção de consciência)» – apenas podendo tais regulamentos «estabelecer deveres para além da lei, mas não contra a lei».

Mas Vital Moreira não se fica por estas considerações preliminares, entenden-

do ser «uma pura mistificação» a posição do bastonário da Ordem dos Médicos, de não haver razão para eliminar (ou alterar) as normas deontológicas em questão (uma vez que, segundo o Bastonário, já estaria fora de questão a punição disciplinar nos casos de aborto provocado excepto-nados pela lei, por ter esta perdido em tais casos a sua base legal).

Por um lado, diz Vital, porque tais normas estariam «definida(s) como norma(s) disciplinar(es), sendo como tal ilegal(is)»; e por outro lado, porque só caberiam à Ordem os poderes que lhe estivessem legalmente conferidos – não se contando entre tais poderes o de definir «infracções deontológicas sem relevo jurídico».

Não seria por conseguinte admissível à Ordem o constranger moralmente uma parte dos seus membros, não devendo os seus pareceres ou recomendações morais/deontológicas (mesmo os não assistidos pela coacção estadual) «contrariar a lei»; as Ordens não poderiam ser em suma «instâncias de censura moral à margem da lei». Por isso, mesmo estando fora de causa a punição dos médicos que desrespeitassem a norma deontológica em causa, a Ordem dos Médicos estaria ainda assim a colocar-se «ostensivamente fora e acima da lei, num intolerável desafio «à primazia da lei e ao Estado de direito».

3. A inexistência de qualquer contradição entre as criticadas normas do Código Deontológico e a nova redacção do art.º 142.º do Código Penal

² Sobre o tema do aborto, ver na doutrina portuguesa a obra colectiva «Direito e Vida», Editora Principia, Lisboa, 1998, com breves depoimentos de António Sousa Franco, Afonso d'Oliveira Martins, Ana Bivar, Ana Catarina França Peres, António Pais Pires de Lima, António Pedro Barbas Homem, António Pinto Pereira, António Sequeira Ribeiro, Augusto Lopes-Cardoso, Cristina Andrade, Cristina Libano Monteiro, Diogo Leite de Campos & Mónica Neves Leite de Campos, Eduardo Vera-Cruz, Fausto de Quadros, Francisco Lucas Pires, Germano Marques da Silva, Isabel Cância, João Loureiro, João Perry da Câmara, Jorge Bacelar Gouveia, José Gabriel Queiró, José de Oliveira Ascensão, João Pedro Ramos Ascensão, José Tomás Ferreira, Júlio Elvas Pinheiro, Luís Gonçalves da Silva, Luís Menezes Leitão, Manuel António Carneiro da Frada, Margarida Telles Romão, Maria da Assunção Cristas, Maria Clara Sottomayor, Maria da Conceição Ferreira da Cunha, Maria de Fátima Mata-Mouros, Maria da Graça Trigo, Maria José Nogueira Pinto, Mário Bigotte Chorão, Miguel Pedrosa Machado, Paulo Câmara, Paulo Ferreira da Cunha, Paulo Otero, Paulo Pulido Adragão, Pedro Roseta, Rita Amaral Cabral, Rita Lobo Xavier, Sofia Gouveia Pereira e Tiago Duarte.

São ainda de citação obrigatória os trabalhos jurídicos de fundo de: DIOGO LORENA DE BRITO, *A vida pré-natal na jurisprudência do Tribunal Constitucional*, Publicações Universidade Católica, Porto, 2007, JOÃO LOUREIRO, *Aborto: algumas reflexões jurídico-constitucionais (a propósito de uma reforma legislativa)*, «Boletim da Faculdade de Direito de Coimbra», n.º 74, 1998, pp. 327-403, e ANTÓNIO MANUEL ALMEIDA COSTA, *Aborto e Direito Penal*, «Revista da Ordem dos Advogados», Ano 44, Lisboa, Dezembro de 1984, pp. 545-627 e ss.

Pois bem, a meu ver, a posição juridicamente fundada (e bem fundada!) nesta contenda é a do Bastonário da Ordem dos Médicos, e não a dos seus opositores. E tem toda a razão o Bastonário Pedro Nunes por mais do que uma razão, como passo a explicar.

Começo por dizer que não se descortina qualquer *contradição* entre as normas deontológicas em questão e o Código Penal.

Com efeito, segundo o n.º 1 do art.º 47.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos («Princípio Geral»), «O médico deve guardar respeito pela vida humana desde o seu início»; e o n.º 2 do mesmo artigo especifica que «Constituem falta deontológica grave quer a prática do aborto quer a prática da eutanásia»; e o n.º 3.º exclui da previsão do número anterior a realização do aborto justificado pela situação de risco para vida da mãe representada pela continuação da gravidez, regulando ainda um procedimento de verificação de tais situações.

Ora, quer o aborto quer a ajuda ao suicídio são também *prima facie* qualificadas como infracções penais e como tal punidas com penas de prisão (respectivamente pelos art.º 140.º e 134.º CP), sendo o valor tutelado (o bem penal protegido) a vida humana e desde o seu início até ao respectivo termo (*ditado este por causas naturais*). Outro tanto se diga da excepção que consta expressamente do n.º 3 (afastamento da ilicitude em caso de perigo de vida da mãe): ela está contemplada na al. a) do n.º 1 do art.º 140.º do Código Penal.

E o mesmo se passa, enfim, com a norma deontológica que garante a objecção de consciência dos médicos (art.º 30.º do CD: «O médico tem o direito de recusar a prática de acto da sua profissão quando tal prática entre em conflito com a sua consciência moral, religiosa ou humanitária, ou contradiga o disposto neste código»): também ela não afronta manifestamente qualquer disposição do Código Penal ou das normas legais que o regulam, constituindo uma aplicação aos médicos – sob a forma de um enunciado genérico – de direitos fundamen-

tais universais, nomeadamente dos que tutelam a autonomia intelectual, espiritual e técnico-científica (art.ºs 41.º e 42.º da Constituição).

Não quer isto dizer, é claro, que esta garantia constitucional (que o Código Deontológico se limita a aplicar *ta quale* aos médicos), não possa (e inclusive não deva) ser objecto de regulamentação legal, em sede de forma, organização e procedimento, nos vários domínios da vida em que o exercício da objecção de consciência possa ser suscitado. O que se afigura de todo absurdo é afirmar – como de facto afirmam o relator do parecer da CC da PGR e, na sua esteira, o ex Ministro Campos – que doravante tal clássica garantia deontológica da Ordem dos Médicos constitui (passou a constituir?) uma forma de regulação (pela via «regulamentar») de uma matéria que estaria reservada à lei.

