

Ordem dos Médicos



REVISTA



DEONTOLOGIA E DEMOCRACIA



PARA ALÉM DOS ESTATUTOS

Para além dos princípios fundamentais e finalidades essenciais da Ordem dos Médicos consignados no seu Estatuto (Decreto-Lei n.º 282/77, de 5 de Julho) têm cabido à Ordem dos Médicos outras funções, quer no plano Internacional, quer na Sociedade Civil Portuguesa.

Assim, cabe à Ordem dos Médicos a Presidência do Comité Permanente dos Médicos da Comunidade Europeia até finais de 1994, bem como a sua intervenção activa na Conferência Internacional das Ordens (CIO), Associação Médica Mundial (AMM), Organização Mundial de Saúde (OMS), União Europeia de Médicos Especialistas (UEMS), Associação Europeia de Médicos Hospitalares (AEMH), Federação Europeia de Médicos Assalariados (FEMS), Grupo de Trabalho Permanente dos Jovens Médicos Hospitalares (PWG) e União Europeia de Médicos de Clínica Geral (UEMO), sendo de destacar que esta última organização realizou recentemente em Lisboa a sua reunião, tendo sido anfitriã a Ordem dos Médicos e em que a Vice Presidência passou a ser assegurada pelo Dr. Victor Ramos, que sucedeu ao Dr. António Pinto de Almeida, ao qual é de inteira justiça manifestar o agradecimento pela forma e dignidade com que exerceu o cargo.

No âmbito nacional continua a Ordem dos Médicos a assegurar a Presidência do Conselho Nacional das Profissões Liberais, e tem tido encontros com a Ordem dos Farmacêuticos, reactivando a Associação Inter-Ordens, que passou a ter os Drs. Francisco Ferreira Crespo e Carlos Torres como seus representantes, substituindo os Drs. José Germano de Sousa e Manuel António Pina de Carvalho, aos quais publicamente aqui fica o testemunho e agradecimento pela forma dedicada que sempre puseram na sua acção.

Também no plano bilateral a nossa Ordem se tem encontrado com a Ordem dos Médicos Veterinários, estando em preparação também uma Associação Inter-Ordens, na procura de uma mútua colaboração, visando fundamentalmente a defesa da Saúde Pública.

Enquanto membro efectivo do Conselho Económico e Social, tem a Ordem dos Médicos participado activamente nos seus trabalhos e produção de pareceres, dois dos quais se reproduzem nesta Revista.

No Conselho Nacional de Ética Para as Ciências da Vida e após o pedido de demissão do seu ex-Presidente, Dr. Mário Raposo, a quem expressei a minha total solidariedade e a maior consideração pelos seus altos méritos, vai este Conselho recomençar os seus trabalhos, sob a Presidência do Dr. Augusto Lopes Cardoso, do qual se espera que venha a conseguir os meios materiais indispensáveis que possibilitem um satisfatório funcionamento e cabal desempenho das missões que ao Conselho incumbem.

Desde a publicação do último número da Revista ocorreram actos públicos nacionais que muito honram os homenageados e dignificam a Classe Médica; foram a homenagem prestada ao Prof. Doutor Mário Mendes, a condecoração atribuída ao Prof. Doutor Manuel Machado Macedo e o prémio entregue ao Dr. Rui Simões Bento, eventos que com maior detalhe são desenvolvidos neste número.

As últimas, mas as mais sentidas, palavras deste Editorial são dedicadas à memória do Professor Dr. João Pedro Miller Guerra, ex-Bastonário da Ordem dos Médicos, cientista, médico e cidadão ilustríssimo que à Medicina, à Ciência e aos ideais da Liberdade e da Democracia dedicou toda a sua vida.

Não posso deixar de agradecer ao Professor Dr. Jaime Celestino da Costa ter facultado o texto da autoria de quem tão de perto conheceu e conviveu com o Professor Miller Guerra.

Lisboa, 31 de Maio de 1993.



REVISTA

**Ordem
dos Médicos**

Director

Carlos A. de Santana Maia

MAIO 1993

Depósito Legal n.º 7421/85

Propriedade, Administração e Redacção:
Ordem dos Médicos

Avenida Gago Coutinho, 151
Telef. 847 06 54 – 1700 LISBOA

Preço avulso: 200\$00

PUBLICAÇÃO MENSAL

27 500 exemplares

Execução gráfica:

Sogapal, Lda.
Casal da Fonte/Porto de Paiã
Telefs. 479 01 42/49 – 2675 ODIVELAS

**PROF. MILLER GUERRA – Homenagem
ao Prof. Miller Guerra.** Pág. 5

**CP/CE – Documentos aprovados na reunião
do Funchal e intervenções do Dr. Santana
Maia e do Prof. Machado Macedo** Pág. 9

**ARS – Projecto de Decreto-Lei que visa
aprovar o regulamento das ARS e parecer
do CES.** Pág. 15

**SNS – Análise e Recomendações do Forum
Médico** Destacável

**AUTORIDADES DE SAÚDE – Projecto de
Decreto-Lei e Pareceres do CES e do
Colégio da Especialidade.** Pág. 27

**LEGISLAÇÃO – Colheita e Transplante de
Órgãos, Lei n.º 12/93.** Pág. 31

**TITULAÇÃO – Proposta aprovada pelo
CNE** Pág. 33

CULTURA Pág. 38



PROF. MILLER GUERRA



Faleceu no passado dia 27 de Abril o Prof. Miller Guerra, Bastonário da Ordem dos Médicos entre 1968 e 1975 e personalidade destacada da medicina e política portuguesa.

Natural de Vila Flor, Trás-os-Montes, onde nasceu a 11 de Maio de 1912, o Prof. Miller Guerra notabilizou-se pela actividade desenvolvida na Medicina, mas a sua acção deixou também marcas profundas na sociedade portuguesa, nomeadamente pelo seu empenho na reformulação do ensino e participação na denominada "Ala Liberal" da Assembleia Nacional.

Licenciado pela Faculdade de Medicina de Coimbra, onde concluiu o curso em 1939, o Prof. Miller Guerra especializou-se em Neurologia, tendo dirigido mais tarde o serviço de Neurologia do Hospital de Santa Maria.

Na sua acção, destaca-se o papel

desempenhado no Movimento das Carreiras Médicas. É ele que em 1961 reivindica, num relatório apresentado pela Ordem dos Médicos, a criação de um Serviço Nacional de Saúde.

Convidado por Marcelo Caetano, o Prof. Miller Guerra aceita integrar a Assembleia Nacional, notabilizando-se rapidamente como destacado membro da "Ala Liberal".

Criticou a censura, defendeu a reforma educativa avançada por Veiga Simão e publicou diversos artigos de opinião em defesa das teses que visavam a liberalização do regime político de então.

As suas posições geram forte oposição dos meios mais conservadores do regime, acabando o Prof. Miller Guerra por resignar ao lugar de deputado em 1973, depois de na Assembleia Nacional ter atacado violentamente a repressão

policial à célebre vigília da Capela do Rato.

O regime não aceita a demissão, acabando por determinar a perda de mandato por "faltas injustificadas".

Com o 25 de Abril manteve a actividade política. Filia-se no PS, é eleito deputado à Assembleia Constituinte, reafirmando aí a defesa do Serviço Nacional de Saúde.

Presidente do INIC (Instituto Nacional de Investigação Científica) de 1976 a 1978, o Prof. Miller Guerra acaba por demitir-se do cargo por divergências políticas.

Uma atitude que marca de certa forma o seu afastamento da vida político-partidária, embora tenha continuado a ser uma personalidade participativa e particularmente atenta às questões relacionadas com a Medicina e com a defesa dos Médicos.



MILLER GUERRA

uma evocação



■ PROF. J. CELESTINO DA COSTA*

O prolongamento da vida dá-nos uma visão retrospectiva do nosso tempo, por vezes muito interessante, mas traz-nos o desgosto de ver desaparecer os amigos. Resta-nos então a possibilidade, essa grata, de podermos prestar-lhes homenagem.

Solicitado há dias para falar nesta sessão em que a memória de Miller Guerra é homenageada não hesitei em aceitar – certamente apenas na minha qualidade de amigo. Sem ligação pessoal à ciência neurológica só o impedimento do Prof. Lobo Antunes – cultor da mesma arte que distinguiu João Pedro Miller Guerra e seu associado no mesmo serviço – justifica a minha presença aqui e a privação de ouvirmos àquele professor uma das suas análises de qualidade.

