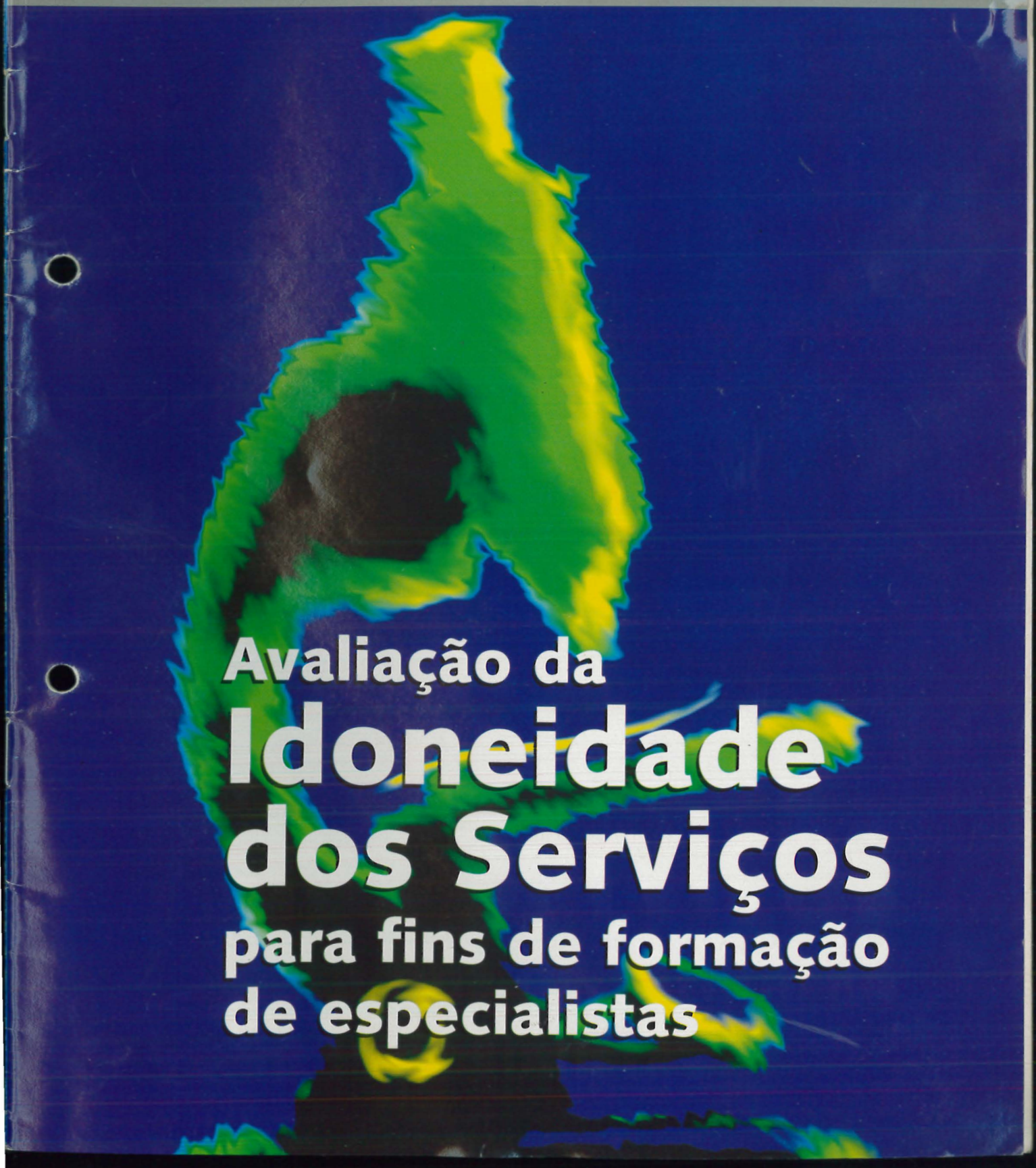
JUNHO 1994

Ordem dos Médicos

REVISTA



Avaliação da Idoneidade dos Serviços para fins de formação de especialistas

Carreiras Médicas

Dr. Alberto Queiroz
Presidente do Conselho Regional do Centro

As Carreiras Médicas foram criadas na sequência de uma movimentação da classe médica, decorrente da notória insatisfação dos profissionais perante as necessidades assistenciais da população e da falta de perspectivas de evolução técnico-científica da medicina portuguesa.

Estava-se em finais da década de 50 e constatava-se a desadequação do exercício médico à evolução científica, social e económica que o mundo sofria. A obrigatoriedade de harmonizar os avanços científicos das ciências médicas, ao alargamento do âmbito de actuação da medicina e distribuição dos seus benefícios pela população, impôs ao conjunto da classe a necessidade de uma expressão das suas angustias profissionais e o abrir do debate sobre as possíveis soluções. Desta realidade emergiu um conjunto de contributos que vieram de discussões por todo o país e que a Ordem dos Médicos conseguiu globalizar e sintetizar no "Relatório sobre as Carreiras Médicas" publicado em 1961. É neste alicerce que se vai fundamentar a legislação posterior que criou as Carreiras e que foi responsável pelo salto qualitativo que se verificou, tanto na assistência, como na formação profissional dos médicos. Eram pressupostos básicos na altura da elaboração do referido relatório, o melhorar da assistência, as condições de trabalho, o acesso à formação pós-graduada a todos, a estabilidade económica, a dignidade da profissão e o elevar o nível da preparação científica. Passados estes anos teremos que reconhecer que praticamente todos os desideratos então formulados foram atingidos e não fossem algumas desarticulações e desintonias hoje teríamos uma medicina mais prestigiada e uma população mais satisfeita.

É pressuposto da carreira profissional a sua fluência pelos serviços interdependentes, hierarquicamente escalonados e diversificados de acordo com as suas funções, previamente definidas e integradas numa política global de saúde. Todos sabemos das desconexões existentes, dos alçapões que se foram criando, dos desvirtuamentos que se introduziram. Pese embora todas as vicissitudes porque passaram as carreiras, elas são hoje o sustentáculo da diferenciação técnica, da aprendizagem no exercício, da igualdade no acesso e fundamentalmente a possibilidade de disponibilizar ao cidadão os melhores cuidados, independentemente da sua situação socio-económica. Não se vislumbra qualquer alternativa viável e credível e é notório, que mesmo os Colegas que por opção se dedicaram à medicina livre e individual, fizeram a sua formação no âmbito das Carreiras Médicas. Conhecida a natureza do ensino médico nas Faculdades, fundamentalmente teórico e sem conteúdos práticos, que possibilitem a aquisição das competências e comportamentos clínicos, a frequência dos internatos e a obtenção dos vários graus profissionais, são a garantia da qualidade mínima dos médicos. Não se desvalorizam outros contributos que de alguma forma, vão aparecendo e concorrentes para a melhoria da qualificação técnica da classe, sejam mestrados ou cursos especializados das várias áreas do saber médico, mas devem ser perspectivados e integrados no perfil profissional delineado pelos Colégios de Especialidade e ponderado o seu peso na formação e avaliação do especialista. Não serão desejáveis duplicações e gastos de energias de formadores e formandos, antes se devem conjugar sinergias que contribuam para um correcto plano de desenvolvimento da Medicina Portuguesa.

Será correcta a defesa de centros tecnológicos e de investigação que levem a uma diferenciação mais aprofundada nos cuidados a prestar, de modo a salvaguardar a aplicação entre nós de avanços recentes, tanto no diagnóstico como na terapêutica. De modo algum se pretende que aos médicos mais vocacionados para algumas temáticas e práticas especializadas se coarcte a possibilidade de progressão, mas terá a sua implementação de ser compatível com um plano integrado de cuidados de saúde e de acesso fácil a todos os necessitados da sua aplicação.

Conseguiram-se recentemente diálogos e soluções que defendem o prestígio dos profissionais médicos e relançam para o futuro esta escola prática que são as carreiras médicas. Ter-se-á que empreender também uma luta pela correcta remuneração e condições dignas de trabalho nas várias unidades de saúde. A problemática nuclear da medicina moderna consiste em conciliar uma prestação assistencial com qualidade aos doentes, feita com os mínimos gastos possíveis, mantendo o máximo de liberdade e dignidade, deles e dos profissionais.

É a batalha actual das sociedades modernas e não podemos admitir que critérios económicos e outros ditos científicos, subvertam os valores e transformem a saúde num supermercado de técnicas, onde as regras do mercado e dos números ditem as leis.

O humanismo médico não é contra o progresso.

É necessário sabermos utilizar as técnicas com inteligência, subordinando-as aos ideais da medicina e fins da nossa profissão.

Ordem dos Médicos
REVISTA

JUNHO 94

Director
Dr. Carlos Alberto
de Santana Maia

CONSELHO EDITORIAL
Norte
Dr. Américo Rui Couto
Dr. Luís Filipe Laranjeiro
Dr. Victor Sanfins

Centro
Dr. Armindo Rebelo
Dr.ª Isabel Cristina
Dr. Rui Pato

Sul
Dr. Machado Cândido
Dr. Pedro Nunes
Dr. Silva Santos

REDACÇÃO
Dr. Adriano Natário
Dr.ª Manuela Reis

CONSELHO DE TESOUREIROS
Dr. António Pessoa (S. R. Norte)
Dr. Óscar Gonçalves (S. R. Centro)
Dr. Rasiklal Ranchhod (S. R. Sul)

SECRETARIADO
Sofia Gonçalves

PUBLICIDADE
Helena Pereira

CONCEPÇÃO GRÁFICA
Gráficos à Lapa, Lda.
Rua de S. Domingos à Lapa, 6
1200 LISBOA
Tel. 395 10 85 · Fax 395 33 47

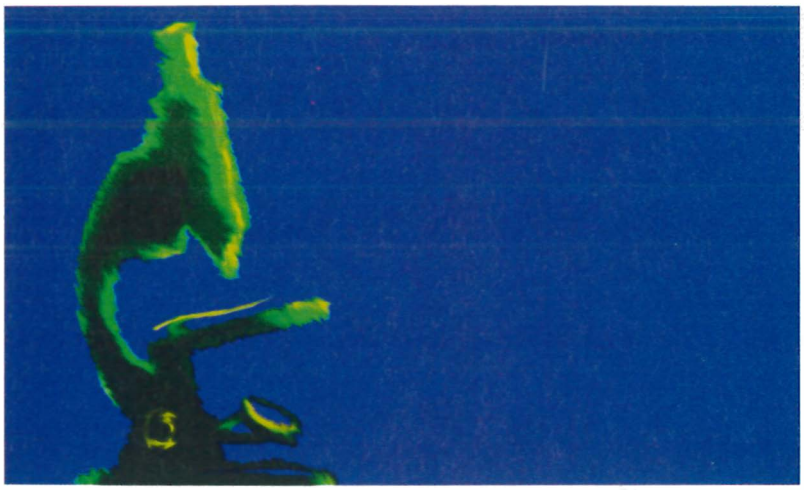
IMPRESSÃO
Imprinter S.A.

DEPÓSITO LEGAL 7421/85

PROPRIEDADE, ADMINISTRAÇÃO REDACÇÃO E PUBLICIDADE
ORDEM DOS MÉDICOS
Av. Gago Coutinho, 151
1700 LISBOA
Tel. 847 06 54 · Fax 847 12 15

PREÇO AVULSO 350$00

PUBLICAÇÃO MENSAL
TIRAGEM 30 000 EX.



Alexandre Pereira

Avaliação da Idoneidade dos Serviços para fins de formação de especialistas 8

ACTUALIDADE

Juramento de Hipócrates – Coimbra 14
Comissão da Casa do Médico – Porto
Estado actual da criação da Casa do Médico 16
Comissões de Ética
II Seminário do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida — Dr. A. Lopes Cardoso 18
Competência de EEG/Neurolofisiologia Clínica 21
Medicina Portuguesa mais Pobre
Faleceu Francisco José Carrasqueiro Cambournac 34

OPINIÃO

Saúde. Que estratégia?
Dr. José Ezaguy Manaças 22
Algumas reflexões sobre a Saúde: Bem de consumo? ou Necessidade social?
Dr. A. Torrado da Silva 24
Sistema de Saúde para Portugal
Dr. F. A. Gonçalves Ferreira 27
Defender no Presente. Construir o Futuro.
I Congresso da Medicina Privada - Moção 29

LEGISLAÇÃO

Ensaios Clínicos
Decreto-Lei Nº 97/94 de 9 de Abril 30

CULTURA 35

CONSELHO NACIONAL EXECUTIVO

Hospital Maria Pia

O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos, reunido em Lisboa, no dia 18/6/94, analisou as notícias que têm vindo a público sobre a contaminação de sangue pelo vírus da Sida, ocorrida numa instituição de saúde da região do Porto.

A Ordem dos Médicos lamenta o sucedido e principalmente as graves consequências do ocorrido para os doentes e suas famílias. Independentemente do apuramento de eventuais responsabilidades, os cidadãos infectados pelas condições de colheita e administração de sangue, neste e noutros processos, deverão ser adequadamente indemnizados e apoiados.

A Ordem dos Médicos vai proceder a um inquérito para averiguar as eventuais responsabilidades médicas neste caso e disponibiliza-se para uma avaliação nacional global nas unidades de saúde, sobre as condições e garantias de segurança nas manipulações dos produtos de sangue.

A Ordem dos Médicos lembra que em devido tempo o Ministério da Saúde foi alertado para eventuais falhas existentes nos serviços de sangue e, nessa altura, um responsável médico foi penalizado pela denúncia pública de tal facto.

A Ordem dos Médicos lembra a toda a população que não há lugar para alarmismos, dado os factos agora vindos a público serem anteriores à implementação das técnicas de detecção do vírus da sida nos Hospitais Portugueses. Hoje existem condições técnicas e mecanismos que, em face dos conhecimentos médicos hoje disponíveis, garantem a segurança às pessoas que necessitam destas terapêuticas, desde que respeitadas todas as regras e preceitos.

Médicos Condecorados no Dia de Portugal, de Camões e das Comunidades Portuguesas

No dia 10 de Junho de 1994, em Coimbra.

- Prof. Dr. José Gouveia Monteiro
  - GRANDE-OFICIAL DA ORDEM MILITAR DE CRISTO.
- Prof. Dr. Jaime Celestino da Costa
  - GRÃ-CRUZ DA ORDEM MILITAR DE SANT'IAGO DE ESPADA.
- Prof. Dr. João Pedro Miller Guerra
  - GRANDE-OFICIAL DA ORDEM MILITAR DE SANT'IAGO DE ESPADA
  a título póstumo.
- Prof. Dr. Jacinto Simões
  - GRANDE-OFICIAL DA ORDEM MILITAR DE SANT'IAGO DE ESPADA.
- Prof. Dr. Francisco Norton Brandão
  - GRANDE-OFICIAL DA ORDEM MILITAR DE SANT'IAGO DE ESPADA.
- Prof. Dr. Nuno Cordeiro Ferreira
  - GRANDE-OFICIAL DA ORDEM MILITAR DE SANT'IAGO DE ESPADA.
- Prof. Dr. Rui da Silva Santos Penha
  - GRANDE-OFICIAL DA ORDEM MILITAR DE SANT'IAGO DE ESPADA.
- Dr. Luís Manuel Monteiro Baptista
  - GRANDE-OFICIAL DA ORDEM MILITAR DE SANT'IAGO DE ESPADA.
- Dr. Luís Gois
  - GRANDE-OFICIAL DA ORDEM DO INFANTE D. HENRIQUE.
- Dr. Augusto Camacho Vieira
  - COMENDADOR DA ORDEM DO MÉRITO.
- Dr. José Mendes de Barros
  - COMENDADOR DA ORDEM DO MÉRITO.
- Dr. António Sebastião Goulart
  - COMENDADOR DA ORDEM DO MÉRITO.
- Dr. Luís Carlos Decq Motta
  - COMENDADOR DA ORDEM DO MÉRITO.
- Dr. Ernesto José Madeira
  - COMENDADOR DA ORDEM DO MÉRITO.
- Dr. Adolfo de Sousa Brazão
  - COMENDADOR DA ORDEM DO MÉRITO.
- Prof. Dr. Armando Sousa Viegas Mendonça
  - GRANDE-OFICIAL DA ORDEM DA INSTRUÇÃO PUBLICA.