Com efeito, a formulação da norma deontológica em questão é demasiado genérica (como é aliás próprio das normas deontológicas) para poder ser considerada «regulamentação» do que quer que seja, o que torna o argumento descabido. Ela não ocupa por isso o mesmo «espaço» da Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril (o diploma que agora regula a objecção de consciência dos médicos nas situações cuja ilicitude acabou por ser afastada): situa-se antes a um nível mais abstracto, relativamente a esta última regulamentação legal. Mais do que isso, o seu conteúdo principiológico coincide inclusive com o n.º 1 do art.º 6.º da referida lei, que também começa por enunciar o princípio geral nesta matéria: «É assegurado aos médicos e demais profissionais de saúde o direito à objecção de consciência relativamente a quaisquer actos respeitantes à interrupção voluntária da gravidez».

Resumindo e concluindo – e ao invés do que afirmam os opositores da Ordem dos Médicos – não há contrariedade entre estas normas deontológicas e a lei, como é de resto bom de ver para qualquer pessoa, mesmo sem formação jurídica.

O máximo que se pode afirmar é que

o Código Deontológico não acompanhou (não tem vindo a acompanhar) o alargamento dos casos de exclusão de ilicitude do aborto provocado.

Mas quer isto dizer que a Ordem dos Médicos está obrigada a reproduzir a par e passo, no seu Código Deontológico, a evolução legislativa nesta matéria, nomeadamente que ela tem o dever de recepcionar as demais hipóteses de exclusão da ilicitude, por força de um princípio de estrita conformidade das normas deontológicas com as opções do legislador? Ou, pelo contrário, pode o mesmo Código divergir (ainda que por simples omissão) nas suas opções valorativas, do sentido de tais mudanças?

Para responder a esta questão, há que começar por alguns esclarecimentos prévios sem os quais não é possível perceber o que está em causa.

4. Distinção entre as normas deontológicas e as normas disciplinares das Ordens Profissionais

A primeira distinção que importa ter presente (e que Vital Moreira não relewa no seu artigo) é entre as *normas deontológicas* (estejam ou não «recolhidas» num «Código Deontológico») e as *normas disciplinares* (estas sim normalmente constantes de um Regulamento Disciplinar).

As primeiras (as deontológicas) são puramente materiais e valorativas, ou seja, limitam-se a enunciar especiais deveres de conduta de natureza ética ou moral que recaem sobre os membros da correspondente comunidade profissional – podendo ainda ser acompanhadas por um juízo de desvalor ou de censura sobre o respectivo incumprimento; as segundas (as disciplinares) tipificam infracções por patamares ou categorias (por exemplo, subdividem-nas em «leves», «graves» e «muito graves») e estabelecem as correspondentes sanções (simples advertência, repreensão escrita, multa, suspensão até dois, cinco, dez anos, etc.), regulando ainda os aspectos formais e procedimentais do exercício do poder disciplinar.

As primeiras – as normas deontológicas – são de geração espontânea, ou seja, têm uma origem e um modo de formação costumeira ou consuetudinária: elas nascem da própria prática (de *praxis* muitas vezes milenares), representando as obrigações delas decorrentes um juízo de valor colectivo (no caso, da classe ou corporação médica) sobre determinadas condutas. Trata-se por isso de um ordenamento sectorial de origem costumeira, distinto da esfera de proibições e imposições do direito do Estado.

Já as segundas – as normas disciplinares – são o resultado do exercício de um verdadeiro poder normativo (regulamentar) delegado pelo Estado na Ordem, através de lei. Elas integram-se para todos os efeitos no «direito do Estado», sob a forma de regulamento administrativo.

Apenas a feitura de regulamentos como o regulamento disciplinar traduz, por conseguinte, verdadeiramente, o exercício pelas Ordens de um poder normativo delegado pelo Estado (que poderemos designar por poder regulamentar em sentido estrito ou próprio). Na verdade, no que respeita ao compêndio ou codificação das normas deontológicas, as Ordens limitam-se a exercer uma mera tarefa cognitiva e «registral» de verificação, compilação e documentação dos próprios costumes profissionais, e não a emanar verdadeiros regulamentos. Ou seja, aqui só é fonte imediata de direito a lei que converte as normas deontológicas em normas vinculativas (o mesmo é dizer, em normas assistidas por um sistema de punição que «castiga» os infractores). A *fonte de direito* não é por isso o repositório escrito, mas a própria prática, o próprio costume em si mesmo considerado, isto por força da remissão legal acima mencionada (remissão esta que implica o ser tal fonte, não obstante, uma *fonte mediata ou indirecta*: com efeito, repita-se, *fonte imediata ou directa* é apenas a própria lei remissiva).

Sublinhe-se que num sistema jurídico como o nosso – em que o Estado de-

tém o monopólio da criação do Direito, não sendo o costume fonte imediata de direito – as normas deontológicas, para terem um carácter vinculativo, têm ainda que ser convertidas pela lei do Estado em verdadeiras regras jurídicas.

E é isso que o Estado se limita a fazer relativamente às normas deontológicas das profissões agrupadas em Ordens profissionais: sempre que os órgãos político-legislativos da comunidade entendem, e na estrita medida em que entendem, o ser isso útil à comunidade global ou política (por exemplo, em função da melhor defesa dos interesses dos utentes dos serviços dos profissionais em questão), das duas uma: ou a lei por eles produzida replica ela própria os deveres deontológicos, «passando-os a escrito», e tornando-se ela mesma para todos os efeitos a ser a sua «autora», ou, em vez disso, atribui-lhes (às normas deontológicas *ta quale*) esse carácter vinculativo, com recurso à técnica remissiva – assistindo-as todavia do mesmo modo, neste último caso, através das medidas de coerção e sancionatórias que passam a constar de normas legais e regulamentares de natureza disciplinar.

Numa e noutra hipótese, pois, a lei confia às Ordens a missão (e o poder) de aplicar estas medidas.

Refira-se também que, contrariamente ao que defende Vital Moreira – e importa explicar isto ainda –, o poder regulamentar das Ordens profissionais é a meu ver muito mais limitado do que o das autarquias locais e das universidades públicas: é que as Ordens, assim como as demais associações públicas, não têm um poder regulamentar autónomo ou independente. Admitir que as compilações escritas que recolhem os costumes profissionais de cariz ético ou moral (os chamados «Códigos Deontológicos») são o fruto de um poder regulamentar independente, e não a simples verificação ou documentação de costumes para os quais a lei remete (estendendo-lhes nessa medida a sua própria força jurídica), afronta a nossa Constituição, afronta o Estado de Direito e o

princípio da legalidade da Administração.