Aos organizadores desta sessão estou imensamente grato pela distinção que me concederam – a de poder fazer esta evocação da personalidade de Miller Guerra.

Transmontano de nascença (em 1912) e de educação foi ainda noutro meio – em Coimbra – que fez todo o seu curso de Medicina (acabado em 1939).

Seria já como médico que ingressou no Serviço de Neurologia do Hospital Escolar de Santa Marta (1940), e simultaneamente, no meio lisboeta. Naquele serviço a autoridade e a personalidade insinuante do Prof. António Flores iria deixar-lhe a marca educacional mais importante da sua carreira neurológica.

O contacto com Egas Moniz, em plena fase de expansão das suas descobertas, constituiu outro estímulo inigualável.

Dois anos de colaboração a Almeida Lima na neurocirurgia e o contacto com a Psiquiatria e Barahona Fernandes no Hospital de Júlio de Matos (na análise dos resultados de leucotomia) deram-lhe um largo horizonte da especialidade e suas conexões mais importantes.

Seguiu-se um estágio em Estrasburgo, com Barré, e visitas a outros centros europeus (em 1946 e 1947) que completaram uma formação rara, pela qualidade dos serviços e do próprio homem que deles recebeu a influência.

Nesta fase de aprendizagem da especialidade é de realçar a associação dos ensinamentos de António Flores, mestre admirável da semiologia nervosa (quer como expositor quer como praticante), com a educação recebida de Barré (um discípulo de Babnisky) também semiologista reputado. Miller adquiriu, desta forma, uma “maîtrise” semiológica que o distinguiu e constituiu um particular trunfo na posição que rapidamente tomou na educação dos mais jovens.

A capacidade semiológica de Miller – consequência dum processo de aprendizagem – reflectia também uma das características da sua personalidade: era uma



emanação do seu pensamento lógico, tão perfeitamente adaptado ao tipo de raciocínio usado no exame neurológico.

A essa fase de formação do neurologista seguiu-se uma nova etapa: a da formação, do professor. Doutorado em 1952, regente do curso de semiologia, em 1953, agregou-se em 1957. O labor de Miller era então fundamentalmente médico e, pelo seu brilho, fazia prever, a breve trecho, uma posição nova de maior independência e o desabrochar duma grande experiência pedagógica.

Nessa época Miller Guerra para além da sua projecção como neurologista notável e como promissor professor, exibia já as características que definiriam para sempre a sua personalidade; ao do predomínio do intelectual, do racional, sobre o emocional; a do homem de cultura esclarecida, tão ligada aos problemas filosóficos que o atraíam e cultivava, como acontecia com o seu conhecimento crítico da história e das sociedades.

Com a sua expressão serena e levemente melancólica, a singeleza do seu porte, a modéstia e delicadeza do seu trato, podia imaginar-se – se mais nada se soubesse da sua vida – um homem de gabinete, vivendo mais no mundo das ideias do que no dos actos.

Foi nessa época de esperança que se deu uma mudança radical na vida do grupo neurológico. Egas jubilara-se em 1944 e Flores em 1953 (após passagem pela Psiquiatria, fórmula encontrada para o tornar mais cedo catedrático, uma vez que em toda a vida de professor fora apenas extraordinário). Entretanto o Serviço mudara-se (1954) para este “Hospital não Universitário” de Santa Maria e Almeida Lima, um cirurgião, tornara-se Professor Catedrático e director do serviço que abrangia medicina e cirurgia. Miller só em 1961 foi extraordinário.

Com a minha admiração e até gratidão por Almeida Lima, admirável introdutor da Neurocirurgia em Portugal e indispensável colaborador de Egas Moniz nas suas investigações, não posso deixar de reconhecer que, como director de serviço, foi despótico e oprimiu o grupo médico. Situação de que Miller Guerra foi a principal e mais directa vítima, o que lhe trouxe muita amargura, mas suportou com urbanidade, embora representasse a perda da independência necessária à progressão profissional e pedagógica.

Observando a cronologia das actividades e das publicações de Miller compreendemos ter sido aqui que se deu o ponto de viragem da sua vida pública.

Procurou então outras vias de expansão para a sua acção e para os seus interesses.

Ele trazia consigo o vírus latente da política; as circunstâncias universitárias e da nossa sociedade tornaram-no patogénico: vogal do Conselho Regional da

Ordem dos Médicos de 1956 a 1959 era membro (e relator) da Comissão para o Estudo das Carreiras Médicas, nomeado pela Ordem, na qual trabalhámos intensamente de Julho de 1958 a Julho de 1959. Era um documentado de fundo, depois adulterado por interpretação viciosa, que conduziu a uma organização burocrática, quase castrense, da vida das instituições hospitalares.

Miller via assim nascer dentro de si uma tendência a intervir na política de saúde do país e na problemática social da medicina. Bastonário da Ordem em 1968, era deputado da ala liberal quando, em 1970, apresentou à Assembleia Nacional o

Miller via assim nascer dentro de si uma tendência a intervir na política de saúde do país e na problemática social da medicina. Bastonário da Ordem em 1968, era deputado da ala liberal quando, em 1970, apresentou à Assembleia Nacional o seu aviso prévio sobre “As Universidades Tradicionais e a Sociedade Moderna”; documento que provocou grande desconfiança no “establishment”.

seu aviso prévio sobre “As Universidades Tradicionais e a Sociedade Moderna”; documento que provocou grande desconfiança no “establishment”.

Quando em 1973 Almeida Lima se jubilou Miller Guerra, que devia suceder-lhe não quis ser catedrático nem director de serviço. Preferiu uma convivência civilizada com Lobo Antunes (como fora a de Flores com Egas).

Eu sei que as circunstâncias em 1974 eram confusas, mas a atitude de Miller não é fácil de explicar – ou tem várias explicações associadas. É possível que ele tivesse um certo pudor em ser catedrático, em tomar uma posição de comando numa universidade que ele afirmava não poder auto-reformar-se; ou então o seu

envolvimento de vários anos no processo político ter-lhe-á dado a sensação de ter perdido o pé no processo científico – profissional. Era demasiado honesto para aceitar tal situação, mesmo apenas presumida.

Paralelamente também na política, após o 25 de Abril, quando teria sido tão fácil um lugar proeminente no governo, recusou-o.

Assiste-se então ao paradoxo de se ver um homem que quis ser político mas não quis o poder: bastava-lhe ter a influência. E teve-a.

No serviço hospitalar manteve-se como mentor influente dos jovens neurologistas, como fora mentor influente dos jovens turcos que o rodearam na Ordem.

Retrospectivamente teremos de concluir que a preocupação dominante de Miller era de ordem ética.

Na sua aparente frieza (ou distância), na sua preocupação de não exteriorizar emoções, na ausência de transportes verbais ou escritos, parecia haver uma certa indiferença mesmo perante outras coisas deste mundo – as manifestações artísticas. Esta insensibilidade estética contrastava com a sua sensibilidade ética – uma preocupação realmente dominante.

Isto podia verificar-se no seu longo relacionamento com o catolicismo, onde se adivinhava haver uma prioridade para as questões do comportamento, suplantando os problemas da crença ou da fé.

Por isso, também, o curso de Deontologia da Faculdade só teve verdadeiro sentido enquanto ele o regeu – ele personificava a ética.

Esse homem natural e culto que chegava ao Hospital de autocarro, simplesmente vestido, procurava a elegância noutra esfera, no pensamento, tão claro e elegante como era a sua escrita, em estilo e caligrafia. Cuidadoso e metódico (veja-se os cuidados que tomou com a sua saúde quando ela se tornou mais frágil) era extremamente fechado nas suas relações: difícil imaginar-se-lhe um verdadeiro “amigo íntimo”.

Mas era amado por discípulos, doentes e amigos para os quais era um interlocutor excepcional. Foi com grande prazer e manifesto proveito que tantas vezes o procurei para ouvir palavras de esclarecimento e de equilíbrio. Recordo sempre a sua relação especial com outro homem de categoria ímpar como a sua: Corino de Andrade.