Avaliação da IDONEIDADE DOS SERVIÇOS *para fins de formação de especialistas*

Documento aprovado pelo Conselho Nacional Executivo na sua reunião de 18 de Junho

1

Preâmbulo

A avaliação da idoneidade de serviços hospitalares, de centros de saúde e de outras unidades de cuidados de saúde para a formação pós-graduada nos internatos complementares constitui um dos requisitos basilares para a garantia da qualidade desta formação.

Um dos pressupostos-chave, talvez o primeiro, para a idoneidade para fins de formação é o da qualidade assistencial de cada serviço. Por isso, o processo de avaliação e atribuição de idoneidade para formação de médicos dos internatos complementares pode e deve constituir um instrumento e um estímulo para a melhoria continuada da qualidade da assistência médica nas respectivas instituições e serviços de saúde.

O Decreto lei nº 128/92 de 4 de Julho no seu artigo 9º faz depender o reconhecimento de idoneidade e a fixação de capacidade formativa de parecer técnico da Ordem dos Médicos. Por sua vez, a Ordem dos Médicos estabelece no seu novo Regulamento Geral dos Colégios das Especialidades (Secção IV Artigos 19º a 22º) que a verificação da idoneidade dos serviços para formação de especialistas é uma atribuição específica das direcções dos respectivos Colégios.

Dado que compete à Ordem dos Médicos regular o exercício da profissão médica e zelar pela garantia da qualidade da medicina portuguesa, torna-se indispensável dar uma atenção especial ao processo de avaliação da idoneidade dos serviços aperfeiçoando-o e tornando-o progressivamente mais exigente e rigoroso.

Não está em causa punir, penalizar ou despromover serviços mas sim, bem pelo contrário, delinear e desenvolver um processo que seja ao mesmo tempo encorajador e estimulante da melhoria da qualidade da formação de médicos especialistas e, consequentemente, da melhoria da qualidade da assistência médica à população portuguesa.

2 Definição dos Conceitos de Qualidade Assistencial e de Idoneidade para fins de Formação de Especialistas

Considera-se que um serviço é idóneo para assegurar total ou parcialmente a formação de um futuro médico especialista se possuir um conjunto mínimo de requisitos, objectiváveis através de critérios explícitos, que garantam um potencial de sucesso para a referida formação.

Convém distinguir-se entre "Idoneidade/qualidade para fins assistenciais" e "Idoneidade para fins de formação médica" uma vez que as competências e capacidades assistenciais são uma condição necessária, indispensável, mas não suficiente para a idoneidade formativa.

A avaliação de idoneidade dos serviços é feita em termos globais, embora tendo em conta os diferentes critérios que fundamentam aquela avaliação global e definindo a capacidade formativa (em termos de número de internos por ano).

Cada Colégio de Especialidade produzirá, de acordo com as regras estabelecidas neste Regulamento:

a) Uma matriz específica para a avaliação da idoneidade dos serviços respeitantes à sua especialidade, a qual será aprovada pelo C.N.E. da Ordem dos Médicos e revista de 6 em 6 anos;
b) Um inquérito-padrão aos internos e ex-internos sobre as condições de formação de cada serviço;
c) Um inquérito-padrão aos orientadores de formação.

Os instrumentos de avaliação atrás referidos deverão obedecer a formatos uniformes embora respeitando as especificidades de cada especialidade.

Em termos gerais, considera-se indispensável a verificação das condições que a seguir se enumeram.

3 Avaliação da Qualidade Assistêncial dos Serviços

A avaliação da qualidade assistencial de um serviço é um processo prévio que condiciona a avaliação da idoneidade dos serviços para fins de formação de especialistas. Esta avaliação deve ter em conta critérios referentes a ESTRUTURA, a PROCESSO e a RESULTADOS.

3.1. Critérios Gerais referentes à ESTRUTURA

a) Instalações

As instalações devem propiciar um ambiente digno quer para os doentes, quer para os profissionais. Devem ter espaços próprios para a realização de consultas, de procedimentos técnicos, gabinetes de trabalho ou internamento de doentes, conforme o tipo de especialidade em causa.

b) Equipamento

Apetrechamento com o equipamento clínico e os requisitos técnicos considerados mínimos pelo Colégio de Especialidade respectivo e acesso a apoio adequado de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica de acordo com as características de cada especialidade.

c) Pessoal

Possuir médicos e restante "staff" em número e com as qualificações necessárias para garantir a prestação de cuidados assistenciais na respectiva especialidade, tendo em conta a dimensão populacional potencialmente utilizadora do serviço.

d) Sistema de informação

Os dossiers clínicos devem estar bem estruturados e ser cuidadosamente anotados, quer os suportes sejam de papel ou sejam informáticos. O serviço deve possuir arquivo clínico (informatizado ou não) organizado de forma a permitir uma fácil localização e recuperação de informação respeitante aos doentes.

e) Sistema de comunicação

É indispensável a existência de um sistema de intercomunicação que permita contactos fáceis entre os profissionais e com serviços exteriores. A sofisticação técnica deste sistema dependerá das necessidades de comunicação inerentes aos diversos tipos de serviços e especialidades.

3.2. Critérios gerais referentes ao PROCESSO assistencial

a) Atendimento dos doentes

O sistema de atendimento de doentes deve respeitar a dignidade de cada pessoa, ser expedito e não acrescentar sofrimento e desespero ao sofrimento que a doença já provoca, naturalmente, aos pacientes.

Devem ter-se em especial atenção a existência ou não de listas de espera para acesso aos cuidados de saúde e a existência ou não de filas de espera no próprio dia do atendimento.

b) Actividade assistencial

A actividade assistencial e os procedimentos técnicos devem estar de acordo em qualidade/diversidade e quantidade com as especificações técnicas definidas por cada Colégio de Especialidade.

Devem ser particularmente valorizados indicadores do tipo:

- Número e tipo de actos médicos/médico
- Tempo médio de internamento, etc.

c) Actividades regulares de formação contínua ou permanente

A educação médica contínua e a formação permanente dos restantes profissionais é um imperativo ético. Assim devem ser particularmente valorizadas as reuniões clínicas regulares periódicas e

outras actividades de educação médica contínua como por exemplo as visitas de serviço, os "Journal Club", organização ou participação em eventos de natureza científica, etc.

d) Gestão do serviço
A Direcção do serviço, unidade, secção ou departamento tem de ser exercida, efectivamente, por um especialista inscrito no respectivo Colégio de Especialidade, e o estilo de gestão deve reconhecidamente estimular o envolvimento e a participação de todo o quadro clínico e restante "staff" na dinâmica e no desenvolvimento do serviço:

e) Trabalho em equipa
A dinâmica de trabalho em equipa deve ser avaliada e valorizada tendo em conta a qualificação, nível de autonomia dos diversos elementos da equipa e eficácia da sua coordenação.

f) Actividades de garantia de qualidade
A existência de actividades de garantia de qualidade dos cuidados assistenciais deve ser considerado um critério indispensável.

3.3. Critérios gerais referentes aos RESULTADOS assistenciais

a) Satisfação/insatisfação dos doentes
A análise das participações e queixas por parte dos doentes à Ordem dos Médicos referentes a cada serviço e sua avaliação pelos Conselhos Disciplinares deve constituir instrumento de avaliação para este critério. Paralelamente, deverão ser feitos com regularidade inquéritos à satisfação dos doentes seguindo metodologia apropriada.

b) Resultados técnicos
O serviço deve ser capaz de apresentar resultados em termos de sucesso assistencial e não apenas de quantidade de actos.
Os critérios de sucesso assistencial serão definidos pelos respectivos Colégios de Especialidade e a sua avaliação em cada serviço deve ter em conta o equipamento instalado.

4 Avaliação da Idoneidade dos Serviços para fins de Formação de Especialistas

Os serviços que pretendam iniciar ou dar continuidade a actividades de formação de especialistas devem preencher um conjunto de condições respeitantes quer a aspectos estruturais, quer a aspectos de processo ou funcionamento e ainda quanto a resultados nos domínios assistencial e educacional

4.1. Critérios gerais referentes à ESTRUTURA

a) Estatuto institucional do serviço ou unidade
Deve ser bem individualizado, com autonomia de funcionamento e quadro próprio e dirigido por um especialista inscrito no respectivo Colégio, assegurando responsabilização qualificada permanente.

b) Instalações
As instalações devem propiciar um ambiente digno quer para os doentes, quer para os profissionais. Devem ter espaços próprios para a realização de consultas, de procedimentos técnicos, gabinetes de trabalho ou internamento de doentes, conforme o tipo de especialidade em causa.
Deverão existir espaços próprios onde os médicos em formação possam assegurar continuidade de cuidados.

c) Equipamento
Apetrechamento com o equipamento clínico e os requisitos técnicos considerados mínimos pelo Colégio de Especialidade respectivo e acesso a apoio adequado de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica de acordo com as características de cada especialidade.

d) Equipamento educativo
Apetrechamento com o equipamento educativo e os requisitos técnicos e didácticos considerados mínimos pelo Colégio de Especialidade respectivo.

e) Biblioteca/sala de reuniões de serviço
Ter acesso a Biblioteca orientada para a especialidade com publicações criteriosamente seleccionadas (livros de texto recentes, revistas, separatas, fotocópias, etc), e sala para reuniões clínicas regulares e periódicas;

f) Pessoal
Possuir médicos e restante "staff" em número e com as qualificações necessárias para garantir a prestação de cuidados assistenciais na respectiva especialidade, tendo em conta a dimensão populacional potencialmente utilizadora do serviço.
Possuir especialistas inscritos no respectivo Colégio de Especialidade da Ordem dos Médicos no mínimo de um por cada três internos, a quem estejam asseguradas condições de estabilidade laboral que permitam o envolvimento adequado e em profundidade no processo de formação.

g) Sistema de informação
Os dossiers clínicos devem estar bem estruturados e ser cuidadosamente anotados, quer os suportes sejam de papel ou sejam informáticos. O serviço deve possuir arquivo clínico (informatizado ou não) organizado de forma a permitir uma fácil localização e recuperação de informação respeitante aos doentes.

h) Sistema de Comunicação
É indispensável a existência de um sistema de intercomunicação que permita contactos fáceis entre os profissionais e com serviços exteriores. A sofisticação técnica deste sistema dependerá das necessidades de comunicação inerentes aos diversos tipos de serviços e especialidades.

4.2. Critérios gerais referentes a

PROCESSO Assistencial - educacional

a) Atendimento dos doentes

O sistema de atendimento de doentes deve respeitar a dignidade de cada pessoa, ser expedito e não acrescentar sofrimento e desespero ao sofrimento que a doença já provoca, naturalmente, aos pacientes.

Devem ter-se em especial atenção a existência ou não de listas de espera para acesso aos cuidados de saúde e a existência ou não de filas de espera no próprio dia do atendimento.

b) Actividade assistencial

A actividade assistencial e os procedimentos técnicos realizados devem estar de acordo em qualidade/diversidade e quantidade com as especificações técnicas definidas por cada Colégio de Especialidade.

Devem ser particularmente valorizados indicadores do tipo:

- Número e tipo de actos médicos / médico
- Tempo médio de internamento, etc.

O movimento de doentes deve ser suficientemente numeroso e nosologicamente diversificado, de acordo com as especificações produzidas pelos respectivos Colégios de Especialidade, para permitir um treino eficaz de especialidade.

Deverão ser particularmente valorizados indicadores do tipo:

- razão: número de doentes / número de internos
- razão: número de cirurgias/número de internos, etc.

Deverá existir o compromisso do Director do Serviço perante a Ordem dos Médicos de cumprir os mínimos considerados indispensáveis pelos Colégios de Especialidade para a formação, ano após ano, de cada interno.

c) Actividade educacional (Formação de especialistas)

O serviço deve demonstrar ter capacidade para estruturar e executar programas de formação médica pós-graduada e ter acesso a serviços de documentação pedagógica; slides, fotografias, cassetes gravadas, filmes (próprio ou à disposição).

d) Orientadores de formação

A selecção dos orientadores de formação deve obedecer a critérios técnicos explícitos.

O serviço deve organizar ou proporcionar aos seus especialistas oportunidades do tipo "formação de formadores" e realizar regularmente a avaliação do desempenho educacional dos orientadores.

e) Actividades regulares da formação contínua ou permanente

A educação médica contínua e a formação permanente dos restantes profissionais é um imperativo ético. Assim devem ser particularmente valorizadas as reuniões clínicas regulares periódicas e outras actividades de educação médica contínua como por exemplo as visitas de serviço, os "Journal Club", organização ou participação em eventos de natureza científica, etc.

f) Investigação

O serviço deve ter actividades de investigação de acordo com as especificações do respectivo Colégio de Especialidade;

g) Gestão do serviço

A Direcção do serviço, unidade, secção ou departamento tem de ser exercida, efectivamente, por um especialista inscrito no respectivo Colégio de Especialidade, e o estilo de gestão deve reconhecidamente estimular o envolvimento e a participação de todo o quadro clínico e restante staff na dinâmica e no desenvolvimento do serviço.

h) Trabalho em equipa

A dinâmica de trabalho em equipa deve ser avaliada e valorizada tendo em conta a qualificação, nível de autonomia dos diversos elementos da equipa e eficácia da sua coordenação.

i) Garantia de qualidade

As actividades de garantia de qualidade, num serviço que se dedique à formação de especialistas, devem ter duas vertentes:

- a garantia da qualidade dos cuidados assistenciais
- a garantia da qualidade do processo formativo

A existência de actividades dos dois tipos deve ser considerado critério indispensável para a atribuição de idoneidade formativa a um serviço.

4.3. Critérios gerais referentes a RESULTADOS assistenciais e a RESULTADOS educativos

Os RESULTADOS de um serviço que se dedica à formação de especialistas constituem os critérios-chave por excelência para a respectiva avaliação e atribuição de idoneidade formativa. Devem dizer respeito a:

- satisfação/insatisfação dos doentes
- resultados técnicos (assistenciais)
- resultados educacionais (qualificação dos especialistas formados)
- resultados da investigação conduzida (em termos de acréscimo de conhecimentos e impacto na melhoria da prática médica)

a) Satisfação/insatisfação dos doentes

A análise das participações e queixas por parte dos doentes à Ordem dos Médicos referentes a cada serviço e sua avaliação pelos Conselhos Disciplinares deve constituir instrumento de avaliação para este critério. Paralelamente, deverão ser feitos com regularidade inquéritos à satisfação dos doentes seguindo metodologia apropriada.

b) Resultados técnicos (assistenciais)

O serviço deve ser capaz de apresentar resultados em termos de sucesso assistencial e não apenas de quantidade de actos.

Os critérios de sucesso assistencial serão definidos pelos respectivos Colégios de Especialidade e a sua avaliação em cada serviço deve ter em conta o equipamento instalado.

c) Resultados educacionais

O serviço deve ser capaz de apresentar resultados em termos de sucesso da sua actividade educacional. São exemplos:

- Especialistas formados e respectivas classificações na prova de avaliação final do internato.
- Evolução técnico-científica e profissional (follow-up) dos especialistas formados no serviço, etc.

d) Resultados de investigação

O serviço deve ser capaz de demonstrar manter uma actividade regular de produção técnico-científica, ao nível do seu contexto e recursos.