No caso da Ordem dos Médicos (e o mesmo acontece com a maioria das Ordens Profissionais) o legislador usou a técnica remissiva (em vez de elaborar ele próprio um Código Deontológico escrito). Mas por efeito de uma tal genérica remissão, note-se, nem todas as normas deontológicas se convertem, em bloco, em regras jurídicas – nem todas têm que se converter em regras jurídicas. Por exemplo, as exigências de muitas delas não são traduzíveis em fórmulas suficientemente objectiváveis, razão pela qual tais obrigações profissionais, apesar de merecerem o consenso do respectivo meio social, continuam apenas a ser morais – enquanto outras se convertem (se podem converter) em obrigações jurídicas, ou seja, passam a ser disciplinarmente sancionáveis.

Estamos por isso e em suma a falar em dois mundos distintos que em parte se interceptam (e com mútua vantagem), mas que não se confundem.

Por um lado, temos o mundo da comunidade profissional, com a sua moral ou ética própria, com as suas normas deontológicas muitas vezes milenárias – comunidade essa que, todavia, e ao contrário do que chegou a acontecer noutros tempos (nomeadamente na Idade Média), não tem em hoje legitimidade política e jurídica para por si só impor tais normas a todos os «oficiais do mesmo ofício».

E por outro lado temos o mundo do Estado e da Administração Pública, com as suas leis, os seus regulamentos, a sua organização, Estado e Administração esses detentores do monopólio da força e da coacção – os quais apenas «aproveitam» a comunidade profissional e as suas regras, como «força viva» existente no seio da sociedade, «personificando» a mesma comunidade (erigindo-a em pessoa colectiva pública associativa – em «Ordem profissional») e conferindo força jurídica ou coercibilidade às suas normas próprias quando e na medida em o interesse colectivo saia (também) com isso beneficiado.

5. Contradição valorativa versus contradição normativa

É pelas razões que acabo de explanar destituída de fundamento a qualificação de «ilegal» de uma norma deontológica, sempre que se constate uma contradição valorativa entre tal norma e a lei do Estado – sobretudo quando, como vimos, tal contradição se não verifica ao nível dos enunciados normativos expressos, antes decorrendo de uma omissão da (suposta) fonte «inferior».

É que, por definição, ao emergir uma tal contradição, reduz-se do mesmo passo o alcance da lei remissiva, deixando automaticamente a lei do Estado de assistir as normas deontológicas em causa com a atribuição do carácter vinculativo próprio das normas jurídicas. Melhor dizendo, deixa a lei do Estado de assistir tais normas em toda a amplitude que a omissão da actividade normativa «actualizadora» da Ordem permite supor, ao não excepcionar o Código Deontológico, positivamente, os demais casos de exclusão de ilicitude que não o do perigo de vida da grávida.

Assim sendo, nos casos em que, por omissão do Código Deontológico (que não acompanhou a evolução legislativa), a conduta do médico continua afinal a ser censurada, ela (conduta), nesses casos (que apenas a lei passou a excepcionar), deixa pura e simplesmente de ser ilícita, e por conseguinte não pode mais o seu autor ser punido por aplicação do regime disciplinar.

Trata-se de um mecanismo similar ao da revogação implícita de uma qualquer norma legal por uma outra norma legal posterior (ou, melhor dizendo, de redução por uma norma legal posterior do âmbito de aplicação de uma norma legal anterior). Com efeito, não sendo a revogação (*rectius*, a redução) expressa, nem por isso a norma legal anterior incompatível com a norma legal superveniente deixa de existir: ela extingue-se do mesmo modo (melhor dizendo, o seu âmbito de aplicação reduz-se do mesmo modo). A única diferença no nosso caso é que,

extinguindo-se a norma legal – melhor dizendo, reduzindo-se quanto às normas deontológicas em questão a remissão operada pela lei aos casos que a mesma lei continua a punir –, sobrevive de todo o modo (*enquanto sobreviver na consciência colectiva da comunidade*) a norma deontológica com o seu âmbito originário, na qualidade de norma apenas ética ou moral.

Não há por isso *contrariedade*, não há por isso *invalidade* da fonte inferior (do putativo «regulamento deontológico») por contrariar esta uma fonte que lhe é superior (a lei), e não subsistem tais *contrariedade* e *invalidade* pela pura e simples razão de *que falta o pressuposto do conflito entre duas normas jurídicas do mesmo ordenamento* (no caso do ordenamento estadual).

Não se entende pois sequer o que o pretendem os opositores do actual Código Deontológico da Ordem dos Médicos. Ou por outra, até se percebe muito bem: percebe-se que, não obstante as normas deontológicas em questão terem sido retiradas do ordenamento jurídico geral e remetidas à condição de simples normas éticas ou morais, eles querem mais, muito mais: pretendem coagir a comunidade dos médicos a mudar a sua ética ancestral, a sua deontologia própria, a sua moral, forçando-a no imediato a – por assim dizer – a «apagá-las» do chamado Código Deontológico, o mesmo é dizer, a suprimi-las da própria consciência colectiva da comunidade profissional em causa.

Mas tal pretensão é obviamente desprovida de sentido. Não só a deontologia médica é assunto de médicos, e isso di-lo o mais elementar bom senso, como se compõe de normas que se formam, se alteram e se extinguem de modo muito diferente do direito estadual. Tais normas não se mudam «voluntaristicamente», por decreto. Na minha opinião, os próprios órgãos dirigentes da Ordem dos Médicos, mesmo que quisessem proceder a uma tal alteração, não teriam legitimidade para tanto, pois, repita-se, cabe-lhes apenas a tarefa puramente cognitiva de verificar a emergência, a evolução ou a ca-

ducidade das normas deontológicas, e de documentar isso mesmo no seu «Código Deontológico» – e o mesmo se diga, por identidade de razão, quanto aos mecanismos referendários que agora se anunciam.

Em suma, para o Estado, a palavra de ordem, é «take it, or leave it»: se o Estado legislador não quer «levar» ou aproveitar as normas em causa como normas jurídicas ou vinculativas, então «leave it» – o mesmo é dizer, deixe-as em paz, deixe em paz os médicos, a sua Ordem e as suas normas, pois não lhe resta outra alternativa.