Vi Miller muito pouco nos últimos tempos; julgo que morreu solitário e silencioso. A perda da sua outra metade, da sua mulher Maria Nair, exuberante e faladora, em contraste flagrante com a serenidade do marido, tinha-lhe rompido o equilíbrio de que necessitava para viver.

* Lido numa sessão de homenagem na F.M.L. em 20.5.93



COMITÉ PERMANENTE DA COMUNIDADE EUROPEIA

Passagem de Testemunho

No Funchal, como já é do conhecimento dos Colegas, deu-se a passagem do testemunho da presidência do CP.

As palavras do antigo e actual presidente exprimem bem o ambiente vivido.

Continua neste número da revista a publicação de alguns documentos do CP.

Caros Colegas

Como é do vosso conhecimento, realizaram-se em Dezembro passado eleições para o Conselho Nacional Executivo e para as Secções Regionais da Ordem dos Médicos de Portugal. Foi decisão dos médicos portugueses, democraticamente sufragada e claramente expressa, alterar a composição dos Corpos Dirigentes da Ordem dos Médicos, dando a Presidência ao Dr. Santana Maia, aqui presente e a quem apresento os meus melhores cumprimentos.

De modo a evitar bruscas soluções de continuidade na representação e administração do Comité Permanente, foi decidido que eu continuaria a assegurar a Presidência do CP até ao fim da actual reunião. Foi também este espírito que conduziu a que eu demonstrasse a minha disponibilidade para continuar a assegurar funções executivas no CP, tendo acordado com a Direcção da Ordem dos Médicos que, a partir de amanhã, desempenharia tais funções como Vice-Presidente do Comité Permanente.

Todos os esforços foram por nós desenvolvidos para que a situação interna da Ordem dos Médicos não prejudicasse o normal funcionamento do CP. Espero sinceramente que os resultados destes esforços tenham transparecido nos últimos dias e todos possamos voltar para casa considerando que a reunião decorreu de modo tão profícuo como agradável.

Não quero terminar esta breve introdução sem aqui deixar o meu agradecimento público aos colegas que agora deixam a Presidência do Comité Permanente, o Dr. Fernando Costa e Sousa e o Dr. Miguel Leão, cujo indispensável contributo permitiu uma eficiente gestão dos trabalhos do CP. Para eles o meu aplauso e o meu agradecimento.

Agradeço igualmente ao Dr. Manuel António Leitão Silva, aqui presente, que ao ser chamado a exercer as funções de Vice-



-Presidente da Secção Regional Centro da Ordem dos Médicos, pediu para ser substituído como tesoureiro do CP.

Para os membros que agora assumem funções de responsabilidade na Direcção do CP vão os meus desejos dos maiores sucessos e a minha total disponibilidade para os ajudar no desempenho desta missão ao mesmo tempo pesada e motivante.

Prof. Dr. Machado Macedo

Caros Colegas,

Cabe a Portugal e à Ordem dos Médicos, organização que representa os médicos Portugueses, a Direcção do C.P. até Dezembro de 1994.

Como Presidente eleito da Ordem dos Médicos Portuguesa, em meu nome e no da Direcção quero saudá-los, felicitá-los pelo êxito dos trabalhos que têm desenvolvido nesta nossa cidade do Funchal e assegurar-lhes que Portugal continuará a desenvolver o melhor do seu esforço para que o C.P. se mantenha como voz firme dos médicos Europeus.

A tarefa não é fácil mas acredito que conseguirei levá-la a bom termo com a ajuda dos meus Colegas Portugueses e, entre eles, com o muito importante contributo do Professor Machado Macedo.

Perante as alterações havidas na Direcção da Ordem dos Médicos Portuguesa, que em Dezembro passado mudou a maioria dos seus corpos dirigentes, e no contexto de uma reestruturação em curso da nossa organização nacional sempre nos preocupou a necessidade de por um lado assumir plenamente os

compromissos internacionais de que Portugal era responsável e por outro não perturbar com a mudança de Direcção a estabilidade e continuidade de acção das várias organizações.

Entre elas preocupou-nos particularmente o C.P., não só pela sua grande importância e a sua audição junto da Comissão e do Parlamento Europeu, mas também, e acima de tudo pela sensibilidade do lugar da Presidência que a Portugal cabe.

De facto não poderia a nova Direcção da Ordem dos Médicos Portuguesa deixar de assumir na totalidade as funções que lhe competem; reconhecendo também a sua dificuldade e complexidade procurámos encontrar uma equipa eficaz e concededora dos dossiers.

Foi com muito agrado que anotámos a disponibilidade do Professor Machado Macedo para dela fazer parte.

O Professor Machado Macedo com a sua vasta experiência, conhecimento da problemática da saúde europeia e com a dedicação que todos lhe reconhecemos será seguramente um elemento precioso ao bom êxito da missão que nos propomos.

Terá assim o Professor Machado Macedo oportunidade de continuar a prestar a sua dedicada acção à Medicina e aos Médicos Europeus e estes e a Ordem dos Médicos Portuguesa a usufruir do seu trabalho.

Termino agradecendo a vossa confiança e imprescindível colaboração esperando vê-los em Portugal de novo na próxima reunião do C.P.

O Presidente,
Dr. Carlos Alberto de Santana Maia



ENSINO DE ÉTICA MÉDICA NA FORMAÇÃO MÉDICA BÁSICA E CONTÍNUA

CP92/162

Ensino de Ética e Deontologia Médica nos Países da Europa

Baseado nas recomendações feitas na declaração do CP de Madrid na qual as Associações Médicas Nacionais deveriam tomar iniciativa em relação ao Ensino de Ética Médica, a protecção dos direitos humanos e, particularmente, em relação às medidas de prevenção de Tortura, a sub-comissão do CP de Ética e Deontologia Médica fez um estudo sobre o ensino de Ética Médica na Educação Médica Básica e Contínua.

Estes estudo salientou a importância de todos os médicos terem um conhecimento aprofundado da Ética Médica e Dentologia, através de ensino organizado, como uma parte integrante da Educação Médica Básica e Contínua.

Este estudo deu, também, ênfase às responsabilidades específicas que terão que ser assumidas pelo médico que exerce nos sectores em que os direitos humanos possam ser, particularmente, postos em perigo: o exercício de medicina dentro do sistema penal, medicina militar e medicina humanitária.

Os médicos dos Estados-membros da Comunidade Europeia reunidos no CP, convidam os Países da Europa para além das suas diferenças Culturais, Filosóficas, Religiosas ou variações na sua educação de origem, a promover e a respeitar os princípios de Ética Médica e a defesa dos direitos humanos de acordo com a Declaração de Madrid. Assim, o CP:

- recomenda que todas as Associações Médicas envolvidas estabeleçam Comissões de Ética Médica e Deontologia para iniciar e promover o Ensino de Ética Médica pré e pós graduado e a protecção dos direitos humanos;
- propor às entidades relevantes o ensino da aplicação prática e linhas mestras educacionais de direito humano e ética para médicos tomando em particular consideração aquelas cuja prática acarreta responsabilidades éticas e deontológicas especiais.

DECLARAÇÃO DE DUBLIN SOBRE EDUCAÇÃO MÉDICA CONTÍNUA

CP93/26

REVISÃO NO FUNCHAL 1993

Introdução

Em questão está a forma como um médico habilitado para o exercício da Medicina renova, aumenta e actualiza a sua prática profissional. É necessário decidir qual a designação a atribuir a essa actividade e não estabelecer um título numa língua e traduzi-lo para outra. Por exemplo: os franceses usam "Formation Continue" e os alemães "Fortbildung". Em outros contextos, "formation" é traduzido para inglês como "training", mas esta palavra, (do latim "traho" eu puxo ou trago) embora aceitável no contexto de formação básica e específica, implica a relação de mestre e aluno, o que não é apropriado ao assunto presente. O título "Continuing Medical Education" (CME) já está firmemente implantado na literatura anglo-saxónica e é aceitável. Em inglês "Education" implica o aumento de todo o tipo de capacidades - conhecimento, práticas e atitudes, e inclui a auto-aprendizagem bem como a aprendizagem através de outrem. Este texto em inglês irá, consequentemente, adoptar o termo "Continuing Medical Education - CME" (Educação Médica Contínua - EMC).