Os estudos de investigação devem ser aferidos pela qualidade da publicação ou congresso onde foram apresentados.

5 Processo de Avaliação de Idoneidade

5.1.

De acordo com o Artº 19º do Regulamento Geral dos Colégios das Especialidades a avaliação da idoneidade dos serviços para a formação de especialistas bem como a avaliação da qualidade da referida formação são atribuições específicas das direcções dos Colégios das Especialidades.

5.2.

Na avaliação da idoneidade dos serviços podem distinguir-se:

a) Avaliação inicial;
b) Monitorização/renovação anual;
c) Recertificação periódica (6 em 6 anos)
d) Reavaliação (para alargamento de idoneidade parcial)

5.3.

Nos casos das avaliações iniciais, das recertificações periódicas e das reavaliações para alargamento da idoneidade serão programadas, pelas Direcções dos Colégios, visitas aos serviços e unidades nas quais deverão também participar elementos designados pelos Conselhos Regionais;

5.4.

Sempre que uma área de formação envolva habilitações atribuídas a mais do que um Colégio de Especialidades deverão pronunciar-se os Colégios envolvidos.

5.5.

As avaliações iniciais e as reavaliações para alargamento de idoneidade são feitas na sequência de requerimento do serviço ou unidade em causa, do Ministério da Saúde ou por iniciativa da Ordem dos Médicos.

5.6.

Os resultados das avaliações de idoneidade para fins de formação de especialistas, embora devam fundamentar-se num conjunto de critérios explícitos e possa ter sido utilizado um sistema de pontuações, deverão exprimir-se nos seguintes termos:

a) Idoneidade total para a formação em referência;
b) Idoneidade parcial (mencionando-se o tempo e a área da formação abrangidos);
c) Idoneidade total ou parcial condicional (mencionando-se quais as condições de que se faz depender estas idoneidades);
d) Sem idoneidade para a formação em referência

Deverá também ser mencionada a capacidade formativa (em número máximo de internos).

5.7.

A Monitorização/renovação anual das idoneidades deverá ter por base um relatório sucinto das actividades e resultados da formação referente ao ano anterior. Este relatório deve ser feito em formulário único para cada Especialidade, segundo regras comuns aprovadas pelo CNE da Ordem dos Médicos. O Conselho Nacional do Médico Interno é obrigatoriamente ouvido sempre que se trate de renovar idoneidade anteriormente concedida.

Os Colégios de Especialidades pronunciar-se-ão sobre as idoneidades dos serviços respectivos até final de Maio de cada ano civil.

5.8.

Compete ao CNE a avaliação dos pareceres emitidos pelos Colégios e a sua homologação.

5.9.

Até 31 de Julho de cada ano será enviado ao Ministério da Saúde, pela Ordem dos Médicos, a listagem dos serviços e unidades e da sua situação específica em relação a idoneidade e capacidade formativa a fim de poderem ser elaborados os mapas de colocação de internos no ano seguinte.

6 Critérios Específicos para cada especialidade

De acordo com estes critérios gerais, com as determinações do Regulamento Geral dos Colégios das Especialidades e tendo em conta as especificidades de cada área de actividade médica, devem as Direcções dos Colégios das Especialidades elaborar no prazo de noventa dias (após a data da decisão do CNE):

a) Programa de formação para a sua especialidade contendo: objectivos, conteúdo da formação e métodos de avaliação;
b) Critérios de avaliação da idoneidade dos serviços da sua área especializada, quer na perspectiva assistencial, quer na perspectiva formativa e respectivas matrizes de avaliação (ver ponto 2.)

Condições de Admissão por Consenso em Medicina Legal

Tendo sido anulado o concurso de Admissão por Consenso à especialidade Medicina Legal por decisão do Supremo Tribunal Administrativo de 3.5.91 e dando cumprimento ao constante dos respectivos acórdãos publica-se o presente aviso de abertura do concurso de Admissão por Consenso naquela especialidade.

"A partir da data da publicação desta Revista e pelo prazo de 60 dias são aceites candidaturas para efeitos de Admissão por Consenso de todos os médicos que cumpram os requisitos exigidos para essa admissão".

1- São condições de Admissão por Consenso:

a) os actuais Professores de Medicina Legal e Toxicologia Forense, Directores dos Institutos de Medicina Legal.
b) os Professores catedráticos jubilados de Medicina Legal e Toxicologia Forense.
c) os médicos integrados na carreira médica dos Institutos de Medicina Legal.

2 - Poderão ainda requerer o título de especialista em medicina Legal mediante a apresentação do seu Curriculum técnico-profissional para apreciação:

a) os médicos, assistentes ou investigadores universitários, na Cadeira de Medicina Legal e Toxicologia Forense.
b) os médicos que tenham concluído com aproveitamento o internato complementar da carreira do médico-legista dos Institutos de Medicina Legal.
c) os médicos habilitados com o o Curso Superior de Medicina Legal, que exerçam funções periciais médico-legais nas comarcas há pelo menos dez anos.
d) ainda os médicos não abrangidos por nenhuma das alíneas anteriores mas cujo Curriculum seja reconhecidamente muito valioso no âmbito da Medicina Legal.

Aos Internos do Internato Complementar

- Está em curso o processo de admissão curricular e verificação de Idoneidades dos Serviços.
- Queremos que seja um processo aberto.
- Se estás interessado em integrar o Grupo de Trabalho de Internos da tua Especialidade a designar para o acompanhamento do processo contacta as Secções Regionais do Conselho Nacional do Médico Interno na Ordem dos Médicos.

Últimos *Colégios Eleitos*

COLÉGIO DE PEDIATRIA

Ana Teodoro Jorge	S.R.S.
António Vilarinho	S.R.N.
Helena Maria Jardim	S.R.N.
João Estrada	S.R.S.
João Sequeira	S.R.S.
Júlio Xavier	S.R.C.
Luís Januário dos Santos	S.R.C.
Margarida Maria Guedes Carolino	S.R.N.
Maria do Céu Soares Machado	S.R.S.
Maria Helena Estevão	S.R.C.

COLÉGIO DE MEDICINA TROPICAL

Alberto Matos Freitas Seara	S.R.N.
António José R. Valdoeiros	S.R.C.
Fernando de Azevedo Vaz	S.R.S.
Francisco António C. Correia	S.R.S.
Francisco José C.Cambournac*	S.R.S.
Jaime Manuel Simões Nina	S.R.S.
José Armando M.P. Fernandes	S.R.N.
José Luis Antunes Feio Terenas Champalimaud	S.R.S
Judite de Lourdes O. Cristas	S.R.S.
Manuel Ferreira Louceiro	S.R.C.

COLÉGIO DE NEUROCIRURGIA

Francisco José Bento Soares	S.R.C.
João Lobo Antunes	S.R.S.
Júlio César Piquer de Araújo Lacerda	S.R.C.
Manuel Rodrigues Martins	S.R.S.
Rui Manuel Cardoso Vaz	S.R.N.
Serafim António França Paranhos Gomes	S.R.N.
Victor César Ferreira de Moura Gonçalves	S.R.S.

(*) *recentemente falecido*

Juramento de Hipócrates

Realizou-se na Sede da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos o cerimonial do Juramento de Hipócrates dos novos médicos. À sessão presidiu o Senhor Bastonário da Ordem dos Médicos e estiveram presentes além dos Colegas que fizeram o seu juramento, muitos familiares que assim quiseram testemunhar com a sua presença, um acto de muito significado na vida destes novos clínicos.

No início da sessão e para realçar o simbolismo deste ritual iniciático, o Dr. Reis Marques, Vice-Presidente da Secção Regional do Centro falou aos novos médicos sobre os deveres e comportamentos próprios da profissão nos seguintes termos:

"Esta sessão é um acto solene que sublinha a entrada formal dos novos colegas na família hipocrática, com o juramento de alguns princípios que devem balizar a relação do médico com o seu semelhante.

Numa era marcada pelos valores acentuadamente individualistas e mercantis, o código de conduta ético e deontológico que norteia a prática da nossa profissão parece deslocado no tempo. Mas os tormentos e sofrimentos de milhões de pessoas existem e impõem que, se reflicta para onde vamos, se questione o que se faz no combate às verdadeiras causas de tanta fatalidade, e reclamam da sociedade uma mudança na relação com os mais desprotegidos ou excluídos.

É nossa tradição, reconhecida pela comunidade de, independentemente de raças, credos e estatuto social, o médico estar onde existem seres humanos em sofrimento. Pese embora algumas excepções, fomos capazes de manter ao longo das várias gerações uma prática que nos posiciona, como portadores dos valores humanísticos que muitas vezes faltam a outros. O sistema de valores é sempre o referencial que permite ao indivíduo ou ao grupo, a sua orientação no meio em que está inserido e padroniza os seus comportamentos. Nós, elementos médicos, constantemente solicitados, temos que saber manter, qualquer que seja o modelo do exercício profissional, a finalidade de uma actuação que tenha por objectivos o bem do doente e a salvaguarda da sua dignidade. Sabemos da dificuldade que numa sociedade competitiva há em resistir a determinadas pressões e condicionalismos, que cerceiam as atitudes e podem influenciar as opções, estilos e modo de actuar. Não esqueçamos o médico - a sua personalidade - a maneira como sente, pensa e age, o que faz na e da relação com os seus doentes. Sempre é de respeitar a consciência e a individualidade do médico no manejar dos instrumentos e na aplicação das técnicas, com base na sua experiência clínica, no suficiente saber conceptual e até nalgum saber criativo, de modo a que possa fazer uma justa análise e resolução das situações clínicas.

Mas como se preconiza nos Princípios Europeus de Ética Médica aprovado em Conferência Internacional das Ordens e Organizações Similares em Paris (1987) no seu artº 2º, "o médico compromete-se a dar prioridade aos interesses da saúde do doente".

Miguel Torga tinha razão quando afirmou nesta sala: "É forçoso reconhecer e lamentar que, pelo que nos diz respeito, o que ganhamos em saber profissional, perdemos em humanidade" e disse mais "e mesmo que empobrecidos daquele prestígio carismático, continuamos a ser, nós médicos, a última porta sempre aberta a que bate, confiado o desespero".

É imperativo moral que saibamos manter este capital de confiança da sociedade e que tenhamos a coragem de não nos deixarmos enlear na teia de interesses, sejam eles de natureza económica ou política.

Deveremos unirmo-nos na luta por melhores regalias sociais, pela dignificação da nossa profissão, pelo reconhecimento da especificidade da nossa acção e pela melhoria das condições do exercício. Para sermos bem sucedidos é necessário o empenhamento de todos nas suas organizações profissionais e no que respeita à Ordem dos Médicos, afirmamo-vos que esta casa é de todos e será bem vinda a dinamização com que cada um souber e quiser contribuir.

Brevemente irá ser publicado o Código Disciplinar que vai permitir à Ordem dos Médicos velar pela boa qualidade da prestação médica e sancionar todos aqueles que, no seu dia a dia, não queiram adequar-se às normas éticas de deontológicas que se obrigaram a respeitar. Parece-nos um instrumento fundamental para podermos granjear a confiança das populações e extirpar algumas dúvidas, quanto à nossa conivência com actuações menos correctas, de alguns dos nossas colegas.

Temos a convicção que são poucos os casos de negligência ou de prática lesiva do interesse dos doentes, mas será desejável que mesmo esses desapareçam de vez.

Mas num tempo de dificuldades e de crise será bom que a classe médica não seja o "bode expiatório" de todas as insuficiências do sistema. No artº 24 e 25º dos princípios Europeus da C.I.O., o médico tem o direito à sua independência profissional e o dever de denunciar as insuficiências no domínio dos cuidados da qualidade.

Essa obrigatoriedade faz parte da defesa global do doente, tendente a dotar a classe médica de todas as condições para melhor debelar da doença. Sabemos também que, nem sempre podemos exigir a disponibilidade dos meios técnicos mais sofisticados, mas não estamos de acordo com as actuais limitações do financiamento. Pugnamos por uma melhor racionalização dos meios, pela supressão de gastos em matérias de natureza burocrática-administrativa e por uma redução nos preços de alguns instrumentos terapêuticos, até agora regulados somente pelas leis do mercado. Achamos que são bens de natureza social e como tal terão que ter uma abordagem que regule os mecanismos do seu mercado.

Não nos digam que a saúde gasta muito. Será que é de fecharmos os olhos a outros gastos que a sociedade faz em matérias que não contribuem para a qualidade de vida dos cidadãos?

Colegas, ao entrarem formalmente nesta prestigiada organização que é a Ordem dos Médicos e ao fazerem o juramento de Hipócrates, desejamos que o Vosso exercício da medicina tenha por base a ciência e a vossa consciência pessoal, defendendo a saúde física e mental daqueles que tereis de cuidar, respeitando a vida e a dignidade humana sem discriminação da raça, religião, nacionalidade, condição social ou ideologia política. Só nestas condições a ciência e as técnicas médicas realizam autenticamente o homem".

Seguiu-se a chamada de cada um dos novos médicos para lhe ser dado um exemplar impresso do "juramento de Hipócrates) e finda esta entrega pública, foram lidos em voz alta por todos, os deveres consagrados naquele documento.

Para encerrar esta sessão solene, falou o Bastonário, Dr. Santana Maia que chamou a atenção de todos parta os problemas com que a classe médica se debate no que concerne ao contínuo questionar pelos doentes das práticas e das atitudes clínicas. Realçou a necessidade do aprofundamento e reforço da relação médico-doente, única forma capaz de criar um clima de confiança entre as populações e os profissionais. Falou da importância do respeito pelas regras deontológicas e, lembrou que a Ordem dos Médicos terá que ser intransigente para os membros, que, pelo seu comportamento, criem motivos de desprestígio da classe.

Finalmente anunciou a todos a preocupação com que a actual Direcção da Ordem olha para o futuro dos médicos jovens, reafirmando que é através de uma preparação cuidada e credível que poderão ser abertas novas saídas profissionais. Lembrou que os jovens têm também de aprender a lutar pelos seus direitos e saber encontrar alternativas de trabalho fora dos esquemas tradicionais na saúde de tal modo que se consiga atingir o desiderato de pleno emprego para os médicos, em condições de dignidade profissional e qualidade nos serviços prestados.

Comissão da Casa do Médico

Prezado Colega:

Esta carta está a ser enviada a todos os Médicos inscritos na Secção Regional do Norte e ainda Colegas de outras regiões que se inscreveram como sócios fundadores ou efectivos da Casa do Médico. Pretendemos transmitir, do modo mais claro possível, o estado actual da criação da Casa do Médico e, ao mesmo tempo, pedir aos Colegas que se pronunciem de forma clara sobre o seu interesse.

Caução - 750 contos
Sendo demonstrativo de interesse em subscrever

Título de habitação Vitalícia

Integralmente reembolsável em caso de desistência

Depois de intenso e prolongado estudo do projecto e das implicações financeiras e económicas, a Comissão da Casa do Médico julga ter encontrado uma solução que contempla todos os objectivos determinados pelos fundadores. Trata-se de construir uma residencial destinada a Médicos, sem fins lucrativos, num local digno e aprazível, programada preferencialmente para a 3ª idade, acessível em termos económicos.

Fizemos um inquérito aos Colegas com mais de 50 anos e recebemos respostas encorajadoras para prosseguirmos, registando-se um número suficientemente grande de potenciais interessados.