6. De volta à questão da autonomia das Ordens Profissionais

Um último comentário, ainda nesta matéria. No seu artigo, Vital Moreira não se cansa de sublinhar a natureza pública ou «oficial» da Ordem dos Médicos, para justificar a necessidade da sua submissão ao Estado e à lei do Estado. Mas sem razão, no que respeita ao que aqui está em causa, pois a personificação da comunidade dos médicos, por lei do Estado, numa entidade pública unitária de inscrição obrigatória – a quem a mesma lei atribui poderes de custódia do registo profissional e poderes disciplinares (regulamentares e decisórios) para punir a inobservância dos deveres deontológicos próprios da profissão colegiada pelos profissionais inscritos ou registados – não torna a organização que enquadra publicisticamente esta comunidade profissional (a Ordem dos Médicos) num simples braço do Estado.

Com efeito, as Ordens profissionais são associações públicas de entidades privadas que dão expressão ao princípio da participação dos interessados nos assuntos públicos que dizem respeito à profissão exercida pelos seus membros. Mas nem por isso os profissionais colegiados em «Ordens» deixam de ser pessoas (individuais) privadas – mantendo (devendo manter) colectivamente, comunitariamente, uma vida própria, com valores próprios, com uma ética e uma moral específicas que não têm que se identificar com os (putativos) valo-

res (ou anti-valores) ocasionalmente assumidos pelo Governo e pela Administração do Estado. A que propósito é que se aboliria aqui a fundamental distinção entre Estado e Sociedade?

E é precisamente por isso – e nessa estrita medida – que as Ordens profissionais integram a chamada *administração autónoma*: a lei atribui-lhes uma muito ampla autonomia administrativa precisamente para elas poderem preservar frente ao Estado (frente aos Ministros Campos deste mundo...), e em tudo o que respeita à profissão em causa, quer a autonomia técnico-científica dos seus membros, quer a sua autonomia valorativa ou espiritual, tendo esta última a sua expressão máxima na deontologia profissional e na protecção da liberdade de consciência (individual e colectiva) dos respectivos membros.

Resumindo e concluindo, mantendo-se (por omissão) o juízo colectivo negativo da classe médica sobre a realização do aborto provocado em todas as circunstâncias que não as da necessidade de salvaguarda da vida da grávida, mantém-se por si mesmas as normas deontológicas que o traduzem, pois estas normas não são por definição «revogáveis», enquanto práticas reiteradas acompanhadas da convicção da respectiva obrigatoriedade *moral* – e elas mantêm-se com todas as consequências, as quais todavia se resumem *ipso facto*, pelas razões já explicadas, à mera censura moral desta comunidade profissional sobre todo o seu membro que as não observe.

7. O crucial papel das Ordens Profissionais na defesa dos direitos fundamentais

Enfim, importa focar o aspecto que a meu ver mais importância reveste, e que tem a ver com a *tutela dos direitos fundamentais* – o qual foi abordado por Luís Brito Correia, também no jornal «Público», na edição de 01.12.2007. Há que perceber primeiro a razão pela qual apenas alguns profissionais (como os médicos, os advogados, os arquitectos) gozam do privilégio de poderem

ser erigidos colectivamente em entidades públicas por si totalmente controladas (nas chamadas Ordens), sem perda do carácter privado da profissão que exercem, enquanto a esmagadora maioria da população activa se tem que limitar a constituir e a integrar sindicatos e outras associações de natureza privada. Como é que isso é possível, face aos princípios constitucionais da igualdade e da imparcialidade, os quais (e não havendo uma razão forte justificativa de tais opções) impediriam o próprio legislador de atribuir a esses cidadãos uma tal prerrogativa?

Como se sabe, as Ordens profissionais destinam-se a agregar indivíduos que cumulativamente (1) possuem uma qualificação universitária (a qual certifica formal e publicamente o domínio de um determinado ramo do saber humano, de uma ciência e de uma técnica especialmente qualificada), (2) aplicam os conhecimentos adquiridos como modo de vida, através do exercício de uma actividade profissional correspondente à sua formação superior, (3) incidindo tal actividade por definição e de forma especial sobre bens e interesses colectivos de especial relevância. Por isso colocam-se os mesmo indivíduos em simultâneo no âmbito de protecção de dois direitos fundamentais, designadamente, da liberdade de profissão e da liberdade de ciência, consagrados respectivamente no art.º 47.º, n.º 1 e 42.º da Constituição.

De modo similar ao que sucede com os docentes universitários – cujas instituições, as universidades, mesmo as que são entidades públicas, gozam face ao Estado de uma autonomia que mais não é do que um direito de defesa colectivo dos cientistas que as integram –, emerge aqui igualmente em benefício dos médicos e outros profissionais liberais a *dimensão funcional* da liberdade de ciência, enquanto direito fundamental que se reconhece aos cidadãos dedicados às actividades objecto desta específica protecção jusfundamental.

E o que quer dizer essa dimensão funcional? Quer dizer que os médicos, os advogados, os arquitectos, etc., não são encarados no nosso espaço civilizacio-

nal apenas como simples profissionais: eles são também perspectivados, na sua condição de membros da comunidade, em função dos valiosos interesses que os seus concidadãos lhes confiam, os quais justificam certas medidas de protecção e promoção em seu exclusivo benefício e sobretudo a atribuição de determinadas competências e funções que possibilitam a respectiva participação nos assuntos públicos relativos à profissão em causa.

Assim, aos exercentes colegiados nas Ordens, dada a sua qualidade de profissionais universitariamente titulados, e sendo eles também «titulares qualificados» da liberdade de ciência (e como tal reconhecidos, segundo o sistema vigente de formais habilitações e qualificações), são concedidos pela Constituição e pela lei, através da instituição de uma associação pública – forma suprema de participação dos interessados em tarefas públicas – uma liberdade de acção, uma protecção privilegiada e mesmo uma ou outra prerrogativa de autoridade sobre terceiros, em razão não da tutela dos seus próprios interesses, mas do interesse geral; ou seja, é-lhes atribuída desse modo uma verdadeira função social. Aqui como na autonomia universitária o esquema de auto-administração funda-se nos direitos fundamentais e no interesse geral.

É desde logo essa qualidade que torna constitucionalmente admissível o supremo privilégio conferido a estes profissionais de se julgarem a si mesmos em matéria de disciplina profissional. Às Ordens incumbe ainda (podendo e devendo fazer-se valer para tanto de todo o peso institucional que lhes é conferido pelas suas vestes públicas) proteger as liberdades científica e profissional dos seus membros face quer ao Estado, quer aos poderes sociais – cabendo-lhes uma importante missão sobretudo no apoio aos profissionais colegiados que desenvolvam a respectiva actividade em regime de trabalho subordinado, sempre que as entidades patronais ameacem a sua área de autonomia técnica, científica e deontológica.