O médico habilitado está legalmente autorizado a prestar serviços médicos à população independentemente de qualquer supervisão por outros médicos. Terá que ter completado com sucesso a formação básica e, quando necessário, a formação específica para o tipo de actividade em que está empenhado. Não é obrigado por lei, nem é suposto estar na posse de toda a prática ou conhecimento médicos, embora a sua formação básica lhe tivesse transmitido que "conhecimento clínico e teórico... deveria ser comum a todos os médicos, qualquer que seja a sua futura orientação" e que deveria englobar toda a Medicina não deixando "nenhumas áreas importantes na ignorância total". Isto também se verifica com a formação

específica. Assim a formação deverá ser de alto nível, mas nunca poderá englobar todo o conhecimento, mesmo num campo especializado.

Responsabilidades Éticas

O médico habilitado tem um dever ético duplo para com os seus doentes. Por um lado ele tem que reconhecer as suas limitações e não exercer actividades para as quais não está suficientemente preparado; por outro lado, tem que encontrar a forma de melhorar continuamente o seu conhecimento e capacidades técnicas na área que exerce.

Só cada médico individualmente pode avaliar as suas próprias competências. Os doentes podem ser induzidos em erro já que mesmo a terapêutica mais aperfeiçoada pode falhar, enquanto que um tratamento inadaptado pode ter um bom resultado devido a uma alteração favorável. A este nível, o exame restringido ao conhecimento factual é limitado como indicador. Pode haver diferenças de opinião entre dois médicos inteiramente qualificados ou surgir uma ortodoxia ridicularizante de opinião; isto poderia acabar com o conceito de profissão com os seus próprios códigos éticos.

Além disso, poderia acontecer que a prática contínua fosse incerta de um período para outro, ou para o impedir, poder-se-ia transformar numa formalidade sem sentido. Finalmente, estaria condicionada a formação de cada especialidade a um campo e a uma duração fixos.

Portanto, em conclusão a ECM é uma obrigação ética da livre responsabilidade de cada médico, individualmente. Deve ser igualmente salientado que cada médico tem o direito de participar na ECM devendo estar disponíveis as condições necessárias para o efeito.

Recentemente a profissão Médica tem vindo a estar cada vez mais atenta à importância de tomar o comando das políticas de saúde e de avaliação da qualidade em Medicina. Os profissionais médicos devem estar empenhados neste trabalho, tanto a nível nacional como internacional; assegurar a ECM aos médicos de forma individual é uma parte essencial desta actividade.

A DECLARAÇÃO

1. A Educação Médica Contínua é um dever ético (e profissional) e da responsabilidade individual de cada médico durante a sua vida profissional.



2. O seu propósito final é promover o mais alto nível possível de qualidade dos cuidados médicos prestados à população.
3. Consiste na renovação contínua, alargamento, e actualização do conhecimento científico e da prática técnica necessários para manter os mais altos níveis profissionais.
4. Por ser do interesse do doente, cada médico tem o direito à educação médica contínua e deveria ser encorajado e apoiado a praticar esse direito.
5. A EMC não é um conceito novo da última década, mas uma tradição de há muito que já florescia no tempo de Hipócrates.
6. Muitos dos seus meios estão bem estabelecidos em forma de livros, literatura periódica e reuniões de sociedades médicas de todos os tipos. Novos desenvolvimentos incluem várias formas de reunião, estudo privado com meios audio-visuais, programas de auto-avaliação e novas formas organizativas.
7. O estímulo para empreender uma educação médica contínua surge do contacto com a realidade actual e é esta experiência que tem de determinar o seu conteúdo.
8. Tanto o conteúdo geral como o detalhado da educação médica contínua tem que corresponder às necessidades reais e por isso tem de ser determinado pela profissão Médica.
9. A educação superior vem da interacção entre mentes informadas e treinadas com realidade externa. Palestras formais e aulas só têm uma parte da acção. Discussão entre pequenos grupos de Colegas, com ou sem especialistas convidados, juntamente com as actividades clássicas enumeradas acima, são os métodos principais.
10. Aceitação da necessidade ética de educação médica contínua e o desejo de o empreender deve ser reforçado desde o princípio do ensino do estudante de medicina. A escolha da forma e do conteúdo deve ser feito livremente por cada médico.
11. A necessidade de empenhamento no ensino é um impulso forte para o estudo. Quanto mais vasta for a oportu-

tunidade de ensinar estudantes de medicina e estagiários da especialidade, maior será o entusiasmo para a educação médica contínua.

12. Todos os médicos deveriam gozar de benefícios fiscais para as despesas de educação médica contínua e os contratos de médicos assalariados deveriam prever um tempo de estudo adequado sem despesas.
13. Em muitos países, dispositivos satisfatórios já foram desenvolvidos num

grau considerável de adiantamento. Estes deveriam ser desenvolvidos sempre preservando o papel principal da profissão exercida, a independência da profissão na determinação da forma e do conteúdo da educação médica contínua bem como o princípio da livre escolha.

14. A profissão médica tem que ser responsável pela coordenação de actividades de educação médica contínua na Europa pela sua creditação e pelos níveis standard.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS DIREITOS DOS CIDADÃOS
ADMISSÃO DE SÓCIOS

Solicito a minha admissão na APDC, com direito a receber trimestralmente, durante um ano, a revista **O CIDADÃO**.

Nome: _____ Idade: _____

Morada: _____

_____ Código Postal: _____

Profissão: _____

Proponentes: _____

Para o efeito envio o cheque/vale n.º _____ na importância de 6.000\$00.

Data ____ / ____ / ____

Assinatura

Remeter para: Rua Joaquim António de Aguiar, 45 - 5.º Esq. - 1000 LISBOA

ASSINANTES ANUAL

O CIDADÃO

Revista Trimestral de Direitos Humanos

Desejo ser assinante da revista **O CIDADÃO** nas condições seguintes:

Assinatura normal Esc.: 3.600\$00

Assinatura para Estudantes ou Refugiados Esc.: 2.000\$00
(situação devidamente comprovada)

NOME: _____ IDADE: _____

MORADA: _____

_____ CÓD. POSTAL: _____

PROFISSÃO: _____

INCLUI CHEQUE / VALE N.º _____

Data ____ / ____ / ____

Remeter para: Rua Joaquim António de Aguiar, 45 - 5.º Esq. - 1000 LISBOA



PROPOSTA DE DIRECTIVA SOBRE O TEMPO DE TRABALHO

Quando da Assembleia Plenária em 17 de Outubro de 1991, a UEMS exprimiu de novo a sua preocupação no que diz respeito à aplicação de restrições rígidas em matéria de tempos de trabalho quando visam a prática dos Cuidados de Saúde. Insistindo na flexibilidade de horário para os trabalhadores do sector dos Cuidados de Saúde, a UEMS não quer de modo nenhum obrigar os seus trabalhadores a um trabalho excessivo, mas ter primeiro em consideração a necessidade de assegurar os Cuidados aos doentes sem interrupção durante 24 horas.

A proposta de Directiva define o trabalho como sendo o período durante o qual o trabalhador está à disposição do empregador. Isto significa que é preciso ter em conta, não somente o tempo consagrado aos cuidados activos prestados aos doentes pelos médicos, mas igualmente todos os períodos obrigatórios, e os tempos de Formação Médica Contínua.

Para além dos Médicos, os Enfermeiros têm frequentemente horários de trabalho nocturno que vão desde as 21 ou 22 horas até às 6 ou 7 horas, quer dizer um período de 9 a 10 horas e deveriam trabalhar 4 noites por semana de preferência um número demasiado elevado de noites no decorrer da semana. Isto seria excluído pelas propostas de Directivas que fixam um número máximo de 8 horas por um período de noite, incluindo as horas entre a meia-noite e as cinco horas.

A segunda exigência de 12 horas livres por 24 horas de trabalho, essa sim limitaria seriamente os cuidados dados ao doente se esta duração não puder ocorrer sobre um período mais longo ou não puder ter em conta períodos de trabalho obrigatório.

Ficamos surpresos que neste texto apenas os sectores da Indústria e do Comércio sejam tomados em consideração e nunca o sector de serviços.