Assim, decidimos propor aos Colegas a compra de Títulos de Habitação Vitalícia (em princípio serão 50 os apartamentos da Casa do Médico) no valor de 15 mil contos (valor provisório; variação possível ± 2 500 contos). Os Colegas interessados em adquirir um Título devem desde já sinalizar entregando 750 contos à guarda da Ordem dos Médicos (sob a forma de cheque, o qual sob compromisso de honra, só será movimentado depois da assinatura do contrato). Esta caução será integralmente devolvida em caso de desistência. A Comissão compromete-se a tomar todas as decisões antes de 30 de Novembro de 1994.

APARTAMENTOS
(± 50 m2)

Quarto, Saleta c/ Kitchenette, WC completo e garagem

Comprando um Título, os residentes adquirem um direito de habitação que pode ser utilizado em conjunto com o cônjuge ou vivendo só. Também um(a) viúvo(a) de Médico terá iguais direitos. Em qualquer altura, pode o titular revender o seu direito na condição de o fazer à Ordem dos Médicos. Ficará garantido um preço de revenda que corresponde a uma

TÍTULOS DE HABITAÇÃO VITALÍCIA

* **Direito de Habitar** um apartamento da Casa do Médico (só ou casal) por toda a vida. Exclui pagamento de serviços durante a estadia.

* **Direito a Revenda** em qualquer altura à Ordem dos Médicos por valor garantido em contrato. Este direito é extensivo aos herdeiros.

ASSISTÊNCIA NA DOENÇA

Médico avençado — Enfermeiro avençado
Participação em despesas com doença prolongada e apoio por terceira pessoa (em preparação)

desvalorização de 3% por ano e uma revalorização anual correspondente à inflação oficial. A revenda voluntária é penalizada com uma desvalorização de 10%, se ocorrer nos primeiros 5 anos de residência. Em caso de falecimento, os herdeiros (ou beneficiários designados pelo residente) terão direito a recuperar o valor residual do Título de Habitação.
A Ordem é proprietária do terreno e do edifício e reserva o direito de venda de Títulos de Habitação vitalícia a Médicos a preços predeterminados anualmente.
A aquisição de um Título de Habitação Vitalícia é afinal, nas condições indicadas, uma forma de garantir um local para residir com algumas vantagens sobre outras opções.

- Em primeiro lugar, o local (jardim agradável, convívio, zona central).
- Depois, o direito a recuperar o dinheiro aplicado, sem grande desvalorização.
- Além disso, a comparação pode ser feita com a aquisição de um pequeno andar para um casal idoso viver.
- Quanto às despesas relacionadas com serviços, também esta casa vai permitir um preço razoável. Os cálculos que fizemos para pagamento de um gerente, pessoal administrativo, de limpeza e de bar, telefonistas, seguros e manutenção geral, levam a pensar que o "Condomínio" rondará, a preços actuais, 75 contos mensais. Compare-se este valor com o pagamento de empregada doméstica e manutenção geral de um andar.
- Está prevista a criação de um serviço de assistência na doença aos residentes. A sua concretização passará, naturalmente, pela iniciativa das futuras Comissões da Casa do Médico, assim como pelos futuros conselhos Regionais. Por agora é possível contemplar no contrato uma garantia de que haverá médicos e enfermeiros avençados para chamadas urgentes.

O Preço previsto para a construção e equipamento da Casa deve rondar 1milhão de contos e as obras devem durar entre 12 e 18 meses. Nesta construção está incluída uma área a utilizar tanto pelos residentes como por todos os Médicos. Referimo-nos a um Salão Polivalente para reuniões médicas ou pequenos congressos, assim como aos pátios, zonas de convívios, bar, etc. A Casa do Médico será assim construída com a participação dos seus ocupantes à qual se acrescentará o valor que a Ordem disponibiliza para pagamento da zona comum, honorários de projecto, licenças, etc. Face a estas informações, julgamos que é possível que os Colegas tomem as suas decisões e compreendam as opções tomadas. Fica, no entanto, esta Comissão ao dispor para esclarecer algum Colega que o pretenda fazer directamente. Bastará marcar um encontro através da Secretaria da Ordem.

Plano (negociável) de aquisição

Caução	750 c.
Antes do início de obras	10%
Na conclusão da estrutura	20%
Na conclusão das alvenarias	20%
60 dias depois	25%
Contra entrega da Chave	25%

Prezado Colega:

Seja qual for a sua situação, se deseja firmar uma posição para adquirir um Título de Habitação Vitalícia na Casa do Médico, por favor contacte a Ordem dos Médicos - Secção Regional do Norte ou envie, desde já, um cheque no valor de 750 000$00. Ser-lhe-á entregue um recibo formal contendo garantias de reembolso integral ou de abatimento correspondente, caso decida ulteriormente concretizar a aquisição.
A fim de poder avançar com decisões definitivas, a Comissão entende que deve aguardar até 30 dias, após a data de recepção desta carta, para avaliar o grau de adesão a este apelo. Só avançaremos se houver adesões suficientes. Se acontecer, como se espera, que haja um número superior de adesões, terão de se atribuir prioridades aos que entreguem a caução mais cedo e aos Colegas mais idosos. Em qualquer caso, estão previstas condições especiais para os Médicos Fundadores ou Efectivos.
Receba saudações fraternais da

Comissão da Casa do Médico
Porto, 30 de Março de 1994

CONDOMÍNIO

As despesas de condomínio incluem: limpeza de quartos e zonas comuns nos pisos de residência, elevador, telefonista, serviço de pequenos almoços, recepção, administração, etc.

Os residentes terão o direito a participar na Comissão de Gestão do Condomínio.

II SEMINÁRIO DO CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

"Comissões de Ética"

Dr. Augusto Lopes Cardoso
Presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

E pouco mais de três anos de actividade - criado pela Lei nº 14/90, de 9.6., a sua posse foi em 31 de Janeiro de 1991 - é esta a segunda vez que o **Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida** promove um largo debate nacional sobre matérias que estão no centro das suas preocupações: no primeiro seminário o tema central foi o do **Consentimento Informado e Responsabilidade Médica**; neste segundo encontro o tema aglutinador é o das **Comissões de Ética**.

Assim procedendo num intenso ritmo - sabido que a organização deste tipo de certames exige um esforçado trabalho - o **Conselho** pode dizer que cumpre uma das mais gratas e relevantes atribuições, definida aliás estatutariamente, qual seja a de "tendo em vista a preparação e sensibilidade da opinião pública para os problemas éticos no domínio das ciências da vida", "promover a realização de conferências periódicas e apresentar publicamente as questões mais importantes que tenham sido submetidas à sua análise" (Lei nº14/90, de 9.6, artº11º).

Com efeito, o **Conselho** deseja, e deve desejar, um frutuoso e extenso diálogo com a opinião pública, com os cidadãos em geral e, em especial também, com aqueles que têm, ou devem ter, as questões da **Ética da Vida** com a quentura e a ansiedade próprias de quem lida com elas a nível do exercício profissional. E, se é certo que participa nesse ou promove esse diálogo quando emite pareceres a diversas solicitações institucionais ou por sua própria e autónoma iniciativa, e os dirige aos naturais ou mais evidentes destinatários e depois os difunde junto dos meios de comunicação e/ou os publica em edições próprias como acervo da sua continuada reflexão, nada mais eficaz do que promover ainda debates alargados, para uma multiplicidade de interlocutores electivos e para o público em geral, como acontece com o presente **Seminário**.

Alguns dirão que com esta saída para o exterior o **Conselho** "varre a sua testada", faz o seu "marketing", quiçá tenta sair da sua "turris eburnea". Pensam mal os que deste modo cogitam. Porque, ao pensarem assim, no fundo não escondem com isso um "parti prie" de suspeita, nem deixam de reflectir a apriorís-

tica ideia, e nunca demonstrada por isso, de que o **Conselho** é um conjunto de pessoas bem pensantes, que, recobertas de cristal, "ditam leis" abstractas para os outros, outros que afinal não existem, porque a realidade é diversa e não é tida em conta!

Curiosamente esta ideia - não raras vezes transmitida pelos "media", e não só entre nós, e se é que ainda não mais carregada nas tintas com o labéu de órgão "monocolor" - esquece a génese do nosso **Conselho**, e porventura de **Conselho Nacionais** de outros países com a manifestada tendência para a sua continuada instituição no mundo: na Austrália em 1982 ("National Health and Medical Research Coucil"); em França em 1983 ("Comité Consultatif National d'Éthic pour les Sciences de la Vie et de la Santé"); na Suécia (Conselho Nacional de Ética Médica) e na Hungria em 1984; na Dinamarca em 1987 (Conselho Consultivo Nacional de Ética); no Luxemburgo (Comission Consultative Nationale d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé) em 1988; na Checoslováquia e em Itália (Conselho Nacional para a Bioética) em 1990; na Noruega (Conselho Nacional Consultivo de Biotecnologia) e na Finlândia (Conselho Consultivo de Ética da Investigação) em 1991 . Isto para além de Conselhos, Comités ou Comissões permanentes ou eventuais, de nível nacional, federal, estadual, regional, consoante certas sedes institucionais, questões concretas, mais ou menos amplas, ou consoante a estrutura política dos países (exs: Canadá e E.U.A.). Neste plano creio que a primeira Comissão foi criado em 1978 nos E.U.A., a nível do Departamento Federal da Saúde e dos Serviços Sociais para se debruçar sobre as questões concretas da fecundação "in vitro" e do diagnóstico pre-natal por fetoscopia; e outro foi criado em 1979, a "President's Comission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research", mas ambas com duração limitada e já terminada.

De facto podemos dizer que, muito mais do que iniciativa estatal, foi a hoje tão proclamada sociedade civil, é a sociedade civil, e com espantosa ênfase a sociedade científica aí residente, quem gritou, quem grita, pela necessidade urgente de uma profunda e continuada reflexão ética interdisciplinar, que ajude a encontrar rumos claros para os problemas vastíssimos que se colocam ao **Homem** com o progresso dos **Conhecimentos Científicos e Tecnologicos**.

É que todos, mas todos, ganham ou vão ganhando consciência de que - tal como desde há muito proclamava a **Filosofia do Direito** - nada mais perigoso para perder o norte do que o casuístico, nada mais devastador para a perda da identidade do que "construir os valores" a partir de uma realidade estatística auto ou pré-condicionada, nada pior do que passar dum positivismo jurídico para outra sua degenerescência, o sociologismo jurídico. E, se é a sociedade civil, e científica, quem lançou, e lança, todo este alerta, ninguém terá legitimidade para lhe opor que não é a força viva e espontânea da realidade humana quem promove já a **Institucionalização** de um sério e permanente estudo das questões candentes sobre a essência do **Homem** e, logo, sobre a sua **Vida**. Na busca de si mesmo nada mais essencial do que a compreensão da **Vida**, do mesmo modo que o nível dos direitos fundamentais o primeiro, a matriz, é o **Direito à Vida**.

Permitam-me, pois, que diga que, ao contrário do que se tenta apodar, é aos que querem transformar o trabalho de ponderação ética global que a um **Conselho Nacional** incumbe em "maitre de soupçon" que cabe a atitude do homem do Restelo de "aspeito venerando" retirando tal opinião do "experto peito".

Claro que a **Ética**, como tal, sempre foi, e continua a ser, uma disciplina da **Filosofia**. E esse é uma razão de tomo para não arvorar esta nova preocupação de todo o mundo em absurda e perigosa **Éticocracia**. Ninguém o quererá, não o quer o **Conselho**, e se tal alguma vez sucedesse - não seguramente entre nós, mas algures - tinha-se criado a perversão do sistema.

É que precisamente a grande novidade deste enorme surto de pensamento no âmbito da Filosofia é a **Interdisciplinariedade**. Só esta **Metodologia** poderá encarar o mundo, a sua evolução ou involução, de maneira multifacetada, dialéctica, permanente nunca acabada.

Perdida no seu próprio umbigo a **Ciência** corre o risco de perder os seus valores de referência; dispersa nas suas maravilhas, a **Tecnologia** periga no admirável mundo novo ou no sucesso ou na eficácia. Uma e outra podem abismar-se em ideologias novas, que sejam sucedâneos apetecíveis das que estão em crise na política. As referidas do sucesso e da eficácia, como a do progresso infinito ou a de tantos novos elixires da longa vida e das demais tentações de Fausto podem estar, e estão, presentes nos nossos dias, talvez mais do que nunca. E, se em si mesmas não são más, pis que são modos de extravasar a **Vocação Humana** para o **Absoluto**, podem tornar-se perversas.

Nesta reflexão múltipla, então busca-se a **Essência do Homem** e da sua eminente **Dignidade**, num antropocentrismo que não perca a sua cada vez mais evidente **Transcendência**. Mas - ao invés dos que figuram uma conceituação estratificada numa entidade como o **Conselho Nacional** - esta busca nunca termina, o **Homem** está permanentemente a descobrir-se e nunca deixará de o fazer metendo-se em compêndios definitivos de **ser**! A complexidade dos problemas que a centelha de **Homem** que é a **Vida** põe nos nossos tempos através da Ciência e da Tecnologia - e é pelos nossos tempos e não por outros que temos de responder - dar-nos-à sempre a sensação de que ninguém tem as últimas ideias, que estas estão em constante fervilhar, que nenhuma cogitação multicêntrica pode ser feita sob a imagem de até à ponta da pirâmide mas antes sob a metáfora do topo do tronco de cone: sempre aberta, sempre aperfeiçoada, mas "sempre reformanda".

É esta a vantagem e a riqueza do carácter pluridisciplinar do **Conselho**. E para a sua efectiva e actual constituição deverá dizer-se que contribuiu muito mais do que a intuição do legislador - quando previu uma variada designação institucional para os seus membros a própria sageza das instituições que os nomearam. De facto, só em determinados casos pôde o legislador prever à partida a área científica dos membros a nomear (como sucede com os oriundos da Ordem dos Médicos ou da Ordem dos Advogados). Mas não assim nos demais. E o certo é que no Conselho confluem pessoas das áreas da Medicina, da Biologia, da Filosofia, do Direito, da Sociologia, da Teologia. E, se é certo que é possível crer que não estão aí contidas todas as áreas científicas pelas quais se espraia o saber humano, o que sempre poderá ser considerado como impossível (e a despeito de estarem também presentes várias importantes sub-áreas), é pouco curial, e pouco justo, asseverar que não existe uma suficiente abrangência científica , de modo a pôr em causa o seu verdadeiro e efectivo cariz pruridisciplinar capaz de analisar com grande amplitude os problemas que se lhe põem.

Quanto à pretendida monocoloração é que, salvo o devido respeito, é uma perspectiva destorcida, se não ofensiva, e até desrespeitadora da democraticidade que o legislador quis garantir. Num primeiro plano, faça-se justiça - ou o benefício da dúvida - de que cada um dos elementos, por si próprios como pelo labor aturado e castigado de uma reflexão de grupo com outras pessoas de tão variada formação científica, é capaz de uma visão aberta, rasgada, ecuménica dos problemas, e que não está peado à partida ou à chegada como se o "inteligere" fosse metido em campânulas. Num segundo plano, que se atente na origem institucional das designações, parte das quais por via da legitimidade democrática directa, no caso dos seis membros eleitos segundo o sistema proporcional pela Assembleia da República e outras por diversas Instituições - 5 por diversos Ministérios, 2 pelo Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas, 2 pelas instituições nacionais de Investigação Científica, e ainda pela Academia das Ciências, pela Comissão para a igualdade e para os Direitos das Mulheres, pelo Conselho Superior de Medicina Legal, pela Ordem dos Médicos, pela Ordem dos Advogados.

E não se ofenda a inteligência, e antes se admire a intuição, ao verificar que, sem virtualidade de concertação ou de parcialidade, foi obtida a diversidade científica atrás assinalada.