Em suma, a justificação para a existência das poucas Ordens existentes reside na necessidade de os profissionais por elas agrupados melhor se poderem defender do Estado e de outros poderes sociais, evitando interferências estranhas na sua organização e funcionamento que constituam uma ameaça às liberdades de profissão e de ciência dos seus membros. Pense-se no caso especial da Ordem dos Advogados, sendo como são estes profissionais, enquanto profissionais livres (condição que os juizes já não partilham), e como já alguém disse, o «último refúgio da liberdade» em qualquer sociedade ameaçada pelo totalitarismo; e pense-se também no caso que ora se discute da Ordem dos Médicos.

É que as Ordens profissionais, não obstante o revestirem uma natureza pública, podem-se sujeitar aos mesmos perigos de intervenção estadual a que se sujeitam as pessoas jurídicas de direito privado, sendo por isso forçosa a aplicação de um idêntico esquema de direitos de defesa. E por isso, sempre que os seus membros, os utentes dos seus serviços, ou ainda as pessoas em geral, se vejam ameaçados nos seus direitos fundamentais (naturalmente, apenas naqueles direitos que tenham alguma relação com o objecto da profissão colegiada em questão), estão elas (Ordens) autorizadas a defender tais direitos face ao Estado e a outros terceiros, recorrendo para tanto aos tribunais, e exercendo se necessário o direito de resistência consagrado no art.º 21.º da Constituição.

O caso que ora se discute do aborto ajusta-se na perfeição à ideia de «competência alargada para a defesa de direitos fundamentais» que constitui a suprema justificação da existência de qualquer Ordem profissional. Assim, e no exercício dessa competência, pode e deve a associação pública profissional que agrega os médicos, para fazer valer publicamente o juramento de Hipócrates, tomando todas as medidas consentidas num Estado de direito para defender a (humana) vida dos nascituros. E não há qualquer dúvida que as normas deontológicas que enfureceram o Ministro Campos se limitam «defensivamente» a visar esse desiderato. Como lembra Brito Correia, a Constituição continua a dispor no seu artigo 24.º que «a vida humana é inviolável». Ora, as normas em crise não fazem mais do que cumprir este imperativo constitucional, conjurando cada médico a abster-se individualmente de eliminar vidas humanas desde o início dessas mesmas vidas humanas: elas limitam-se inclusive a um «mínimo ético», não recomendando sequer aos médicos por exemplo que tentem (por assim dizer «pro-activamente») persuadir a grávida que porventura os procurem nesse contexto do seu intento de eliminar o nascituro.

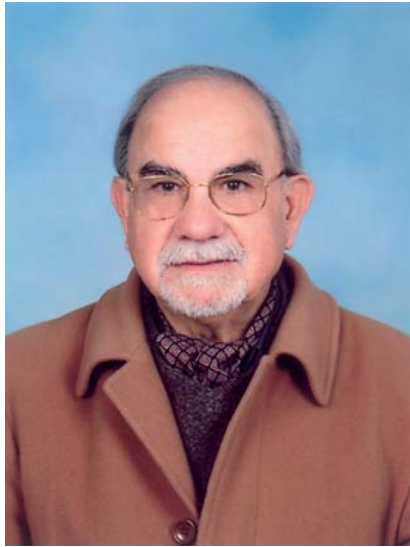
Recorde-se, uma vez mais, que o aborto é em si mesmo um mal, por ser sempre e por definição um atentado à vida humana protegida pelo art.º 24.º da Constituição. O facto de o Código Penal ter despenalizado tal prática em determinadas circunstâncias (e independentemente da bondade desta opção) não significa por

si qualquer inversão dos valores consagrados na Lei Fundamental, mas tão só que (bem ou mal – e a meu ver mal...) a sanção penal, em virtude de uma reponderação dos bens em presença (carácter incipiente da vida em gestação, a consideração da sanção penal como um último recurso, etc.) deixou de ser considerado um meio proporcionado e adequado de prevenção desse flagelo.

É por isso escandalosamente inconstitucional o afastamento dos médicos objectores de consciência da consulta a que a lei sujeita obrigatoriamente as mulheres que «optam» pelo aborto nas primeiras dez semanas de gestação do nascituro: pelo contrário, e por imperativo constitucional, esta consulta deveria ser orientada no sentido de desincentivar a grávida de levar por diante o seu intento, ou seja, deveria a lei, pelo contrário, privilegiar a presença desses médicos em tais consultas.

Perante uma lei injusta e as também injustas e injustificadas invectivas do poder político, subscrevo por inteiro as palavras com que Brito Correia termina o artigo acima citado: ao abrigo do art.º 21.º da Lei Fundamental todos temos o direito de resistir, inclusive a Ordem dos Médicos enquanto entidade pública especialmente mandatada para a defesa dos direitos fundamentais – quanto mais não seja para nos justificarmos perante os nossos netos, que hão-de olhar com horror para esta época bárbara onde os poderes públicos e a lei do Estado não apenas permitiam, mas inclusive incentivavam o massacre dos inocentes.

CRUZEIRO NA HISTÓRIA DA MEDICINA



Hermes de Oliveira Castanhas
Médico

Naquela tarde a agência de viagens encontrava-se fechada. Um aviso afixado no vidro da porta informava que o cruzeiro fora suspenso porque o barco do pensamento, subitamente, recolhera à Docca. No modesto saco de bagagem da memória encontrava-se o bilhete de viagem para a linda cidade alemã de Wurzburg. A sua Universi-

dade foi um verdadeiro farol que iluminou, com os seus raios invisíveis, o conhecimento dos físicos no final do século XIX.

Foi nesta pausa do cruzeiro e na esperança de vencer as vicissitudes inesperadas do cancelamento da saída para Wurzburg, que me surgiu uma lembrança dos tempos de Coimbra para prestar homenagem ao já falecido Professor Dr. Bártolo do Valle Pereira e ao seu assistente Dr. Adriano Pimenta, cirurgião reformado do Hospital Distrital de Aveiro, ora ocupado com o restauro de relíquias dos seus antepassados.

Os trabalhos de investigação de circulação dos vasos linfáticos realizados no edema das pernas e principalmente nos tumores malignos do tubo digestivo foram testemunhados por linfogramas notáveis, com a utilização de uma seringa especial (Figura 1).