As delegações nacionais são convidadas a examinar cuidadosamente estes elementos, visto que eles vão afectar a qualidade dos cuidados de saúde nos seus países, a disponibilidade do pessoal de enfermagem nos departamentos hospitalares e a formação de jovens médicos. Deveriam informar-se da sua posição e dos seus poderes no sector da saúde.

MOÇÃO DA FEMS SOBRE EQUIPAS MULTIDISCIPLINARES

CP92/164

Resolução sobre equipas multidisciplinares

(FEMS, Março de 1992).

A FEMS observa que:

- a prática de medicina, particularmente medicina hospitalar, requer cada vez mais trabalho em equipa.
- o desejo, perfeitamente compreensível, das profissões paramédicas para que lhes sejam conferidas maiores responsabilidades, devido aos seus conhecimentos cada vez mais crescentes.
- o facto de que, no entanto, esta situação pode dar origem a desentendimentos e discussões relacionadas com a atribuição e distribuição destas responsabilidades entre as várias pessoas envolvidas.

A FEMS reitera os pontos de vista que expressou em 1987 e que se mantêm completamente válidos – nomeadamente:

- 1) que de acordo com as entidades envolvidas, a distribuição de trabalho e responsabilidades dentro de cada equipa deverão ser claramente definidos e que as tarefas e responsabilidades não deveriam sobrepor-se, mas serem complementares.
- 2) que as responsabilidades de membros individuais da equipa deverão ser proporcionais, não só com a sua formação especializada, mas também com as suas responsabilidades éticas.
- 3) que, nos próprios interesses dos doentes, a equipa multidisciplinar só pode funcionar em segurança e com eficácia se a responsabilidade clínica global for de um médico.

Assim, a FEMS **DECIDE** reexaminar este problema e **SOLICITA** a colaboração do CP e outras entidades supranacionais.

UNIÃO EUROPEIA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS

ANEXO 1 D9327

Moção sobre o número de especialidades.

A UEMS recomenda às autoridades europeias, nacionais e universitárias responsáveis que não aumentem o número de disciplinas médicas especializadas separadas.

A UEMS pretende que as novas disciplinas especializadas que se estão a desenvolver comecem, inicialmente, por fazer parte de uma “especialidade mãe” como uma sub-divisão da secção monoespecializada apropriada.

Adoptado unanimemente pelo Gabinete Bureau Elargi.

Bruxelas 3.3.93

UEMS – MEDICINA DE LABORATÓRIO

REUNIÃO DE 14 DE NOVEMBRO DE 1992, EM BRUXELAS

Com vista a favorecer a sua livre circulação, os médicos especialistas, representando as diferentes Sociedades e Associações que agrupam os médicos que praticam a sua profissão relacionada com as cinco especialidades contidas nas directivas 75/362/CEE e 75/363/CEE e seguintes, a saber:

- Biologia Clínica
- Hematologia Biológica
- Microbiologia
- Química Biológica
- Imunologia

Reuniram-se no dia 14 de Novembro de 1992, por iniciativa da UEMS.

Após ter examinado a situação destas especialidades nos diversos países da Comunidade e as recomendações do Comité Consultivo para a formação dos médicos na CE sobre a duração da formação, depois de ter examinado os elementos do dossier elaborado pela secção monoespecializada em Biopatologia Médica da UEMS, considerando a necessidade de harmonizar a duração e o conteúdo da formação destas especializações, ao nível das legislações nacionais, antes de as incluir numa directiva europeia, os participantes decidiram:

- Alargar a secção de monoespecialidade de Biopatologia Médica aceitando delegados de todas as especialidades de laboratório;
- Elaborar em comum propostas com vista a esclarecer o Comité Consultivo para a formação dos médicos da CE e as autoridades nacionais, sobre as formações monoespecializadas e polivalentes em Biopatologia Médica, a fim de facilitar a sua livre circulação;
- Criar no seio da secção monoespecializada comissões especializadas nos diferentes domínios da Biopatologia Médica (Hematologia, microbiologia, química, imunologia e biopatologia polivalente).

Adoptado por unanimidade em 14 de Novembro de 1992, em Bruxelas.

Adoptado por unanimidade pelo Bureau Elargi, 13 de Março de 1993.



PROJECTO DE DECRETO-LEI QUE VISA APROVAR O REGULAMENTO DAS ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DE SAÚDE

A Ordem dos Médicos recebeu do Ministro da Saúde para parecer, os documentos que agora se publicam referentes à regulamentação das novas ARS e da "Autoridade de Saúde". O prazo de duas semanas concedido mais uma vez inviabilizou um largo debate entre os médicos.

Simultaneamente foi a Ordem dos Médicos solicitada pelo Conselho Económico e Social a ser relatora do parecer a emitir por este órgão. Embora a posição final da Ordem dos Médicos apresente diferenças de pormenor em relação ao parecer do CES, pensamos que este, pela importância das associações que o subscreveram, merece a sua publicação e ponderação pelos Colegas.

A evolução qualitativa na prestação dos cuidados de saúde, que constitui um imperativo nacional exige a crescente agilitação da prestação de cuidados, a progressiva racionalização de estruturas e a criteriosa gestão dos recursos disponíveis.

A racionalização dos meios disponíveis para alcançar este desiderato presume uma eficaz descentralização acompanhada por uma desconcentração da administração dos cuidados de saúde.

Só assim se conseguirão acções eficientes no âmbito de uma estratégia habilitada com a aprovação da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, Lei de Bases da Saúde e do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, nos termos do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro.

As crescentes exigências das populações em termos de qualidade e de prontidão de resposta, aconselham que a gestão dos recursos se faça tão próximo quanto possível dos seus destinatários. Daí a regulamentação das Administrações Regionais de Saúde com competências e atribuições reforçadas.

A eficiência técnica que este diploma potencializa repercutir-se-á igualmente em benefícios quanto a custos já que, devidamente integrados os serviços, eliminam actuações redundantes e simplifica a própria prestação de cuidados de saúde necessários.

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 201.º da Constituição e de harmonia com o disposto no n.º 4 do artigo 6.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, anexo ao Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 Janeiro, o Governo decreta o seguinte:

REGULAMENTO DAS ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DE SAÚDE

CAPÍTULO I Natureza e atribuições

Artigo 1.º (Natureza jurídica e âmbito)

1 – As administrações regionais de saúde, adiante designadas por ARS, são pessoas colectivas públicas dotadas de autonomia administrativa, financeira e de património próprio, sob a superintendência do Ministro da Saúde.

2 – As ARS exercem a sua actividade nas áreas correspondentes às regiões de saúde.

Artigo 2.º (Atribuições)

1 – As ARS têm funções de planeamento, distribuição de recursos, orientação e coordenação de actividades, gestão de recursos humanos, apoio técnico e administrativo e, ainda, de avaliação do funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, de acordo com as políticas superiormente definidas.

2 – São atribuições das ARS:

a) Coordenar, orientar e avaliar a aplicação da política de saúde de acordo com as políticas globais e sectoriais do Governo, no domínio da saúde;

b) Propor os objectivos de desenvolvimento das regiões de saúde;

c) Estabelecer normas de articulação entre as instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde;

d) Avaliar os recursos do sector da saúde e propor a sua afectação, em conformidade com os objectivos definidos;

e) Participar na aplicação de medidas de coordenação intersectorial de planeamento tendo como objectivo a melhoria da prestação de cuidados de saúde;

f) Participar no planeamento e execução dos projectos de investimento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde;

g) Coordenar as actividades das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde;

h) Coordenar, desenvolver e executar a política de recursos humanos;

i) Efectuar auditorias sem prejuízo das competências e atribuições legalmente atribuídas a outras entidades;

j) Apoiar o desenvolvimento de projectos de investigação aplicada em serviços de saúde.

Artigo 3.º (Áreas de intervenção)

Na prossecução das suas atribuições, as ARS desenvolvem as suas actividades nas áreas da saúde pública, prestação de cuidados de saúde, farmácia e prestações alternativas.

CAPÍTULO II Organização

Secção I Órgãos

Artigo 4.º (Órgãos)

1 – As ARS dispõem de órgãos de administração e de consulta.

2 – São órgãos de administração;

a) Os conselhos de administração;

b) Os coordenadores subregionais.



3 – São órgãos de consulta:

- a) Os conselhos regionais de saúde;
- b) As comissões concelhias de saúde.