O que parece pretender-se, por vezes, é que o **Conselho** deveria transformar-se num forum de tendências, de prós e contras cada problema casuisticamente tratado, se não de representantes do "non sense" a contrapor aos que pensam. Só poderei dizer que isso não pode ser, nem é possível, nem tampouco desejável. Aceite-se, por respeito para com a boa fé de quem constitui o órgão, como este no seu conjunto vai ponderando ponto por ponto as tendências, as modas, os argumentos num e noutro sentido e vai poder concluir, porventura após discussão acalorada, que certas posições sobre um problema concreto, quando encaradas por casuísmo, são "non sense" ou desnudam o rei. E tome-se em consideração que, para poder melhor raciocinar e melhor concluir, não é raro que o **Conselho** solicite a presença e iluminação de peritos, do mesmo passo que faz apelo à bibliografia possível e à leitura e audição dos "media".

Uma coisa é certa, certíssima: o **Conselho** não é, não pode ser, nem quer ser um **Poder**, ou um **Contra-Poder**. Não pode ser acusado de, nem embarcará em éticocracia, como disse. Rejeita-a. E as razões, que podiam ser desenvolvidas, já ficaram atrás sumariadas. A sua natureza consultiva, por excelência, mesmo quando age por seu próprio impulso, e a magnitude das questões que se lhe põem obriga-o à humildade, ciente de que a sua maior influência será a de dar o exemplo de busca permanente e a de provocar a reflexão doutros noutros níveis.

Esta clara posição tem muito a ver com este **Seminário sobre Comissões de Ética**, agora iniciado, em que o próprio **Conselho** deseja também dar-se mais a conhecer, pôr-se em debate e contribuir para uma discussão mais ampla sobre si mesmo. Não foi, então, por acaso que as ante-razões e metodologias do encontro ficaram desde o início assentes e rigorosamente transmitidas por escrito. Com efeito, se o **Conselho** considera as **Comissões de Ética** como seus interlocutores privilegiados, não pretende, de modo nenhum, assumir qualquer hegemonia ou liderança em relação a elas, nem criar sobre os seus auspícios uma sua qualquer associação ou federação. Deseja, antes, oferecer-lhes, e aos demais responsáveis pela cogitação ética sobre as **Ciências da Vida** uma plataforma de encontro e debate neste **Seminário**. E já não é pequena compensação a obtenção de numerosas respostas ao "inquérito", que o Conselho promoveu como preparatório deste encontro, de muitas das quais ressalta a formulação do propósito de constituição futura de **Comissões de Ética** em diversos tipos de Instituições onde ainda não existem.

Desse jeito, este "forum" pode ser bom meio de se encontrarem as **Comissões de Ética** já existentes nos **Hospitais**, nos **Institutos de Investigação**, nas **Sociedades Científicas**, nas **Escolas Médicas e de Enfermagem**, nas **Ordens Profissionais** e de facilitar a partilha de experiências já vividas; e pode motivar, como já está a acontecer, a criação e actividade de **Comissões de Ética**, assumidas também como estrutura indispensável à qualidade técnica, científica e humana de qualquer unidade de saúde; do mesmo passo pode fazer descobrir o lugar, a constituição, a composição, a perspectiva de trabalho e as áreas de intervenção das **Comissões** perante a evolução da Ciência e da Técnica.

Se isto for conseguido - para, porventura, fazer desejar futuros intercâmbios - ficaremos satisfeitos.

Competência de EEG/NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA *Critérios de Admissão*

Preâmbulo

A Neurofisiologia Clínica (NFC), é um ramo das ciências neurológicas que desenvolve a aplicação de técnicas electrofisiológicas ao diagnóstico e investigação das afecções do sistema nervoso.
O desenvolvimento da electrónica e da informática dotaram este ramo da ciência médica de equipamentos simultaneamente sofisticados e de manejo simplificado que permitiram a aquisição de dados múltiplos, variados e fiáveis, referentes ao funcionamento do SN central e periférico. Assim o neurofisiologista clínico dispõe presentemente de uma panóplia de técnicas complementares de diagnóstico que permitem juntar aos exames de imagem (que reflectem as alterações estruturais) a definição de alteração funcional das vias ou centros nervosos e a localização provável de lesão em causa. Mesmo os médicos que desejem desenvolver apenas uma das áreas da NFC devem ter conhecimentos básicos e clínicos desta matéria de modo a integrarem a sua prática no âmbito da Neurofisiologia Clínica. Actualmente no nosso país não existe NFC como especialidade própria, apesar de contemplada no quadro médico de alguns Hospitais Centrais. Na Ordem dos Médicos existe como Competência em EEG/ /Neurofisiologia Clínica. Neste contexto o C.N.E. decide que a admissão à competência se faz em duas fases: fase transitória até 31 de Dezembro de 1994; fase de estadio a partir de 1 de Janeiro de 1995.

Competência de EEG/Neurofisiologia Clínica

A) **Fase transitória**
(até 31 de Dezembro de 1994)

Critérios de admissão
Á Competência em Neurofisiologia Clínica (adiante designada NFC) serão admitidos os Médicos que, alternativamente:

1. Possuam os graus de Especialista ou Consultor de NFC da carreira hospitalar, sejam Assistentes Hospitalares, Chefes de Serviço de NFC ou aprovados em concurso de provimento, ainda que não providos.
2. Tenham terminado com aproveitamento um Ciclo de Estudos Especiais de NFC.
3. Tenham obtido a equiparação oficial ao Ciclo de Estudos Especiais de NFC.

Nos casos 1, 2 e 3 a admissão é imediata desde que requerida pelos interessados.

4. Estejam inscritos na Competência de Electroencefalografia da Ordem dos Médicos.

No caso 4 a admissão é imediata desde que requerida pelos interessados.

5. Possuam 12 meses de formação em Neurologia e pratiquem uma das valências parcelares (EEG, EMG, PE) há pelo menos 3 anos. Para além disso e comprovem ter e treino tutelado na respectiva valência com a duração de pelo menos 12 meses,

No caso 5 a admissão terá de ser requerida e fica condicionada por avaliação curricular.

B) **Fase de Estadio**
(a partir de 1 de Janeiro de 1995)

Critérios de admissão
Mantêm-se exclusivamente os critérios anteriores 1, 2 e 3.

A Comissão apresentará até 31-12-94 um Documento sobre o Curriculum da Competência em EEG/Neurofisiologia Clínica e os Critérios de Idoneidade a que devem obedecer os Serviços em Ordem à formação dos Neurofisiologistas Clínicos.

Lisboa, 18 de Junho de 1994
O Conselho Nacional Executivo

Comissão Nacional para a Competência de EEG/NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA

Prof.ª Dr.ª Maria de Lourdes Sales Luís
Dr. João Gama Marques Proença
Dr. Pedro Simões Rosado
Dr. Mário Taborda
Dr.ª Elisa Ferreira Seabra Santos
Dr. Horácio Ribeiro de Azevedo
Dr. Rosalvo Manuel Martins Almeida

CONSULTADORIA FISCAL

Trabalho Independente e IVA

1. Todos os médicos que exerçam actividade por conta própria (trabalho independente), acumulável ou não com trabalho por conta d'outrém (trabalho dependente), bem como, os estabelecimentos hospitalares, clínicas, dispensários e similares que, por virtude de estarem abrangidos pela isenção do IVA nunca apresentaram a declaração de início de actividade para efeitos deste imposto, devem até ao dia 30 de Setembro de 1994 apresentar a aludida declaração na Repartição de Finanças da área da residência (artº 8º, nº 2 do Decreto-Lei nº 166/94, de 9 de Junho).
Normalmente, estão nesta situação os médicos que se encontravam já colectados antes de 1 de Janeiro.
2. As prestações de serviços, prestados ou recebidos, e as aquisições de bens efectuadas a partir de 1 de Janeiro de 1994, quando superiores a 500 contos anuais, por clientes e por fornecedores, obriga à apresentação de mapas recapitulativos, conforme mapas oficiais a publicar, até 31 de Maio do ano seguinte (artº 28º, nº1, alínea x) e z) do CIVA).
3. Quaisquer dúvidas suscitadas relativamente a este ou outros assuntos de ordem fiscal, podem ser esclarecidas às 3ªs feiras, das 10 às 13 horas e às 5ªs feiras, das 18.30 às 20.30 horas, na Ordem dos Médicos, Av. Gago Coutinho, em Lisboa.

Saúde
Que estratégia?

Dr. José Ezaguy Manaças

O tema da Saúde tem vindo ultimamente a ser objecto de ampla e acesa discussão em diversos colóquios, chegando ao conhecimento do grande público através dos diferentes meios de comunicação social.

A relevância e actualidade do tema, e as reflexões que sobre ele tenho feito, como fruto da atenção que sempre lhe dediquei, levam-me a tecer algumas considerações que julgo serem de grande oportunidade.

É do conhecimento geral a existência de um consenso significativo relativamente à situação de encruzilhada face a este assunto. Num quadro que tem por pano de fundo uma conjuntura económica desfavorável e se caracteriza por uma situação de crise do Estado Providência, com um crescimento explosivo dos custos dos cuidados de saúde e uma percentagem da população com capacidade cada vez menor para os pagar, torna-se urgente a tomada de decisões de fundo que permitam e facilitem a resolução deste delicado problema.

Chegou-se a uma tal situação devido a, ao longo dos últimos anos, se ter criado uma estrutura gigantesca, sem atender à necessidade de a sustentar através de um adequado planeamento a médio e longo prazo.

Os responsáveis políticos dos diversos quadrantes partidários deverão ter a coragem de se referir frontalmente a esta questão, promovendo uma abordagem consensual, a partir das realidades concretas que se nos deparam. Pela sua importância, a política de Saúde terá de ser uma política de Estado, elaborada com seriedade, independente dos ciclos eleitorais e sem cedências hipócritas a medidas ou propostas avulsas de mera propaganda, conjunturalmente agradáveis para o eleitorado, mas notoriamente insuficientes para a resolução dos problemas de fundo.

As análises a que normalmente se assiste, pecam por uma falta de visão estratégica global que, no domínio da Saúde, deverá ter uma base assistencial. É incorrecto discutir-se a questão do financiamento e dos recursos, como actualmente aconte-

ce, sem que previamente tenham sido definidos os objectivos e as grandes linhas de actuação.

Para se conceber uma estratégia em Saúde, é necessário sensibilidade assistencial, percepção do contexto sócio-cultural do nosso país, conhecimentos técnico-científicos e capacidade de perspectivar com base nestes dados. É igualmente indispensável e urgente definir planos estratégicos sectoriais a nível nacional (oncologia, transplantes, sida, tuberculose, etc.) e possuir a capacidade de integrá-los numa correcta e articulada rede de prestação de cuidados.

Como consequência do desenvolvimento científico e tecnológico da Medicina, a especialização e a subespecialização avançaram nos últimos anos a ritmo e nível alucinantes, tornando-se a prestação de Cuidados altamente complexa. A actuação em Medicina significa cada vez mais organização, o que implica uma criação de estruturas adequadas, que não se tem verificado.

Não tem sido correcta a forma arbitrária como se têm implementado uma multiplicidade de especialidades em muitos Hospitais, sem que se tenha começado por definir as bases desejáveis para o funcionamento destas, quer em termos de pessoal (número e qualificação), quer em instalações e equipamentos, isto é, sem se caracterizarem e dimensionarem as Unidades Funcionais, o que tem tido implicações negativas de ordem técnica e de rentabilidade.

E, como em cada Hospital só poderá e deverá funcionar um número limitado de especialidades, é necessário que se definam quais são aquelas que cada um deles deverá comportar, o que implicará uma actuação hospitalar baseada na complementaridade.

Os Hospitais devem funcionar integrados numa rede, valendo como conjunto articulado e interdependente, que deverão ser, e não como unidades individuais.

A melhor integração do Sistema de Saúde permitirá certamente atingir o objectivo fundamental que é a prestação de cuidados com um nível técnico mais elevado, para além de se traduzir também numa maior rentabilidade. A atomização do sistema tem resultado da incapacidade de o governar, o que é uma tendência natural que, se não for atempadamente invertida, nos conduzirá a uma situação difícil de solucionar.

Em muitos dos nossos Hospitais, e ao longo das últimas décadas, a estrutura de funcionamento dos serviços de acção médica tem-se mantido praticamente inalterável, por variadas razões, como a incapacidade de concepção de mudanças, os interesses pessoais, etc.. O actual esquema de funcionamento não tem possibilitado nem irá permitir que se possam atingir níveis de qualidade técnica mais desenvolvidos, para além de ainda impedir a obtenção de uma maior produtividade.

É necessário que a estratégia do Ministério da Saúde passe pela promoção da reorganização das estruturas operativas, pois de pouco servirá a máquina administrativa, Ministério, Direcções-Gerais, Conselhos de Administração, etc., se as Unidades de Saúde de base não funcionarem de forma adequada e actualizada.

No momento actual, fala-se frequentemente na gestão privada dos hospitais públicos que, além da função assistencial, têm funções de ensino-formação e investigação. Quem tem formação e uma carreira médica sabe que estas funções são indissociáveis, constituindo um todo que se complementa.

Uma gestão privada de hospitais públicos visará, obviamente, atingir resultados lucrativos, pelo que a sua actuação será condicionada pela necessidade de privilegiar as actividades mais rendíveis. Toda uma infra-estrutura previamente instalada com dinheiros públicos e o aproveitamento de pessoal técnico altamente qualificado irão ser aproveitados por interesses privados.

É necessária uma clara delimitação dos sectores público e privado, e isto sem prejuízo de uma desejável articulação entre os dois, enquanto partes de uma rede integrada de Cuidados de Saúde.

Sou de opinião que quanto menos Estado melhor. Contudo, para se tomar uma opção, é indispensável avaliar em bases analíticas a capacidade de intervenção do sector privado em cada um dos tipos de Cuidados, assim como o leque da população que poderá ser abrangida por estes.

Não acredito que seja ao nível da Assistência Hospitalar que o sector público possa ser restringido, uma vez que os custos com este tipo de cuidados têm crescido de forma exponencial e a percentagem da população que os poderá suportar é cada vez mais restrita.

Muito se tem falado nos seguros de saúde como alternativas ao Serviço Público. Esta possibilidade não tem tido o impacto que era esperado e desejado ao nível das Seguradoras, nem creio que o possa vir a ter, pelo menos a médio prazo. A percentagem da população portadora de seguros de saúde é diminuta, sendo a protecção e a segurança de quem os subscreve normalmente muito limitada por várias ordens de razão - as Companhias de Seguros podem rescindir discricionariamente o contrato, o seguro só é válido até um determinado limite de idade (mesmo que o cliente o possua e o tenha pago desde há longos anos), várias doenças estão automaticamente excluídas, etc... Além disso, as Seguradoras não possuem os sistemas operativos, ou seja, as Unidades de Saúde (Clínicas, Hospitais), nem se prevê que as venham a construir dentro do enquadramento actual.

Poder-se-á questionar se é justificável manter uma pesada estrutura pública ao nível dos Cuidados Ambulatórios, nomeadamente os de Clínica Geral, com os inerentes e elevados custos administrativos e de funcionamento ou se, pelo contrário, a alternativa privada para este tipo de prestação de cuidados, que necessita de infra-estruturas mínimas de relativamente fácil implementação, não corresponderá a uma importante redução de custos - sem prejuízo das actuais regalias dos utentes e profissionais de saúde, mantendo-se o contexto de uma Rede Nacional de Assistência. Estou certo que sim.

Algumas reflexões sobre a Saúde:

Bem de consumo? ou Necessidade social?

Dr. A. Torrado da Silva

A espiral dos custos com a saúde e com a doença parece imparável nos países mais afluentes. A angústia dos governantes é tanto maior quanto este aumento das despesas surge numa época em que a grave anemia crónica das respectivas economias não dá sinais de melhoria. Naturalmente, procuram soluções inovadoras de financiamento. Porém, as formas de terapêutica devem ser sempre aplicadas caso a caso, e como sabemos, o que poderá ser benéfico para umas doenças, agravará porventura outro tipo de enfermidades.