Estes estudos foram iniciados há 50 anos nos Hospitais da Universidade de

Coimbra (H.U.C.), nas enfermarias 4^a CH e 4^a CM (Cirurgia Homens e Cirurgia Mulheres), sob a direcção do Professor Bártolo.

O método da linfografia consistia em injectar um produto de contraste (lipiodol ultrafluido) nos capilares linfáticos, procurados no dorso do pé, ao nível do primeiro espaço interdigital. A seringa utilizada foi construída numa oficina em Lisboa, idêntica à utilizada pelo Professor António Martins do Hospital do Ultramar, o qual publicou o seu livro de Doutoramento sobre linfografia, em estimada brochura.

Para visualizar os capilares linfáticos e provocar a sua dilatação injectava-se, previamente no tecido celular subcutâneo, um corante «Panténe blue» chamado «azul Panténe».

Nos H.U.C., o Dr. Adriano Pimenta utilizou a linfografia não só na linfaedema da perna, mas sobretudo em doentes cancerosos, nomeadamente nos tumores do tubo digestivo, para visualizar metástases nos gânglios linfáticos intra-abdominais que, na sua existência, surgiam no linfograma como imagens de subtracção ou de bloqueio do tronco linfático. A execução destes exames durava horas de espera para assistir à progressão do contraste, que periodicamente era forçado pelo mecanismo do parafuso micrométrico, adicionando muito lentamente o êmbolo da seringa e evitando, desta maneira, a rotura dos capilares.

Este modelo especial de seringa de linfografia deve ser uma peça rara, encontrando-se no museu «Casa do Dr. Hermes».



Figura 1 – Seringa de linfografia

Livros

Compreender a bioética

«**Bioética simples**» é o nome do livro que reúne os nomes de Maria do Céu Patrão Neves e Walter Osswald (ver caixa). O porquê desta união é explicado pelos próprios, no prefácio deste trabalho: «Pareceu-nos que a associação de uma filósofa com especialização em Bioética e de um médico, que há muitos anos se dedica à mesma área, poderia cobrir satisfatoria-

mente os diversos temas a tratar e servir de exemplo do tipo de colaboração que o trabalho em Bioética, essa transdisciplina, fomenta e exige».

Como se explica no prefácio, «fazia falta um livro de texto que não pretendesse ser um manual nem apenas uma introdução à Bioética, antes correspondesse à necessidade de quem se interessa (...) em rápida leitura, inteirar-se do que é, para que serve, como trabalha e a quem se destina esta nova área do pensamento humano». Os destinatários deste livro são, portanto, todos aqueles que, por uma razão ou outra, já ouviram falar de Bioética, mas ainda desconhecem o seu verdadeiro significado.

Assim, quem ler «Bioética simples» fica a saber que o termo bioética é relativamente recente, tendo conhecido uma maior expressão em meados da década de 90, «no desenvolvimento do

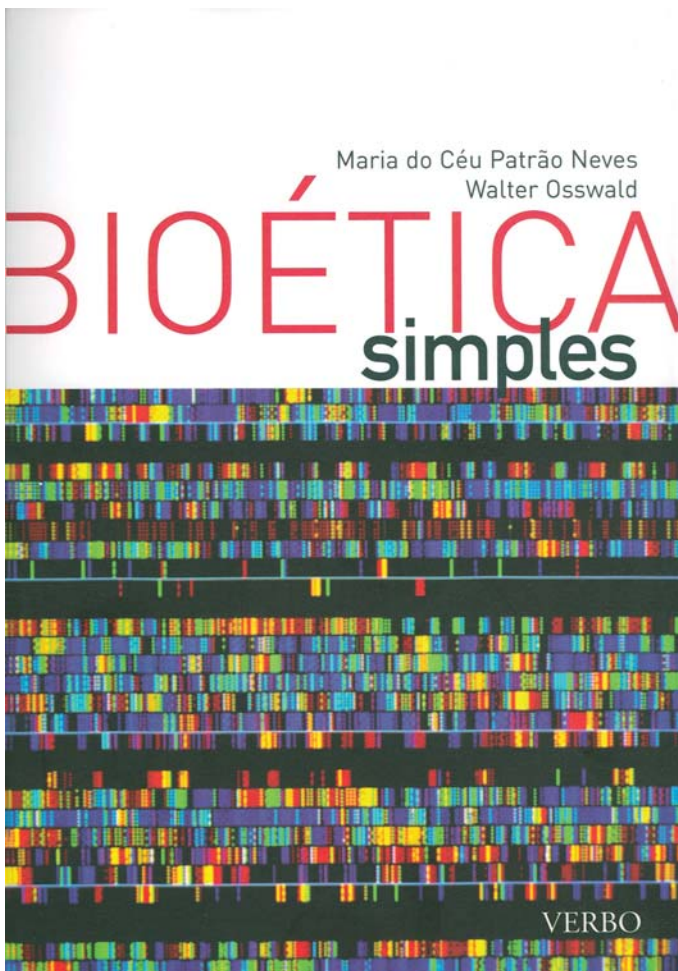
seu processo de institucionalização e ensino». «Bioética é um domínio transdisciplinar da reflexão e da prática sobre as implicações éticas decorrentes dos progressos biotecnológicos no plano humano, animal e ambiental», e tem vindo a desenvolver-se «por diferentes vias complementares como sejam a académico-científica, através da investigação e do ensino, e a institucional, através das comissões que se lhe dedicam».

Maria do Céu Patrão Neves

Maria do Céu Patrão Neves é Professora Catedrática de Ética da Universidade dos Açores, tendo formação específica na área da Bioética. Realizou um doutoramento no Kennedy Institute of Ethics, em Georgetown University (Washington, D.C.). Actualmente, integra o grupo de especialistas de ética do «Global Ethics Observatory», da UNESCO; o «Conselho de Directores» da International Association of Bioethics e também a sua Comissão Executiva, sendo a Coordenadora das International Networks da IAB; o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, pertencendo também à sua comissão coordenadora; a Comissão de Ética para a Saúde no Hospital de Ponta Delgada; fundadora e coordenadora do Pólo Açores do Centro de Estudos de Bioética. Na área da Bioética é coordenadora de alguns livros colectivos, sendo ainda autora de cerca de cem artigos em revistas nacionais e estrangeiras.

Walter Osswald

Walter Osswald é Professor Catedrático (aposentado) da Faculdade de Medicina na Universidade do Porto. Foi membro e coordenador de grupos de trabalho sobre protecção do embrião e do feto da Comissão Europeia e actualmente é Conselheiro do Instituto de Bioética da Universidade Católica Portuguesa e presidente da Comissão de Bioética em Saúde do Centro Hospitalar do Conde de Ferreira. É autor de dois livros sobre questões de Bioética e co-coordenador de cinco obras médicas e três do âmbito da Bioética, além de 470 artigos em revistas nacionais e além-fronteiras.