Subsecção I
Conselhos de administração
Artigo 5.º
(Composição)

1 – Os conselhos de administração das ARS são compostos por um presidente e dois vogais, equiparados, para todos os efeitos legais, a director-geral e a subdirectores-gerais, respectivamente.

2 – Nas ARS de Lisboa e Vale do Tejo e dos Norte o número de vogais dos conselhos de administração é de quatro.

Artigo 6.º
(Competência)

1 – Aos conselhos de administração das ARS compete orientar a organização e funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde da região de saúde.

2 – Aos conselhos de administração das ARS compete, em especial:

- a) Orientar a actividade dos coordenadores subregionais;
- b) Propor a nomeação dos directores dos centros de saúde, ouvido o respectivo coordenador subregional;
- c) Propor a constituição das unidades de saúde;
- d) Compatibilizar os planos e programas de âmbito subregional;
- e) Propor a aprovação dos planos de acção, anuais e plurianuais e dos relatórios de execução das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde;
- f) Dar parecer sobre os orçamentos das instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde;
- g) Promover as medidas necessárias à melhoria do funcionamento das instituições e serviços e ao pleno aproveitamento da capacidade dos recursos humanos e materiais;
- h) Estabelecer os critérios de articulação com entidades privadas de saúde e grupos de médicos;
- i) Contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, sem prejuízo de acordos de âmbito nacional;
- j) Celebrar os contratos programa com as autarquias locais, Misericórdias e outras instituições de solidariedade social, com vista a recuperar e a gerir instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, de harmonia com o disposto no artigo 34.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro;

k) Propor a aprovação dos quadros ou mapas de pessoal das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, de harmonia com as respectivas necessidades e disponibilidades de recursos humanos e financeiros;

l) Estabelecer a tabela de preços relativa aos cuidados de saúde prestados, dentro dos limites estipulados a nível nacional, sem prejuízo do disposto no n.º 2 do artigo 31.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro;

m) Coordenar o transporte de doentes, nomeadamente o que esteja a cargo de entidades privadas, sem prejuízo das competências atribuídas a outras entidades.

3 – Aos conselhos de administração das ARS compete ainda, no âmbito do seu funcionamento:

- a) Elaborar e submeter à aprovação do Ministro da Saúde os planos e programas e o relatório de actividades;
- b) Realizar as acções necessárias à gestão e aperfeiçoamento profissional do pessoal;
- c) Submeter o orçamento a aprovação e as contas de gerência a exame do Tribunal de Contas;
- d) Aprovar os horários de trabalho e de funcionamento dos serviços;
- e) Autorizar despesas com aquisição de bens e serviços até ao valor máximo permitido aos órgãos dirigentes de organismos com autonomia administrativa e financeira;
- f) Tomar as providências necessárias à conservação do património.

4 – Os conselhos de administração das ARS podem delegar ou subdelegar competências em qualquer dos seus membros.

Artigo 7.º
(Funcionamento)

1 – Os conselhos de administração das ARS reúnem, uma vez por semana e, extraordinariamente, sempre que para tal for convocado pelo presidente, por sua iniciativa ou a solicitação de um dos vogais.

2 – Das reuniões são lavradas actas por um dos vogais, que se consideram aprovadas com a assinatura dos seus membros.

Subsecção II
Presidentes

Artigo 8.º
(Competência)

1 – Aos presidentes dos conselhos de administração das ARS, compete:

a) Presidir às reuniões dos conselhos de administração;

b) Dirigir e coordenar as actividades das ARS;

c) Autorizar a mobilidade do pessoal das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, previstas na lei geral;

d) Designar, de entre os vogais, os seus substitutos legais;

f) Representar as ARS em juízo e fora dele.

2 – Sem prejuízo do disposto na alínea c) do número anterior, a mobilidade do pessoal afecto às instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, entre regiões, é autorizada por despacho do Ministro da Saúde.

Subsecção III
Coordenadores subregionais

Artigo 9.º
(Coordenadores subregionais)

1 – Nas subregiões de saúde há coordenadores subregionais de saúde.

2 – Os coordenadores subregionais de saúde são nomeados pelo Ministro da Saúde, sob proposta dos conselhos de administração das respectivas ARS, e são equiparados, para todos os efeitos legais, a subdirector-geral.

Artigo 10.º
(Competência)

1 – Aos coordenadores subregionais compete o exercício de funções de coordenação, representação e outras que lhes sejam delegadas.

2 – Aos coordenadores subregionais compete a direcção dos seus serviços e, de entre as suas funções de coordenação das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, em especial:

a) Avaliar a actividade das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, sem prejuízo das competências dos órgãos centrais ou outras entidades;

b) Promover e coordenar a política de recursos humanos das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde;

c) Assegurar o planeamento e controlo orçamental e da gestão dos recursos financeiros e patrimoniais;

d) Coordenar a execução dos planos verticais de saúde;

e) Propor a celebração de convenções com entidades prestadoras de cuidados de saúde;

f) Coordenar as actividades de saúde pública;



g) Organizar um registo de dados e análise epidemiológica;

h) Desenvolver as acções que visem a melhoria das condições de trabalho do pessoal quanto à saúde ocupacional e segurança no trabalho;

i) Apreciar as petições, queixas ou reclamações dos utentes e remetê-las à Inspeção-Geral da Saúde;

j) Instruir os processos relativos ao licenciamento de farmácias e armazenistas de medicamentos;

k) Aprovar os turnos das farmácias;

l) Desenvolver acções com vista à constituição dos grupos personalizados de centros de saúde e das unidades de saúde.

Secção IV (Órgãos de consulta)

Artigo 11.º (Conselhos regionais de saúde)

1 – Os conselhos regionais de saúde têm a composição seguinte:

- a) Os coordenadores subregionais;
- b) Um representante de cada um dos hospitais integrado no Serviço Nacional de Saúde;
- c) Um representante de cada centro de saúde;
- d) Um representante de cada município;
- e) Dois representantes das entidades privadas integradas no sistema;
- f) Dois representantes dos profissionais em regime liberal integrados no sistema nacional de saúde.

2 – Aos conselhos regionais de saúde, compete, em geral, dar parecer sobre os planos regionais de actividades, orçamentos e relatórios anuais apresentados pelo respectivo conselho de administração e sobre outras matérias em relação às quais lhe seja solicitado parecer, bem como propor as medidas que julgue adequadas à melhoria dos níveis de saúde da região.

3 – Os presidentes dos conselhos regionais são eleitos de entre os seus membros.

4 – Os conselhos regionais de saúde reúnem-se duas vezes por ano e, extraordinariamente, sempre que para tal convocados pelo seu presidente.

5 – O regulamento dos conselhos regionais de saúde é aprovado na primeira reunião convocada pelos presidentes dos conselhos de administração da ARS.

Artigo 12.º (Comissões concelhias de saúde)

1 – As comissões concelhias têm a composição seguinte:

- a) Os directores dos hospitais, quando os houver;
- b) Os directores dos centros de saúde;
- c) Os dirigentes máximos dos serviços oficiais de saúde com sede no concelho e não integrados em hospitais ou centros de saúde;
- d) Um representante do Município;
- e) Um representante da Misericórdia ou, não havendo, de outra instituição particular de solidariedade social, a designar pela União das Instituições Particulares de Solidariedade Social;
- f) Um representante dos interesses dos utentes, eleito pela Assembleia Municipal.

2 – Às comissões concelhias de saúde compete prestar as informações em relação à sua área de saúde, que lhe forem solicitadas pelo coordenador subregional de saúde.

3 – Das comissões concelhias das sedes das regiões fazem ainda parte dois representantes de outras entidades com actividade relevante na área de saúde a indicar pelos elementos referidos no número anterior.

4 – O regulamento das comissões concelhias de saúde é aprovado na primeira reunião, convocada pelos coordenadores subregionais de saúde.

Secção IV Serviços

Subsecção I Disposições gerais

Artigo 13.º (Serviços)

1 – São serviços das ARS, no âmbito da região:

- a) O gabinete de planeamento e apoio técnico;
- b) A direcção de serviços de administração geral.

2 – São serviços das ARS, no âmbito da subregião:

- a) A direcção de serviços de saúde;
- b) A direcção de serviços administrativos.