Com demasiada frequência, neste nosso pequeno país, verificamos a tendência ao deslumbramento com a face visível e superficial de certas soluções ensaiadas para problemas específicos de outros "doentes". Esquecemos um princípio fundamental em qualquer trabalho científico: se queremos comparar duas variáveis diferentes, elas terão que provir de grupos e de condições experimentais comparáveis. Talvez convenha parar para reflectir antes de se lançar na importação directa e na aplicação imediata de tais soluções. E, colocar uma pergunta que parece essencial: ***será que desejamos a saúde como um bem de consumo ou como uma necessidade social?***

Ultimamente tem surgido extensa bibliografia sobre o assunto que pode ser consultada nas mais importantes revistas da ciência médica mundial. Baseadas nestas leituras e em alguma vivência pessoal noutras latitudes, enunciam-se a seguir algumas ideias que talvez possam contribuir para a reflexão dos médicos - principais intervenientes sem os quais, salvo melhor opinião, não é possível reformular de forma minimamente eficaz e eficiente um qualquer sistema de saúde.

1. Muito se tem escrito e falado da proposta Clinton para a reforma dos cuidados de saúde nos E.U.A.- Ora, neste país a saúde deixou há muito de ser considerada pela sociedade como uma necessidade social, mas transformou-se sem sombra para dúvida num bem de consumo. Compram-se cuidados de saúde como se compram hamburgers, french fries ou ketch up que, por sinal, até prejudicam a saúde.

O princípio é claro: ***quanto mais se paga, mais se compra e, quando se pode pagar muito, até se pode comprar muito mais do que é preciso.*** Neste país não apenas afluente mas também muito influente, a prestação de cuidados de saúde depende assim directamente do recheio da bolsa de cada um e, naturalmente, todo o sistema (ou não sistema?) não é programado com base naquilo que parece à partida mais óbvio e essencial: a definição das reais necessidades de saúde de uma determinada população. Assim sendo, nada de mais natural que os custos com a saúde/doença tenham atingido neste país somas exorbitantes.

Por exemplo, por cada cidadão americano gasta-se cerca de 575 mil escudos por ano em saúde/doença e os custos globais com a saúde atingiram em 1993 a verba astronómica de 900 mil milhões de dólares. Embora o Estado apenas cubra cerca de 40 % desta verba, isto representa a maior percentagem que um país desenvolvido despende com a saúde: mais de 12% do P.I.B.. Na Grã Bretanha: 6% do P.I.B. e 115 contos per capita.

Apesar de todos estes dólares, cerca de 20 milhões de americanos têm graves dificuldades de acesso a cuidados de saúde pelo simples facto de viverem em estado de pobreza (rendimento inferior a dez mil dólares por ano). Por outro lado, a mortalidade infantil da população americana de raça negra foi superior, em 1992, à mortalidade infantil portuguesa. Estes e muitos outros dados, tais como a esperança de vida ou a taxa de vacinação da população infantil, indicam que os resultados efectivos estão muito aquém dos alcançados na maioria dos países europeus desenvolvidos. E tudo isto se passa numa nação que tem contribuído decisivamente, através da investigação científica de grande valor, para um sem número de progressos fundamentais na ciência médica.

2. Num sistema em que o exercício da medicina se tornou num negócio é inevitável que a atracção pelos lucros arrastem outros intervenientes: investidores, administradores companhias de seguros, advogados, e mesmo os próprios doentes.

A dimensão que os custos da "malpractice" atingiu nos E.U.A., e que se vai instalando também na Europa, é incomensurável. Não só afecta, talvez de forma irreparável, a relação de confiança entre os profissionais de saúde e os clientes, mas contribui de forma significativa

para o crescente agravamento das despesas, na sequência da chamada "medicina defensiva".

Apenas para citar dois exemplos deste estado de coisas que, de forma subtil e subterrânea se está instalando também entre nós, um neurocirurgião de Nova York tem hoje que desembolsar cerca de doze mil contos por ano para pagar o prémio do seguro que o proteja contra queixas de eventual "malpractice" e a prática de obstetrícia torna-se cada vez mas insustentável para muitos especialistas que, desta forma, resumem a sua clínica a problemas ginecológicos (a responsabilidade civil dum obstreta perdura até que a criança que ajudou a nascer complete 22 anos!). Como não pode deixar de ser, a repercussão destas despesas sobre os honorários é óbvia e gera também custos elevados das apólices das seguradoras, contribuindo assim para o aumento global das despesas. Os custos anuais dos negócios relacionados com a "malpractice" totalizam actualmente cerca de 7.2 mil milhões de dólares por ano!

3. Para tentar melhorar o acesso da população pobre dos E.U.A. a cuidados de saúde e, igualmente, para suster a crescente espiral das despesas, o governo actual propõe um plano de reformas que se baseia na "managed competition". Trata-se de incentivar a competição entre várias seguradoras associadas, com o intuito de conseguir uma baixa de preços. Esta competição será supervisionada por uma instituição de cúpula integrando investidores públicos (HIPC - Health Insurance Purchasing Cooperatives). Não cabe neste resumo descrever as linhas gerais do referido plano que deixaremos para outra ocasião. Porém, numerosos especialistas indicam que, sem prejuízo das boas intenções que ele encerra , existem grandes dúvidas se os objectivos pretendidos possam algum dia ser alcançados.

Nos E.U.A. cerca de 60% das despesas com a saúde são suportadas por cerca de 1200 seguradoras que competem já entre si, não através de prémios de seguros mais baratos ou de maiores benefícios para os utentes, mas pela cobertura das situações com menores riscos e menos dispendiosos e pela restrição de apólices a clientes de risco mais elevado.

15% dos americanos estão agora inscritos em grandes multinacionais dos seguros (H.M.O. - Health Maintenance Organizations). Inicialmente supunha-se que a concentração dos seguros nestas grandes redes de empresas iria permitir reduzir os custos o que, de facto, não se verificou. Antes pelo contrário. Enquanto a base do sistema consistir numa maximização dos lucros destas empresas parece impensável que, mesmo com maior competitividade, se consiga alcançar menor despesa global com a saúde. Todos querem tirar o maior partido do negócio. Além disso, os custos com os serviços administrativos e burocráticos que toda esta máquina gera representam actualmente cerca de 20% das despesas globais o que é, pelo menos, insensato. Curiosamente, na Grã Bretanha, com as modificações introduzidas no Serviço Nacional de Saúde os eventuais benefícios de produtividade têm sido em grande parte consumidos por idênticas despesas com este tipo de serviços administrativos.

4. Como recentemente escrevia o principal editor do New England Journal of Medicine "toda esta revolução parece ter apanhado desprevenida a profissão médica americana. Absorvidos pelos problemas dos seus doentes e relativamente mal informados acerca das novas forças sociais e económicas em presença, os médicos não estavam preparados para fazer face ao que lhes acontecia e pouco mais puderam fazer do que observar, frustados, uma vez que a sua influência se desvanecia e o controlo sobre o seu próprio futuro era conquistado por outros. Não é pois surpreendente que o seu nível de descontentamento seja hoje elevado".

5. As lições que este panorama nos ensina parecem óbvias. Há que tirar algumas ilacções:

a. Os profissionais de saúde e os médicos em particular devem estar informados e atentos ao desenrolar destes acontecimentos o que implica que alguns se dediquem com mais profundidade aos problemas de gestão e de economia da saúde.
b. Devemos, por todos os meios, preservar o que há de mais importante na nossa profissão - a relação de confiança entre médico e doente. Para o conseguir há que manter a todo o custo o rigor e a qualidade técnica e humana dos serviços que prestamos e manter bem vivos os princípios da deontologia e da ética.
c. Denunciar todas as formas de negócio ou de abuso e de poder que directa ou indirectamente venham infectar o que de mais nobre há nesta profissão.
d. Evitar os desperdícios e a perda de energias inuteis (por exemplo em serviços administrativos ineficazes) o que desvia o sistema do seu objectivo: a busca de soluções para os problemas de saúde de forma eficaz, eficiente e equitativa.
e. É tempo de reconhecer o que há muito está abundantemente comprovado: as forças do mercado, embora úteis na venda de pastas de dentes ou de computadores, não são adequadas à prestação eficiente de cuidados de saúde de acordo com as necessidades da população. Quando os preços para os cuidados de saúde são determinados pelo mercado, em regra sobem. O tipo de cuidados prestados apenas reflecte incentivos financeiros em vez de necessidades humanas. A competitividade deveria antes ser baseada na efectiva satisfação dos doentes. Isto, sem prejuízo, de se instituir um sistema dispendioso para uma fracção afluente da população viciada no consumo de tudo, para além das suas próprias necessidades. Mas, esse é outro problema que não compete obviamente ao Estado financiar.

Sistema de Saúde Para Portugal

Prof. F. A. Gonçalves Ferreira

Comentário analítico, informativo e construtivo às intervenções do Debate com o título **"Que Sistema de Saúde para Portugal?"** inserido no Ciclo sobre Política de Saúde da Ordem dos Médicos, em que foi moderador o Dr. Vítor Ramos e fizeram comunicações o Dr. Cipriano Justo, o Dr. Albino Aroso e o Padre Vítor Melícias.

Neste debate (publicado na revista da Ordem dos Médicos do mês de Abril de 1994), todas as intervenções feitas sobre o problema de um **SISTEMA DE SAÚDE PARA PORTUGAL** omitiram qualquer referência aos estudos e realizações que foram levadas a cabo anteriormente entre nós, o que devem ser consideradas fundamentais, porque definiram os objectivos concretos da política nacional de saúde.

Três grupos de dados estão à disposição da classe médica e dos políticos do nosso País para se poder fazer a análise do estado de saúde da população e das perspectivas da sua promoção pelo aperfeiçoamento dos serviços já existentes.

1) Portugal elaborou, em 1971, uma política nacional de saúde com a definição das bases teóricas e práticas assentes em dois Decretos Leis: nº 413 e 414, de 27 de Setembro, estabelecendo o primeiro a nova política de saúde e os Serviços a desenvolver para a efectivar, e o segundo as carreiras profissionais do pessoal necessário.
   No que diz respeito à política de saúde, ficou estabelecido que esta visa garantir o direito à saúde, considerado como direito de personalidade, bem como cooperar na segurança e promoção social dos indivíduos e dos seus agrupamentos naturais e valer aos seus estados de carência.
   O direito à saúde compreende o de acesso aos serviços, nos termos estabelecidos pela sua orgânica, e não sofre restrições, salvo as impostas pelo limite dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.
   Acrescentou-se que no exercício das actividades de saúde se atenderá: à natureza unitária da pessoa humana e ao respeito pela sua dignidade e integridade moral; à família, como instituição básica do desenvolvimento integral do homem e primeira responsável pelo bem-estar dos seus membros.
   Esta grande reforma criou a rede nacional dos Centros de Saúde (distritais, concelhios e postos de saúde de freguesias dependentes destes), com as valências de trabalho essenciais constituindo "unidades de saúde", dirigidas por autoridades de saúde responsáveis por todas as actividades de saúde pública e as ligações na doença entre o ambulatório e a rede hospitalar de diagnóstico e tratamento (hospitais concelhios, distritais e centrais gerais especializados).
   Criou igualmente os órgãos de investigação, representados pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) e a Escola Nacional de Saúde Pública.
2) Desde a publicação da Reforma de 1971, a análise do seu funcionamento e resultados tem sido feita em numerosos estudos, de que se destacam os publicados nos "Arquivos do Instituto Nacional de Saúde" e, em particular, os do "Dia do INSA", efeméride que criámos para fazer essa análise anualmente por autoridades de saúde e outros peritos convidados, e cujas comunicações têm sido publicadas nos nossos mesmos "Arquivos".
3) Dados de conjunto estão disponíveis nos livros que publicámos pelo Serviço de Educação da Fundação Calouste Gulbenkian sobre os problemas da saúde e da sua política no Mundo e em particular em Portugal:
   a) *Moderna Saúde Pública* (6ª edição), 1980;
   b) ***Sistemas de Saúde e seu Funcionamento*** - Sistemas de cuidados de saúde no mundo. O caso particular de Portugal. 1989.
   c) *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal.* 1990.

Todos os intervenientes neste debate tiveram os olhos postos mais no que vai pelo Mundo na resolução dos problemas de saúde das várias

populações, do que nós, portugueses, já poderíamos ter feito no País.
Cito a afirmação do Dr. Albino Aroso, de que "Nós (Portugal) fomos talvez o último país do Mundo civilizado a instituir o Serviço Nacional de Saúde", o que sugere uma visão muito pessoal do significado da expressão "Serviço Nacional de Saúde". É certo que a Constituição de raiz marxista que nos tem governado estabeleceu a definição de "Serviço Nacional de Saúde", mas ela não passa de utópica e sem possibilidade de adequação a uma política de saúde de progresso ajustado.
Os estudantes de Medicina, a classe médica e os políticos responsáveis fariam bem se procurassem conhecer melhor o que o país pode fazer, no que diz respeito à organização de serviços de saúde integrados, a partir das actividades de saúde pública, com começo na família considerada a base da sociedade.
Nesta perspectiva, os problemas do financiamento apresentam aspectos novos mais favoráveis do que se tem dito. Deles tratámos nos livros b) e c), atrás citados.

Serviço Militar - Médicos

Dr. Vaz Velho

Dizem que a História se repete por ciclos de duração variável; os que discordam desta ideia devem encontrar-se em apuros para defender a sua posição, face às palavras do Ministro da Saúde publicadas nos jornais, referentes aos médicos mais jovens (Diário de Notícias - 13/02/94, Capital - 14/02/94) e Expresso, 16/04/94).
De 1961 a 1974 todos os médicos recém-formados que não fossem cegos ou estropiados ou do sexo feminino (passe a pouca gentil associação, mas nesse tempo a Constituição em vigor não igualava os direitos dos sexos) eram incorporados nas Forças Armadas com vista à sua participação na guerra colonial.
Assim, a todos, cedo se lhes colocava duas opções, dois destinos: ou África ou Paris, que nessa época era, senão o destino, pelo menos escala obrigatória.
Os médicos nesse tempo eram, comparativamente às outras profissões liberais, discriminados negativamente: eram incorporados mais que uma vez, ou porque tinham feito o primeiro Serviço Militar antes de 61, ou porque tinham optado por uma especialidade de grande procura na tropa ou, finalmente, porque tendo feito o Serviço Militar em estudante, como oficiais não médicos, eram reincorporados como oficiais médicos.
Agora, de novo, os médicos são discriminados: o seu tempo de Serviço Militar é maior que o dos outros oficiais, por razões de Estado. Felizmente que dispõem, pelo menos, de mecanismos legais de defesa e do direito de divulgarem publicamente o seu descontentamento.
A explicação que o Ministério da Saúde dá frivolamente da questão, além de me fazer ocorrer a teoria dos ciclos da História, lembra-me os meus tempos de escola primária em que os miúdos que já tinham levado as palmatoadas da professora, escarneciam dos que vinham a seguir!
Por outro lado, encarar como futuro cor de rosa e recurso à emigração para França, ou para os destruídos países de África lusófona, como formas alternativas de fuga ao desemprego é, seguramente, fazer humor negro com a desgraça dos outros.