ABATIMENTOS E DEDUÇÕES AOS RENDIMENTOS DE 2008

I. ABATIMENTOS

1.1 – Dedução específica do trabalho dependente (Art.º 25.º do CIRS):

72% de 12 vezes o salário mínimo mais elevado ou o valor das contribuições totais pagas efectivamente à Segurança Social quando superiores.

1.2 – Dedução Específica de Pensões (Art.º 53.º do CIRS):

Tem o limite de € 6.000,00

Porém, se o rendimento bruto da categoria H exceder € 30.000,00, este limite de € 6.000,00 será reduzido até à sua concorrência de 13% da Parte que exceder os € 30.000,00.

1.3 – Organizações Sindicais (Art.s 25.º e 53.º):

Valor pago acrescido de 50% até ao limite de 1% do rendimento bruto de trabalho dependente ou de pensões.

1.4 – Pensão de Alimentos (Art.º 56.º): Totalidade dos encargos quando fixados na respectiva sentença judicial.

1.5 – Rendimentos profissionais (Recebos verdes) – Regime simplificado (Art.º 31.º):

O rendimento bruto é abatido de 30% para despesas e encargos, não sendo necessários quaisquer documentos. Não poderá resultar um rendimento líquido global inferior a metade do valor anual do retribuição mínima (€ 2.982,00).

1.6 – Rendimentos prediais (Prédios arrendados) (Art.º 41.º):

As despesas de conservação e manutenção suportadas são abatidas, quando devidamente documentadas bem como o respectivo IMI (Imposto Municipal sobre Imóveis).

2. DEDUÇÕES À COLECTA

2.1 – Despesas de Saúde (Art.º 82.º)

30% das despesas efectuadas com bens e serviços com IVA às taxas de 0% e 5%, sem limite.

As despesas com bens e serviços com IVA à taxa de 21%, são limitadas a 2,5% daquelas despesas ou a € 62,00, desde que documentadas com receitas médicas (al. d) do Art.º 82.º):

2.2 – Despesas de educação e de formação profissional (Art.º 83.º):

30% das despesas suportadas com o limite de 160% da retribuição mínima nacional mensal (€ 644,80). Nos agregados com 3 ou mais dependentes, o limite é elevado em 30% por cada dependente (€ 765,70).

2.2.1 – São dedutíveis à colecta 30% da totalidade das despesas efectuadas com a educação e reabilitação do sujeito passivo ou dependente com deficiência maior ou igual a 60%, bem como 25% da totalidade dos prémios de seguro de vida (art.º 87.º n.º 2)

Porém, a dedução dos prémios de seguros não pode exceder 15% da colecta de IRS.

2.3 – Juros e amortizações de imóveis para habitação própria e permanente, rendas pagas pelos inquilinos (contratos posteriores a 15/10/91) e entregas para cooperativas de habitação (Art.º 85.º):

30% dos encargos com o limite de € 586,00.

2.4 – Encargos com lares e outras instituições de apoio à terceira idade relativos a sujeitos passivos, bem como dos encargos com lares e residências autónomas para pessoas com deficiência, seus dependentes, ascendentes

e colaterais até ao 3.º grau que não possuam rendimentos superiores à retribuição mínima (Art.º 84.º):

25% das despesas com o limite de 85% da retribuição mínima mensal (€ 362,10).

2.5 – Prémios de seguros de vida, acidentes pessoais e fundos de pensões, 25% das despesas com o limite de (Art.º 86.º):

Casados – € 124,00; não casados – € 62,00.

6.6 – Prémios de seguros de saúde (Art.º 86.º, n.º 3):

30% dos encargos com os limites de: Casados – € 164,00; não casados – € 82,00

Por cada dependente a seu cargo os limites são elevados em € 41,00.

2.7 – Custos com equipamentos novos para utilização de energias renováveis e equipamentos para produção de energia eléctrica ou térmica por microturbinas, com potência até 100 W que consumam gás natural (Art.º 85.º, n.º 2):

30% das despesas com o limite de € 777,00 € (desde que não sejam susceptíveis de ser considerados custos da categoria B).

2.8 – DEFICIENTES:

São dedutíveis à colecta por cada sujeito passivo com deficiência igual ou maior que 60% uma importância correspondente a 3,5 a retribuição mínima mensal (€ 1.491,00), bem como 1 retribuição mínima mensal por cada ascendente que viva em comunhão de habitação com o declarante e não afigure mais que uma retribuição mínima mensal nacional (Art.º 87.º).

Se a invalidez for superior a 90% en-

tão a dedução por cada sujeito passivo é de 5,5 retribuições mínimas nacionais (€ 1.612,00).

2.9 – Os pagamentos por conta e as retenções (Art.º 78.º, n.º 2):
Sem qualquer limite.

7. MANIFESTAÇÕES DE FORTUNA (Art.º 89.º-A da LGT)

Devem ser declaradas tratando-se das seguintes aquisições:

- Imóveis de valor igual ou superior a 250.000,00 €
- Automóveis ligeiros de passageiros de valor igual ou superior a 50.000,00 €
- Motociclos de valor igual ou superior a 10.000,00 €
- Barcos de recreio de valor igual ou superior a 25.000,00 €
- Aeronaves de turismo
- Suprimentos e empréstimos feitos no ano, de valor igual ou superior a 50.000,00 €.

BENEFÍCIOS FISCAIS

8. COMPUTADORES PESSOAIS NOVOS, bem como software e aparelhos de terminal (art.º 64.º do EBF)

50% das despesas de aquisição, com o limite de € 250,00.

Este benefício só pode ser utilizado uma vez durante os anos de 2006 a 2008.

- É necessário ainda que o sujeito passivo ou qualquer dependente frequente qualquer nível de ensino.

- Que a factura tenha o número fiscal do adquirente e contenha a menção «uso pessoal».

- Que a taxa de IRS seja inferior a 42%.

9 PPR (Art.º 21.º do EBF)

São dedutíveis à colecta 20% dos valo-

res aplicados em PPR até ao limite de: € 400,00 – se o sujeito passivo tiver menos de 35 anos.

€ 350,00 – se o sujeito passivo tiver entre 35 e 50 anos.

€ 300,00 – se o sujeito passivo tiver idade superior a 50 anos.