3 – Os serviços das ARS, no âmbito das subregiões de Lisboa, Coimbra e Porto compreendem, ainda, um gabinete técnico, o qual exerce, com as necessárias adaptações, as competências previstas no artigo seguinte.

Subsecção II Serviços das ARS, no âmbito da região

Artigo 14.º (Gabinete de planeamento e apoio técnico)

1 – Ao gabinete de planeamento e apoio técnico, compete:

- a) Elaborar, difundir e avaliar as técnicas de organização das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde;
- b) Colaborar na elaboração dos planos de actividades;
- c) Reunir e organizar os instrumentos de apoio técnico especializado;
- d) Proceder à difusão interna dos instrumentos de apoio técnico de interesse para os serviços;
- e) Emitir os pareceres que lhe forem superiormente determinados;
- f) Receber os dados estatísticos de saúde e proceder à sua análise;
- g) Efectuar o registo e tratamento de espécies bibliográficas.

2 – O responsável pela coordenação do gabinete de planeamento e apoio técnico é equiparado, para todos os efeitos legais, a director de serviços.

Artigo 15.º (Direcção de serviços de administração geral)

1 – À direcção de serviços de administração geral compete o apoio aos serviços de âmbito regional das ARS nas áreas administrativa e financeira.

2 – À direcção de serviços de administração geral, compreende:

- a) A repartição administrativa;
- b) A repartição de contabilidade.

3 – Adstrita à direcção de serviços de administração geral, funciona uma tesouraria, à qual, compete:

- a) A cobrança das receitas das ARS;
- b) Efectuar o pagamento das despesas, devidamente autorizadas;
- c) Manter escriturados e actualizados os livros de Tesouraria.

Artigo 16.º (Repartição administrativa)

À repartição administrativa, compete, em especial:

- a) Executar todos os actos relativos à gestão do pessoal no que concerne, em especial, à sua selecção, recrutamento, provimento, exercício e cessação de funções, bem como ao processamento dos respectivos vencimentos, e outros abonos;



b) Organizar e manter actualizado o cadastro de pessoal;

c) Garantir a circulação interna e arquivo dos documentos;

d) Assegurar as tarefas inerentes à classificação, circulação, expedição e arquivo de toda a correspondência;

e) Organizar os processos de aquisição de bens e serviços necessários ao funcionamento das ARS;

f) Gerir o património afecto ao funcionamento da ARS e velar pela sua conservação e segurança, promovendo as reparações necessárias;

g) Organizar e manter actualizado o cadastro dos bens das ARS;

h) Superintender no pessoal auxiliar;

i) Assegurar o apoio administrativo aos restantes serviços.

Artigo 17.º

(Repartição de contabilidade)

À repartição de contabilidade, compete, em especial:

a) Elaborar o projecto de orçamento anual das ARS;

b) Organizar e manter actualizada a contabilidade;

c) Assegurar uma contabilidade analítica que permita o controlo orçamental permanente;

d) Processar as despesas relativas à aquisição de bens e serviços;

e) Elaborar a conta de gerência e o relatório financeiro;

f) Controlar o movimento da tesouraria, efectuando mensalmente o seu balanço;

g) Controlar os fundos de maneo afectos ao funcionamento dos serviços das ARS, no âmbito da subregião;

h) Desenvolver quaisquer outras actividades relacionadas com a gestão financeira e com contabilidade que lhe sejam cometidas por lei;

i) Desenvolver as restantes acções de gestão financeira;

Subsecção III Serviços das ARS, no âmbito da subregião

Artigo 18.º (Direcção de serviços de saúde)

1 – À direcção de serviços de saúde compete a orientação técnica e avaliação dos resultados da actuação das instituições e serviços que prestam cuidados de saúde, nomeadamente em articulação com os programas verticais de saúde.

2 – À direcção de serviços de saúde compete em especial desenvolver acções nas áreas da saúde pública, prestação de cuidados de saúde, farmácia e prestações alternativas.

3 – À área da farmácia, compreende:

a) A promoção do controlo dos medicamentos, outros produtos farmacêuticos, produtos parafarmacêuticos, dietéticos e de higiene humana, para o aprovisionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde;

b) A informação sobre medicamentos aos técnicos e utentes das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde;

c) A fiscalização das farmácias e armazéns de produtos farmacêuticos;

d) A instrução dos processos relativos ao licenciamento de farmácias e armazéns de medicamentos;

e) A aprovação dos turnos das farmácias.

4 – As prestações alternativas, compreendem:

a) Fazer cumprir as normas relativas ao licenciamento prévio e fiscalização da qualidade da actividade privada integrada no sistema de saúde, na área dos cuidados médicos e de enfermagem, prestados em consultórios, postos, policlínicos, centros médicos e postos de enfermagem, meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica;

b) Fazer cumprir as normas sobre consultas, meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica, próteses e outros auxiliares, transportes e alojamentos directamente relacionados com a prestação de cuidados.

5 – À direcção de serviços de saúde compreende duas divisões:

a) A divisão de saúde pública;

b) A divisão de prestação de cuidados de saúde.

Artigo 19.º

(Direcção de serviços administrativos)

1 – À direcção de serviços administrativos compete o apoio nas áreas de gestão do pessoal e de contabilidade.

2 – À direcção de serviços administrativos, no âmbito da subregião, compete:

a) Proceder ao recrutamento e selecção de pessoal;

b) Proceder às operações no âmbito da administração do pessoal;

c) Organizar e manter actualizado o cadastro de todo o pessoal e elaborar as listas de antiguidade;

d) Participar no aperfeiçoamento profissional do pessoal;

e) Instruir os processos referentes às prestações sociais;

f) Instruir os processos relativos a acidentes de serviço dos funcionários e agentes.

g) Organizar os processos de aquisição de bens e de serviços;

h) Proceder à distribuição de equipamento e de material de consumo corrente e gerir as respectivas existências;

i) Gerir o património afecto ao funcionamento dos serviços de âmbito subregional das ARS e velar pela sua conservação e segurança, promovendo as reparações necessárias;

j) Organizar o cadastro dos bens afectos aos serviços de âmbito subregional das ARS;

k) Assegurar a contabilização do fundo de maneo;

l) Acompanhar a elaboração e execução da dotação orçamental prevista.

3 – A direcção de serviços administrativos dispõe de duas repartições.

4 – A repartição administrativa, com a competência compreendida nas alíneas a) a j) do n.º 2.

5 – A repartição de contabilidade com a competência compreendida nas alíneas k) e l) do n.º 2.

CAPÍTULO III Recursos humanos

Artigo 22.º (Regime)

É aplicável ao pessoal das ARS o regime dos funcionários e agentes da administração central com as alterações previstas no Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro e nos regulamentos específicos das carreiras profissionais.

Artigo 23.º (Quadros de pessoal)

Os quadros de pessoal das ARS são aprovados por portaria conjunta dos Ministros das Finanças e da Saúde, sob proposta dos conselhos de administração das ARS.

CAPÍTULO IV Dos recursos financeiros e patrimoniais

Artigo 24.º (Receitas e despesas)

1 – Constituem receitas das ARS:

a) As dotações do orçamento do Estado transferidas pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde;

b) Os rendimentos próprios;



ESTATUTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ANÁLISE E RECOMENDAÇÕES

FORUM MÉDICO – MAIO 1993

Os homens têm tendência para acreditar mais em consensos do que em provas

Blaise Pascal

I – ANÁLISE DO DECRETO-LEI N.º 11/93 ESTATUTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

1. Breve Enquadramento Político e Jurídico do Sistema de Prestação de Cuidados de Saúde em Portugal nos Últimos 30 Anos

1.1 *O Estatuto da Saúde e Assistência (Lei n.º 2120, de 19 de Julho de 1963)*

O Decreto-Lei n.º 11/93 que aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (ESNS) constitui um marco normativo que inflecte as regras do sistema que nos últimos 30 anos tem presidido à prestação de cuidados de saúde em Portugal. Parte substancial e a mais substantiva deste diploma prevê a alienação de uma longa tradição de prestação de cuidados de saúde sob tutela das instituições públicas, que no essencial, e apesar das insuficiências conhecidas, se tem mostrado, na sua generalidade, adequada às características culturais e socio-económicas do país.