PROTOCOLO BPA / ORDEM DOS MÉDICOS
Beneficie das vantagens que o BPA
põe à disposição dos Membros da Ordem dos Médicos
● LINHAS DE CRÉDITO EM CONDIÇÕES ESPECIAIS ● SEGUROS PARA DIVERSOS FINS
● SERVIÇOS E PRODUTOS BPA, E GRUPO BPA, EM CONDIÇÕES COMPETITIVAS
Informe-se aos Balcões BPA BANCO PORTUGUÊS DO ATLÂNTICO

I Congresso da Medicina Privada - Moção

Defender no Presente Construir o Futuro

Numa altura em que a prestação de Cuidados Privados de Saúde de qualidade implica investimento e renovação permanentes tornando difícil aos cidadãos o pagamento directo de cuidados cada vez melhores mas também cada vez mais caros.

Numa altura em que o Estado intervém no sector de uma forma cada vez mais monopolista em que não só oferece internamentos e consultas gratuitas como só através do Serviço Nacional de Saúde estatal se consegue a comparticipação nos medicamentos, nos exames complementares de diagnóstico, nos tratamentos de fisiatria e nos tratamentos oncológicos.

Numa altura em que o S.N.S. continua a ser totalitário sendo prova que enquanto investe no seu próprio crescimento não actualiza os preçários dos convencionados que se encontram a um terço do valor real de há dez anos, lhes paga entre três a oito meses após a facturação e sem quaisquer juros embora o Estado os exija sempre que por dificuldades de liquidez decorrentes dos não pagamentos por parte do S.N.S. os prestadores convencionados não tenham os seus impostos ou prestações à segurança Social em dia.

Quando neste sector a sua dualidade chega ao ponto de por um lado tudo exigir, e bem, obrigando a investimentos e encargos pesados com pessoal, por outro impor unilateralmente contratos com validade de noventa dias sendo certo (Estatuto do S.N.S.) que os actuais contratos terminam em 1996.

Numa altura em que os subsistemas privados (ADSE, SAMS, CTT, etc...) que tinham como objectivo proporcionar uma alternativa de qualidade aos seus beneficiários vêem o seu orçamento desviado para o suporte ao S.N.S. ficando impossibilitados de actualizar as suas tabelas de reembolso.

Numa altura em que não se vislumbra futuro para os vários sectores da medicina Privada, não é possível alterar o manifestamente desadequado enquadramento da função Pública dos Médicos que trabalham no S.N.S. e muito menos possibilidades para os novos médicos, foi grande preocupação que reuniu de forma altamente participada o **I Congresso da Medicina Privada** tendo deliberado:

a) Dar conhecimento das preocupações atrás expressas ao Presidente da Ordem dos Médicos, ao Ministro da Saúde, ao Presidente da Comissão Parlamentar de Saúde e Grupos Parlamentares, e aos Portugueses através da Comunicação Social.

b) Realçar o empenhamento e vontade construtiva da medicina privada para através de um diálogo sério se conseguir reformar o Sistema de Saúde português de forma a melhor servir os cidadãos e a gratificar os Agentes de Saúde tendo em atenção a racionalidade e desenvolvimento económico.

c) Aguardar como imprescindível sinal de boa fé por parte do Ministério da Saúde em relação ao Sector Convencionado, uma actualização correcta dos preçários, regularidade nos pagamentos com uma recuperação significativa dos atrasos e o pagamento dos correspondentes juros.

d) Apoiar o Ministro da Saúde na defesa e aplicação do princípio da manutenção pelo cidadão dos seus direitos independentemente do prestador de cuidados de saúde a que recorra, considerando que só assim será possível garantir de facto a Liberdade de Escolha condição essencial para a existência de Cuidados de Saúde de Qualidade.

e) Considerar a Associação da Medicina Privada - A.M.P. como a legítima representante dos Prestadores de Cuidados médicos privados, sem prejuízo das Associações já existentes, apelando a todos os colegas e instituições, a quem a Medicina Privada interesse ou possa vir a interessar, a nela se inscreverem.

f) Solicitar à A.M.P. esforços no sentido de promover a reunificação associativa do sector privado da saúde.

g) Mandatar a direcção da A.M.P. para estudar formas de Organização e Financiamento da Medicina Privada, designadamente explorando a hipótese do Seguro Alternativo.

h) Mandatar a Direcção da A.M.P. para preparar, convocar e organizar para o dia 19 de Novembro o I Encontro da Medicina Convencionada.

Decreto - Lei Nº 97/94 de 9 de Abril

Ensaios Clínicos

A elevada complexidade de muitas patologias humanas motiva a incessante procura da medicina e da indústria farmacêutica com o objectivo de se investigar ou verificar, através de um estudo sistemático, os efeitos e reacções adversos aos medicamentos, estudar a absorção de tais produtos pelo ser humano, sua distribuição, metabolismo e excreção, com a colaboração voluntária de pessoas doentes ou saudáveis, a fim de assegurar a sua eficácia e segurança.

Nisto consistem, sumariamente, os ensaios clínicos onde se entrecruzam, não raro, interesses só parcialmente coincidentes.

Impõe-se a salvaguarda dos direitos dos indivíduos envolvidos nos ensaios, designadamente o direito a uma correcta informação como pressuposto de um consentimento livre e esclarecido e o direito à integridade e confidencialidade.

A fim de corrigir ou completar a informação recolhida ou, em caso de contestação séria, verificar a sua autenticidade é indispensável a organização de um processo individual, por cada participante, que contenha as informações médicas ou outras consideradas necessárias.

Importa, a todo o custo, garantir a idoneidade da investigação, evitando o recurso aos ensaios clínicos para fins promocionais ou a abusiva dos doentes, pelo que se considera indispensável o parecer das comissões de ética.

A base XXII da Lei de Bases da Saúde, Lei nº 48/90, de 24 de Agosto, estatui que os ensaios clínicos de medicamentos são sempre realizados sob direcção e responsabilidade médica, segundo regras a definir em diploma próprio.

Tratando-se de preencher uma lacuna no nosso ordenamento jurídico, urge criar o enquadramento que garanta o direito à integridade física e moral dos sujeitos objecto dos ensaios clínicos, no respeito pelas recomendações internacionais de ética de Helsínquia e Tóquio, da Organização Mundial de Saúde e da Comunidade Europeia.

Foram ouvidos o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, a Ordem dos Médicos e a Ordem dos farmacêuticos.

Assim:

Nos termos da alínea a) do nº1 do artigo 201º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1º
Objecto

1 - O presente diploma estabelece as normas a que devem obedecer os ensaios clínicos a realizar em seres humanos, de modo a garantir a sua integridade física e psíquica e a eficácia e segurança dos medicamentos.

2 - Para efeitos do presente diploma, entende-se por ensaio clínico todo o estudo sistemático com medicamentos a realizar em seres humanos, saudáveis ou doentes, com o objectivo de investigar ou verificar os efeitos e ou identificar qualquer efeito secundário dos medicamentos e ou estudar a sua absorção, distribuição, metabolismo e excreção, a fim de determinar a sua eficácia e segurança.

Artigo 2º
Princípio Geral

O bem individual da pessoa deve prevalecer, em qualquer ensaio clínico, sobre os interesses da ciência e da comunidade.

Artigo 3º
Qualificação profissional

1 - Os ensaios clínicos só podem ser efectuados por médicos com qualificação científica adequada, com experiência em investigação, em especial na área de ensaio clínico proposto.

2 - A qualificação científica a que se refere o número anterior deve ser reconhecida pela comissão ética do estabelecimento de saúde pública ou da unidade privada de saúde, atentos o tipo de ensaio a realizar e as qualificações profissionais dos médicos em causa.

Artigo 4º
Requisitos

1 - A realização dos ensaios clínicos deve ter lugar em estrita observância dos princípios científicos reconhecidos e escrupuloso respeito pela integridade física e psíquica das pessoas envolvidas.

2 - Os ensaios clínicos devem ser precedidos de ensaios em animais, só

podendo ser realizados em seres humanos quando os resultados daquela experimentação permitam concluir que os riscos para a pessoa a submeter ao ensaio são proporcionais aos benefícios que para essa pessoa se apresentam como previsíveis.

3 - Os ensaios clínicos podem, ainda, ser realizados em pessoas sãs quando não existam riscos previsíveis para a sua integridade física e psíquica.

Artigo 5º
Instituições autorizadas

1 - Os ensaios clínicos apenas podem ser realizados em estabelecimentos de saúde públicos, ou unidades privadas de saúde devidamente licenciadas, que reúnam condições materiais e humanas susceptíveis de garantir o rigor e a qualidade científica exigidos.

2 - Os ensaios em cuja realização sejam utilizados medicamentos que, pela sua natureza ou pelas características da doença, possam originar risco grave para a vida ou saúde do paciente devem ser realizados em unidades de saúde com internamento que disponham de condições técnicas, materiais e humanas adequadas ao controlo permanente do ensaio e à realização das intervenções que vierem revelar-se necessárias.

Artigo 6º
Protocolo

1 - Os termos da realização de cada ensaio clínico constam de um protocolo, no qual se estabelecem os respectivos objectivos, condições de efectivação e faseamento.

2 - Do protocolo constam, ainda, os seguintes elementos:

a) Nome e morada do promotor, do investigador responsável pelo ensaio e seus colaboradores, acompanhados dos respectivos currículos;

b) Montante de remuneração a atribuir ao investigador, bem como as prestações pecuniárias ou em espécie a atribuir pelo promotor aos estabelecimentos em que se efectuem os ensaios como contrapartida da sua realização;

c) Denominação genética do medicamento, sua composição e identificação da entidade que preparou as amostras;

d) Nome do director técnico responsável pela qualidade dos medicamentos a ensaiar;

e) Tipo e definição do ensaio clínico, técnica seleccionada e seus objectivos;

f) Local e serviço onde se pretende realizar o ensaio clínico e respectiva duração;

g) Previsão do perfil, critérios de admissibilidade, número de participantes e especificação dos seus diagnósticos;

h) Precauções a observar na realização do ensaio e reacções adversas previsíveis.

3 - O protocolo é datado e assinado pelo promotor e pelo investigador responsável pelo ensaio.

4 - Ao protocolo são anexadas a identificação dos sujeitos dos ensaios clínicos e a prova do respectivo consentimento.

Artigo 7º
Autorização

1 - A realização de ensaios clínicos carece de autorização prévia, a conceder pelo órgão de administração da instituição em que se realize, a requerimento do promotor observadas as seguintes condições:

a) Nas instituições e serviços de saúde públicos, mediante parecer favorável da comissão de ética e do director do serviço onde se pretende realizar o ensaio;

b) Nas unidades privadas de saúde, mediante parecer favorável da comissão de ética.

2 - Nos estabelecimentos ou unidades de saúde onde não exista comissão de ética não pode ser autorizada a realização de ensaios clínicos.

3 - O pedido de autorização é instruído com o protocolo e demais documentação que fundamente os objectivos do ensaio clínico.

4 - Não pode ser concedida a autorização quando do protocolo não constem os elementos a que se refere o artigo anterior.

5 - A autorização concedida, bem como o início do ensaio, devem ser comunicados pelo promotor ao Instituto Nacional de Farmácia e do Medicamento, sendo a comunicação acompanhada de cópia do protocolo.

Artigo 8º
Comissão de ética

1 - À comissão de ética cabe pronunciar-se sobre os pedidos de autorização para a realização de ensaios clínicos e fiscalizar a respectiva execução, em especial no que respeita aos aspectos éticos e à segurança e integridade dos sujeitos do ensaio clínico.

2 - No exercício das competências a que se refere o número anterior, devem as entidades referidas avaliar, designadamente:

a) As qualificações e experiência do investigador e seus colaboradores, tendo em vista a realização do ensaio proposto,

b) As condições técnicas e assistenciais em que decorre o ensaio;

c) A adequação do protocolo aos objectivos do ensaio, ponderando especialmente os possíveis benefícios e os riscos previsíveis;

d) A observância dos compromissos éticos assumidos no protocolo ou resultantes das normas, nacionais ou internacionais, por que se rege a realização dos ensaios clínicos;

e) A ocorrência de razões que justifiquem suspensão ou revogação da autorização concedida para a realização de ensaios clínicos.

3 - A composição, a competência e o modo de funcionamento das comissões de ética são definidos em diploma próprio.

Artigo 9º
Informação

1 - O investigador está obrigado a informar de modo simples, inteligível e leal o sujeito do ensaio clínico das riscos, das consequências e dos benefícios previsíveis bem como dos métodos e objectivos prosseguidos.

2 - O investigador deve, ainda, facultar ao sujeito do ensaio clínico, por escrito, os seguintes elementos:

a) Nome e morada do promotor, do investigador responsável pelo ensaio e seus colaboradores;

b) Denominação do medicamento;

c) Nome do técnico responsável pela qualidades dos medicamentos a ensaiar;

d) Características do ensaio clínico, sua duração e objectivos;
e) Precauções a observar na realização do ensaio clínico e reacções previsíveis.

3 - O sujeito do ensaio clínico deve, também, ser esclarecido quanto ao regime de responsabilidade civil aplicável.

Artigo 10º
Consentimento

1 - O consentimento para a participação em ensaios clínicos deve ser livre, esclarecido, expresso e dado por escrito.

2 - É ineficaz o consentimento obtido sem observância do disposto no nº 1 e no artigo anterior.

3 - O consentimento é livremente revogável a todo o tempo, não incorrendo o sujeito na obrigação de indemnizar os prejuízos daí decorrentes.

4 - No caso de menores ou incapazes, só é permitida a realização do ensaio clínico quando resultar benefício clínico directo para o sujeito.

5 - Tratando-se de sujeitos menores ou incapazes, o consentimento deve ser prestado pelos seus representantes legais, sem prejuízo da necessidade do consentimento dos menores que disponham da capacidade de entendimento e manifestação de vontade.

Artigo 11º
Confidencialidade

Todos aqueles que participarem em ensaios clínicos ou por qualquer forma tiverem conhecimento da sua realização ficam obrigados a não revelar quaisquer dados pessoais a que tenham tido acesso.

Artigo 12º
Remuneração do investigador

1 - É permitida a remuneração do investigador, a qual deve constar do protocolo, sem prejuízo do disposto no número seguinte.

2 - Quando o investigador for funcionário ou agente do serviço nacional de saúde aplica-se o regime geral da função pública.

Artigo 13º
Compensações

1 - A participação dos sujeitos em ensaios clínicos não pode, em nenhuma circunstância, ser remunerada.

2 - O disposto no número anterior não prejudica o reembolso das despesas ou prejuízos que o sujeito haja suportado pela sua participação nos ensaios.

3 - Quando tenha lugar, nos termos do número anterior, a compensação de despesas ou prejuízos, os respectivos montantes e a sua justificação devem ser comunicados, periodicamente, por escrito, à entidade competente para conceder a autorização e à comissão de ética.

Artigo 14º
Seguro

1 - O sujeito do ensaio clínico tem direito a ser indemnizado pelos danos sofridos, independentemente da culpa.

2 - Para efeitos do disposto no número anterior, deve ser criado um seguro obrigatório, suportado pelo promotor.

Artigo 15º
Promotor

1 - O promotor é a pessoa responsável pela promoção e financiamento do ensaio clínico.

2 - Cabe ao promotor, designadamente:
a) Solicitar ao órgão de administração do estabelecimento de saúde autorização para realizar os ensaios clínicos;
b) Propor o investigador, cuja qualificação científica e experiência profissional deve comprovar documentalmente;
c) Facultar ao investigador todos os dados químico-farmacêuticos, toxicológicos, farmacológicos e clínicos relevantes que garantam a segurança do medicamento e todas as informações necessárias à boa condução dos ensaios;
d) Financiar e colocar à disposição do investigador os meios necessários à boa realização dos ensaios, em especial medicamentos e equipamentos;
e) Assegurar a vigilância do ensaio mediante uma monitorização efectuada sob responsabilidade médica;
f) Assegurar o cumprimento dos deveres de comunicação e de informação previstos no presente diploma;
g) Apresentar o relatório final ao órgão de administração do estabelecimento de saúde, bem como ao Instituto da Farmácia e do Medicamento.