Os reformados não têm direito a esta dedução.

6. MECENATO (Art.ºs 56.º-D e E do EBF)

6.1 – São dedutíveis, sem limite, 25% das doações ao Estado, Regiões Autónomas, Autarquias e seus serviços. Associações de Municípios e de Freguesias.

Fundações em que o Estado participe no património inicial.

Fundações com fins de natureza social ou cultural.

6.2 – São dedutíveis 25% das restantes doações com o limite de 15% da colecta:

IPSS; PCUP;

Centros de cultura; etc.

6.3 – São dedutíveis à colecta 25% dos donativos concedidos a igrejas, instituições religiosas, pessoas colectivas de fins não lucrativos pertencentes a confissões religiosas ou por elas instituídas, sendo a sua importância considerada em 130% do seu quantitativo,

com o limite de 15% da colecta.

PAGAMENTOS POR CONTA

Estes pagamentos, quando devidos, devem ser pagos até ao dia 20 dos meses de Julho, Setembro e Dezembro.

NÚMERO FISCAL DE CONTRIBUINTE

Qualquer alteração, nomeadamente da residência, deve ser comunicada no prazo de 15 dias em qualquer serviço de finanças ou na loja do cidadão, podendo também fazer-se através da internet.

A Retribuição Mínima Nacional para 2008 é de € 426,00.

Quaisquer dúvidas ou esclarecimentos sobre matéria fiscal poderão ser tratados todas as 3.ªs e 5.ªs Feiras, das 10 às 13 horas nas instalações da Ordem dos Médicos, sitas na Avenida Gago Coutinho, 151 em Lisboa.

TABELA DE IRS DE 2008 no Continente (Art.º 68.º)

RENDIMENTO COLECTÁVEL (euros)	TAXAS (%) Normal	TAXAS (%) Média
Até 4 639	10,5	10,500 0
> 4 639 a 7 017	13	11,347 2
> 7 017 a 17 401	23,5	18,599 4
> 17 401 a 40 020	34	27,303 7
> 40 020 a 58 000	36,5	30,154 5
> 58 000 a 62 546	40	30,870 1
> 62 546	42 (a)	

(a) rectificado pela Declaração de Rectificação n.º 2/2008, de 28 de Janeiro

EVENTO: VI JORNADAS DE PNEUMOLOGIA EM MEDICINA FAMILIAR DOS AÇORES E CONTINENTE

LOCAL: Horta, Faial

DATA: 3 e 4 de Julho

CONTACTOS: Prismedica; Tel. 21 358 43 80

E-MAIL: congressosprismedica.pt

EVENTO: CURSOS DE ACTUALIZAÇÃO EM UROLOGIA

LOCAL: Barcelona, Espanha

DATA: 10 a 13 de Julho

EVENTO: I^{as} JORNADAS DE REUMATOLOGIA PRÁTICA EM CUIDADOS PRIMÁRIOS

LOCAL: Vale de Lobo, Algarve

DATA: 11 a 13 de Setembro

CONTACTOS: Prismedica; tel: 21358 43 80

EVENTO: ECTRIMS 2008 – 24TH CONGRESS OF THE EUROPEAN COMMITTEE FOR TREATMENT AND RESEARCH IN MULTIPLE SCLEROSIS

LOCAL: Montreal, Canadá

DATA: 17 a 20 de Setembro

EVENTO: 6º CURSO PÓS GRADUADO SOBRE ENVELHECIMENTO

LOCAL: Auditório dos HUC

DATA: 18 a 19 de Setembro

CONTACTOS: Serviço de Medicina I dos HUC

tel: 239 400 437; Fax: 239822537

EVENTO: CURSOS DE ACTUALIZAÇÃO EM UROLOGIA

LOCAL: Madrid, Espanha

DATA: 25 a 28 de Setembro

EVENTO: XXIII JORNADAS DE CARDIOLOGIA DO SUL E REGIÕES AUTÓNOMAS

LOCAL: Cascais

DATA: 3 a 4 de Outubro

CONTACTOS: Serviço de Cardiologia Centro Hospitalar de Cascais; tel: 21 482 77 00 – Fax: 21 482 0185

EVENTO: 3º CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS

LOCAL: Lisboa

DATA: 6 de Outubro

CONTACTOS: Serv. Doenças Infecciosas dos Hospitais Curry Cabral e Santa Maria

EVENTO: 21^{as} JORNADAS DE CARDIOLOGIA DO HOSPITAL EGAS MONIZ

LOCAL: Lisboa

DATA: 16 a 17 de outubro

CONTACTOS: E-mail: cardiologiahegamoniz.min-saude.pt

EVENTO: XXXII WORLD CONGRESS OF THE INTERNATIONAL SOCIETY OF HEMATOLOGY

LOCAL: Bangucoque, Tailândia

DATA: 19 a 23 de Outubro

EVENTO: CURSOS DE ACTUALIZAÇÃO EM UROLOGIA

LOCAL: Madrid, Espanha

DATA: 28 a 29 de Novembro

EVENTO: 3 REUNIÕES CIENTÍFICAS SOBRE OSTEOPOROSE

LOCAL: Milão, Itália

DATA: 29 de Novembro

Sociedade Portuguesa de Escritores e Artistas Médicos

Foram reeleitos os representantes da direcção da SOPEAM para 2008/2009. Assim, a constituição dos corpos gerentes mantém-se a seguinte:

Assembleia geral

Fernando de Matos Rodrigues (presidente), Maria Ofélia Bomba (vice-presidente), Maria Manuel Açafrao e Maria Teresa de Sousa Fernandes (secretárias da AG);

Conselho Fiscal

Henrique Correia Pinto (presidente), Joaquim Pinto Serra e Luísa Quintela (vogais);

Direcção

Luís Lourenço (presidente), Baltazar de Matos Caeiro (vice-presidente), Maria das Dores Borges de Sousa (secretária geral), Maria José Leal (secretária adjunta), Leonor Duarte (tesoureira), José Cartaxeiro Pego e Carlos Cruz de Oliveria (vogais).

Prémios SOPEAM – 2007

O 1º lugar no Prémio Fialho de Almeida para ficção foi atribuído a Jorge Seabra pela sua obra «O cão andaluz». António Ramalho foi o primeiro classificado no Prémio Mário Botas para pintura com a obra «Rostos da velhice». No âmbito deste prémio foi também atribuída uma menção honrosa a Leonor Duarte pelo seu quadro intitulado «Dilema». Em 2007 não foi atribuído o Prémio Abel Salazar para ensaios.