Artigo 16º
Investigador

1 - O investigador é um perito médico responsável pela condução e realização do ensaio clínico.

2 - Ao investigador cabe, designadamente:
a) Responsabilizar-se pela realização dos ensaios, em conformidade com o protocolo subscrito conjuntamente com o promotor, nos termos da autorização concedida;
b) Informar e esclarecer os sujeitos dos ensaios clínicos, nos termos do artigo 9º;
c) Propor aos órgãos de administração da instituição de saúde, obtida a autorização do director do serviço e do promotor e ouvida a comissão de ética, as alterações ao protocolo eventualmente decorrentes dos dados parciais dos ensaios clínicos e, bem assim, promover a modificação e a suspensão dos ensaios, sempre que ocorram razões justificativas;
d) Assegurar o registo rigoroso das fichas clínicas, bem como o tratamento de todas as informações recolhidas durante os ensaios e elaborar o relatório final contendo a apreciação dos resultados obtidos.

3 - Ao investigador cabe, ainda:
a) Tomar medidas adequadas no caso de reacções adversas graves ou inesperadas e delas dar conhecimento imediato ao promotor, à comissão de ética, à Direcção Geral de Saúde, ao Instituto da Farmácia e do Medicamento e ao órgão de administração do estabelecimento de saúde respectivo;
b) Disponibilizar os resultados dos ensaios, sempre que requeridos, ao Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, ao órgão de administração da instituição de saúde, ao promotor e ao monitor, de modo a possibilitar o

tratamento dos mesmos, ou a verificação dos objectivos;

c) Assegurar a confidencialidade dos aspectos da preparação, condução e finalização do ensaio, bem como da informação respeitante aos sujeitos nele envolvidos;

d) Responsabilizar-se pelo acompanhamento médico dos sujeitos dos ensaios durante e após a sua realização e manter o director do respectivo serviço informado do andamento dos ensaios.

4 - O investigador pode promover a realização de ensaios clínicos desde que assuma simultaneamente as responsabilidades de promotor.

Artigo 17º
Monitor

1 - O monitor é o indivíduo designado pelo promotor para acompanhar o ensaio clínico, relatando a sua evolução e verificando as informações coligidas, e para o manter permanentemente informado.

2 - As informações a prestar ao promotor compreendem, designadamente, a verificação das condições indispensáveis à realização do ensaio, a informação prestada a toda a equipa de investigação, o cumprimento do protocolo e o modo de recolha e registo dos dados do ensaio clínico.

Artigo 18º
Suspensão ou revogação da autorização concedida

1 - A autorização concedida deve ser suspensa ou revogada consoante a gravidade do caso, ouvida a comissão de ética:

a) Quando falte ou se encontre viciado o consentimento dos sujeitos do ensaio;

b) No caso de incumprimento do protocolo;

c) Quando a continuação do ensaio clínico possa revelar-se perigosa para a saúde dos participantes e, em especial, sempre que ocorram reacções adversas graves.

2 - A suspensão ou revogação de autorização concedida deve ser devidamente fundamentada e comunicada ao Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento, ao director do serviço e ao promotor.

Artigo 19º
Contra-ordenações

1 - Sem prejuízo da responsabilidade civil, penal ou disciplinar pelos factos em causa, a violação do disposto no presente diploma constitui contra-ordenação punível nos termos dos números seguintes.

2 - É punível com coima de 150 000$00 a 500 000$00:

a) A violação do dever de confidencialidade a que estão obrigados os intervenientes nos ensaios clínicos;

b) A autorização para a realização de ensaios clínicos sem que do processo conste o protocolo, quando estes não contenham todos os elementos que dele devem constar ou quando falte a demais documentação que fundamente os objectivos dos ensaios clínicos;

c) A falta da comunicação a que se refere o nº3 do artigo 13º.

3 - É punível com coima de 250 000$00 a 500 000$00:

a) A realização de ensaios clínicos por médicos sem qualificação científica adequada ou com desrespeito pela integridade física e psíquica das pessoas envolvidas;

b) A concessão de autorização para a realização de ensaios nos termos da alínea anterior;

c) A realização de ensaios clínicos sem que o sujeito tenha sido previamente informado dos seus objectivos, métodos e potenciais riscos ou incómodos e prestado o seu consentimento livre e esclarecido;

d) A atribuição aos sujeitos de qualquer compensação patrimonial não prevista no nº2 do artigo 13º.

4 - É punível com coima de 400 000$00 a 500 000$00:

a) A realização de ensaios clínicos em unidades que não se encontrem devidamente licenciadas ou que não disponham de condições técnicas, materiais e humanas adequadas ao controlo permanente do ensaio e à realização das intervenções que vierem a revelar-se necessárias;

b) A realização de ensaios clínicos sem autorização do órgão de administração da instituição e parecer favorável da comissão de ética;

c) A não suspensão ou revogação de autorização concedida quando falte ou se encontre viciado o consentimento dos sujeitos de ensaio, haja incumprimento do protocolo ou a continuação do ensaio se tenha revelado perigosa para a saúde dos participantes ou tenham ocorrido reacções adversas graves;

d) A falta de comunicação ao Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento do início do ensaio ou a omissão do envio do protocolo.

5 - Sendo o infractor pessoa colectiva, os montantes mínimos e máximos das coimas previstos nos números anteriores são elevados para o dobro.

6 - A negligência é punível.

Artigo 20º
Aplicação e destino das coimas

1 - A aplicação das coimas previstas no artigo anterior compete ao presidente do conselho de administração do Instituto Nacional de Farmácia e do Medicamento.

2 - O produto das coimas reverte em 60% para o Estado e em 40% para o Instituto Nacional de Farmácia e do Medicamento.

Artigo 21º
Legislação aplicável

1 - Sem prejuízo do disposto no presente diploma, a realização dos ensaios clínicos deve pautar-se, com as necessárias adaptações, pelo disposto na legislação que regula os ensaios analíticos, toxicofarmacológicos e clínicos dos medicamentos de uso humano.

2 - As regras de boa prática clínica de ensaios clínicos são aprovadas por portaria do Ministro da Saúde.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 10 de Fevereiro de 1994.

Aníbal António Cavaco Silva
Álvaro José Brilhante Laborinho Lúcio
Adalberto Paulo da Fonseca Mendo.

Promulgado em 16 de Março de 1994.
Publique-se.

O Presidente da República,
Mário Soares.

Referendado em 18 de Março de 1994.

O Primeiro-Ministro,
Aníbal António Cavaco Silva.

Medicina Portuguesa mais Pobre

COM A MORTE DO PROF. **FRANCISCO CAMBOURNAC**, OCORRIDA RECENTEMENTE A MEDICINA PORTUGUESA E O PAIS FICARAM MAIS POBRES.

Francisco José Carrasqueiro Cambournac, foi médico, cientista, epidemiologista, tropicalista, malariologista, diplomata, mas acima de tudo foi português de que todos nos orgulhamos. Director do Instituto de Higiene e de Medicina Tropical de Lisboa (1964-1973), as suas actividades estenderam-se contudo a todos os continentes do mundo, tendo em 1953 sido eleito e em 1958 reeleito para Director do Bureau Regional de África da OMS. Nascido em Rio de Mouro, Sintra em 1903, licenciou-se na Faculdade de Medicina de Lisboa, Londres, Hamburgo, Paris, Roma, Epsom, Amsterdão e Skoplje. Foi o representante de Portugal na Conferência Internacional de Saúde, organizada pelas Nações Unidas em Nova York (1948), onde foi criada e se estabeleceu a Constituição da OMS, que assinalou. Primeiro Consultor da OMS em África, preparou um relatório sobre os Serviços de Saúde em todos os países e territórios da Região de África da OMS, que serviu de base para as discussões na Primeira Conferência organizada em África pela OMS (Kampala, 1950).

Francisco Camburnac foi Presidente do Colégio de Medicina Tropical da Ordem dos Médicos, Professor de Higiene, Climatologia e Geografia Médica (Lisboa), Chefe dos Serviços de Prospecção de Endemias de Angola, Coordenador de Estudos em Febre Amarela (Angola, Moçambique, S. Tomé e Príncipe), responsável pelo grupo que erradicou a Malária em Cabo Verde, consultor da OMS para a erradicação da Malária no Irão, orientador de cursos internacionais em Malariologia (OMS), do combate à Tripanossomíase (Guiné). Efectuou inúmeras missões para combate a endemias em Angola, Moçambique, Timor, Macau, Guiné, S. Tomé e Príncipe, Goa, Damão e Diu. Para além do reconhecimento que granjeou em Portugal, a fama de Francisco Cambournac tornou-se largamente reconhecida internacionalmente na Europa, em todos os países africanos, Brasil e EUA. Enquanto Director do Bureau Regional de África da OMS, visitou e contactou os Serviços de Saúde de praticamente todos os países do mundo.

Membro de inúmeras Associações Médicas Nacionais e Internacionais da Europa, África e América (Portugal, Espanha, França, Bélgica, Itália, Inglaterra, Alemanha, Senegal, EUA), foi convidado para leccionar e fazer conferências em vários países da América do Norte e do Sul, Europa, África, Ásia e Austrália.

Durante a sua profíqua e longa vida, e mantendo sempre uma ligação especial em Portugal, Francisco Cambournac exerceu uma intensa actividade mesmo após ser jubilado em 1973 com 70 anos de idade. Assim, foi Chefe da Missão que erradicou a cólera em Cabo Verde (1974-1977), acompanhou sua Excelência o Senhor Presidente da República como acessor no campo da Saúde nas suas visitas à República da Guiné-Bissau (1978) e às Repúblicas de Moçambique Zambia e Tanzania (1981), foi nomeado representante Português no Colóquio Internacional das Nações Unidas (Viena de Áustria, 1979), convidado pelo Director da OMS a colaborar no "UNDP/World Bank/Who Special Programme for Research & Training in Tropical Diseases" (1979), Director da Missão para debelar o surto epidémico de Malária na república de S. Tomé e Príncipe (1986), convidado pela "University of South Florida (Medical Center)" a integrar a "People to People Tropical Delegation" que se deslocou à República Popular da China (1987 e 1991). Para além de ter sido convidado e de ter efectuado numerosas palestras em Portugal (1977, 1985, 1988, 1989), Strasbourg (1980), Cambridge (1980), França (1983), foi-lhe atribuido o grau de membro "Emeritus pela Academia de Medicina de Lisboa (1991), Doutor "Honoris Causa" pela faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa (1992) é o Prémio "Emile Brumpt" pala academia de Medicina de Paris (1998).

Comendador em Portugal (Ordem Militar de Sant'Iago e Espada, 1973 e Grande Oficialato da Ordem do Infante D. Henrique, 1986) Espanha (Encomienda con Placa da Ordem Civil de Sanidad) e Itália (Comenda dell'Ordine della Corona d'Italia) condecorado com a Ordem de Mérito Médico do Brasil (1983), galardoado pela OMS com a "Order of the Bifurcated Needle" pelos serviços prestados e com a Medalha e o Prémio Internacional de Medicina Social "Léon Bernard" em Sessão Especial na 31ª Assembleia Mundial da Saúde (Genéve, 1978), a sua biografia é discrita no "WHO'S WHO in de World", "WHO'S WHO in Europe", "Internacional WHO'S WHO" "Men of Achievement" e no "Grande Livro dos Portugueses" (CL, 1991 - 1993). O seu nome está associado à descoberta de insectos Culicóides transmissores de protozoários e lagelados, de virus e filárias, tendo mesmo descrito quatro novas espécies de Culicóides até então desconhecidas. O seu nome foi atribuído a duas espécies de mosquitos por Gandara (Angola) e por Namon (OMS) e Roubaud (Instituto Pasteur de Paris).

Merecedor do respeito e consideração de todos os que com ele tiveram o previlégio de trabalhar, era acima de tudo o cientista de cujas palavras sempre se colhiam ensimanentos, dada a sua excepcional formação humana e científica e profundidade do seu saber. "Gentelman" por natureza, enciclopédico no conhecimento da vida, Francisco Cambournac dignificou a Medicina Portuguesa e Portugal durante toda a sua carreira.

Nas letras indeléveis da memória e da gratidão o seu nome estará para sempre associado à África e à OMS, consubstânciando no pregaminho que lhe foi oferecido pelo Dr. Gotlieb Monekossoe na cerimónia de abertura da 40ª Sessão do Comité Regional Africano da OMS (Brazzaville, 1990) "... en l'assurance que son nom restera toujours attaché à la Région..."

O seu nome ficará também para sempre ligado aos nossos corações.

Bolsas Glaxo 1991/1992

Decorreu no passado dia 31 de Maio, na Sede da Ordem dos Médicos em Lisboa, a entrega anual das Bolsas Glaxo. Estiveram presentes os representantes da Ordem dos Médicos, Dr. Santana Maia e Dr. Rui Bento, da Glaxo Farmacêutica, Dr. Carlos Teixeira.

Os premiados foram o Dr. José Coutinho Ferreira com o trabalho: "Alterações do Sistema Nervoso Autónomo em Doentes Tratados com Toxina Botulínica Tipo A: Avaliação da Actividade Nervosa Simpática"; a Dr.ª Maria Augusta Vieira Coelho com o trabalho: "Sistemas Tubulares Proximais Renais Autocrínos: Regulação Molecular e Transporte Iónico"; e o Dr. Armando A. Pires M. Rodrigues de Almeida com o trabalho: "Modelo Animal de Administração Pré-Natal de Heroína".

O Dr. Santana Maia encerrou a sessão, tendo referido a importância da Indústria Farmacêutica na ajuda á formação post-graduada que é feita de uma maneira transparente e em cooperação com as instituições médicas, agradecendo à Glaxo farmacêutica pela sua iniciativa, dirigida as jovens médicos que se acabam de formar.

***Da esquerda para a direita:** Dr.ª Maria Augusta Vieira Coelho; Dr. Rui Bento; Dr. Santana Maia; Dr. Carlos Teixeira; Dr. Joaquim José Coutinho Ferreira e Dr. Armando A. Pires M. Rodrigues de Almeida.*

Prémio Arnaldo Sampaio

Este prémio, no valor de Esc.: 300.000$00 (Trezentos mil escudos), é promovido bienalmente pela Associação Portuguesa para a Promoção da Saúde Pública no intuito de homenagear o Prof. Arnaldo Sampaio e destina-se a premiar os melhores trabalhos portugueses de investigação sobre cuidados de saúde primários. Este ano concorreram 7 trabalhos, tendo sido premiado o Dr. Cipriano Justo com o trabalho intitulado "critérios consensuais da qualidade do desempenho dos centros de saúde. metodologia da combinação da Técnica Delphi com a opinião de informadores-chave da comunidade".

Foram ainda concedidas duas menções honrosas aos trabalhos "A qualidade da relação adulto-criança e o sucesso educativo" da autoria da Sr.ª Dr.ª Maria Francisca Albuquerque Rebelo e "Vigilância da gravidez em Tavira: o acesso e a utilização dos serviços de saúde" da autoria do Dr. António Paula Brito de Pina.

livro

Uma Família do Ramo Grande - Ilha Terceira

de Gonçalo Nemésio

Em Maio último foi lançado em Angra do Heroísmo um livro de genealogia de Gonçalo Nemésio, Assistente Hospitalar de Radiodiagnóstico e neto de Vitorino Nemésio.

Intitulado "Uma família do Ramo Grande - Ilha Terceira" este livro constitui uma continuação da obra de investigação de Vitorino Nemésio incluindo o fac - símile de um manuscrito deste último datado de 1925 e que esteve na base da elaboração do III capítulo do seu Romance "Varanda de Pilatos" (1926 - 19279).