Ainda que atravessada pelos valores ideológicos do Estado Novo, a Lei n.º 2120, de 19 de Julho de 1963 (Estatuto da Saúde e Assistência) fixa alguns princípios básicos que mais tarde virão a ser retomados e desenvolvidos no Decreto-Lei n.º 413/71. É neste ano que a Previdência passa a assumir a responsabilidade pela prestação de cuidados médicos na doença aos seus beneficiários, tendo para o efeito criado os Serviços Médico-Sociais, federados em Caixas distritais. Através dos seus mil e trezentos postos constituíram durante cerca de duas décadas de anos o primeiro nível de prestação de cuidados, cobrindo no início da década de 70 cerca de 80% da população.

A abordagem global dos problemas de

saúde, a ênfase dada às actividades de promoção da saúde e prevenção da doença, com identificação dos principais grupos vulneráveis, a institucionalização de Centros de Saúde distritais, e a criação de carreiras médicas de saúde pública e hospitalar e de técnicos para-médicos, constituíram os aspectos mais significativos desta lei, e que acabarão por se transformar na matriz de todas as reformas subsequentes. O princípio do direito à saúde e aos cuidados de saúde ficavam assegurados nesta Lei através da fórmula *a política de saúde e assistência tem por objectivo o combate à doença e à prevenção das carências do indivíduo e dos seus agrupamentos naturais.*

O Decreto-Lei n.º 413/71 teve em vista reorganizar os Serviços do Ministério da Saúde e Assistência num contexto político evolutivo relativamente à situação que se vivia na época da aprovação da Lei n.º 2120. Enquanto nesta Lei o Estado ainda exercia uma *acção supletiva em relação às iniciativas e instituições particulares*, o Decreto-Lei n.º 413/71 prevê já o alargamento de funções e objectivos dos serviços oficiais até ao *estabelecimento de um sistema nacional de saúde.*

Relativamente ao direito à saúde e aos cuidados de saúde, o Decreto-Lei n.º 413/71 considera que o direito à saúde *compreende o acesso aos serviços (...) e não sofre restrições, salvo os impostos pelo limite dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis*, e que a orgânica dos serviços de saúde deve *assegurar a toda a população um nível de saúde aceitável de cuidados médicos e de apoio social.* Passa a incumbir ao Estado não só a definição da política de saúde mas também o *fomento das correspondentes actividades*, subordinadas a planeamento regular e continuado. A iniciativa particular continua a ser relevante na execução da política de saúde e é realçada a importân-

cia da cooperação das populações na *criação, manutenção e progresso de serviços apropriados.*

São criados os Centros de Saúde concelhios, *responsáveis pela integração e coordenação das actividades de saúde e assistência, bem como pela prestação de cuidados médicos de base, de natureza não especializada, com o objectivo de assegurar a cobertura médico-sanitária da população da área que lhes corresponde.*

1.2 *A Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 56/79, de 6 de Setembro) e a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto)*

A Lei n.º 56/79 cria o Serviço Nacional de Saúde, através do qual o *Estado assegura o direito à protecção da saúde, universal, geral e gratuito.* Entre as principais inovações desta Lei inclui-se o capítulo dedicado aos direitos dos utentes, reconhecendo-se-lhes *a liberdade de escolha do responsável pela prestação de cuidados de saúde*, e são estabelecidos os conteúdos dos cuidados de saúde primários e dos cuidados hospitalares, ficando o acesso a estes *condicionado a prévia observação e decisão dos serviços de cuidados primários, salvo nos casos de urgência.*

Pela Lei n.º 48/90 é decretada a Lei de Bases da Saúde. A sua principal linha orientadora é repartir entre o Estado e a iniciativa privada a responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde. É remetida para os cidadãos a responsabilidade pela sua própria saúde, tanto individual como colectiva, e o dever de a defender e promover.

As principais linhas orientadoras expressas no diploma são a promoção da saúde e a prevenção da doença, a garantia



de equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços, a estruturação e o funcionamento dos serviços de acordo com os interesses dos utentes, a igualdade de acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica, a inclusão de critérios de eficiência na gestão dos recursos e o apoio ao desenvolvimento do sector privado da saúde.

É introduzido o conceito de sistema de saúde, enquanto conjunto de unidades prestadoras de cuidados, públicas e privadas, que com o Serviço Nacional de Saúde (SNS) desenvolvem actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde. Obedecendo às recomendações da OMS, o diploma estabelece que o sistema de saúde assenta nos cuidados de saúde primários, que devem situar-se junto das comunidades. Nesse sentido é defendida a participação das autarquias na definição de linhas de actuação que permitam o desenvolvimento de acções comuns. Para o efeito de organização do sistema de saúde o território é dividido em regiões de saúde, ficando prevista a sua dotação com meios de acção bastantes para satisfazer autonomamente as necessidades correntes dos seus habitantes.

O financiamento do SNS é assegurado pelo Orçamento do Estado (OE), ainda que os serviços e estabelecimentos de saúde oficiais possam cobrar algumas receitas, entre as quais as que resultem da cobrança de *taxas moderadoras* e do pagamento de *taxas por serviços prestados* aos beneficiários.

1.3 Lei n.º 2120 e Decreto-Lei n.º 11/93

Pode dizer-se que o sistema de saúde português dos últimos 30 anos tendo partido de uma matriz caritativo-corporativista, de que a Lei n.º 2120 é já um exemplo mitigado, foi evoluindo no sentido de um sistema de acesso universal e gratuito, de que a Lei n.º 56/79 é o paradigma, mas em que o Decreto-Lei n.º 413/71 desempenhava já o papel de precursor. Contradição dos tempos que então se viviam, o Decreto-Lei n.º 413/71 sendo a regulamentação (juntamente com o Decreto-Lei n.º 414/71) da Lei n.º 2120, ultrapassava largamente a sua matriz, no sentido evolutivo.

Ao invés, passados três anos da publicação da Lei n.º 48/90, o decreto-lei que vem regulamentar a parte mais substancial da Lei de Bases da Saúde constitui já uma clara inversão da filosofia daquele diploma, impondo-lhe regras de gestão e de financiamento sem qualquer fundamentação técnica e ao arrefio do que o articulado da Lei de Bases fazia supor.

Ainda que se mantenha o princípio de que o OE financia o SNS, as disposições contidas no diploma apontam para um cenário muito semelhante ao da Lei n.º 2120, em que os encargos com a instalação e funcionamento dos estabelecimentos e instituições de saúde eram suportadas: em primeiro lugar, pela receita de quotizações, rendimentos de bens próprios e pagamento de serviços prestados segundo tabelas aprovadas; em segundo lugar, pelo montante das heranças, legados e donativos recebidos; e somente em terceiro lugar intervinha o Estado a suportar os encargos, através do OE.

2. A Forma que Revestiu a Elaboração do Estatuto do SNS

O Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (ESNS) deve constituir o compromisso entre o Estado e os cidadãos quanto à forma como o primeiro assume a responsabilidade de prestação de cuidados de saúde, e os segundos aceitam as regras dessa prestação.

2.1 O Imperativo da Democracia Participada nos Processos de Mudança

No caso da saúde enquanto bem de mérito, e dos cuidados de saúde enquanto bens sem qualquer outra utilidade que não seja promover ou manter a saúde, e tratar a doença, é desejável que se estabeleça uma relação de agência tão perfeita quanto possível. Isto é, a legitimidade formal para elaborar o dispositivo legal que é o ESNS, decorrendo das regras da democracia política, deverá tanto quanto possível aproximar-se das expectativas dos utilizadores dos serviços e dos prestadores de cuidados de saúde. Só do cruzamento destes pontos de vista é possível obter-se um conjunto de normas explícitas aplicáveis, e que comprometam, no todo ou em grande parte, todos os protagonistas do processo.

Fora deste quadro metodológico o reconhecimento de perda de soberania por qualquer uma das partes em matéria tão específica e controversa, gera oposição, resistências, e no limite, acaba por descaracterizar as regras do sistema. Se é legítimo e socialmente desejável que em todos os processos de reforma de dispositivos de prestação de serviços públicos sejam atendidos os critérios de eficiência e de melhoria da qualidade, é igualmente verdade que toda a mudança que não apele à participação e ao envolvimento dos seus destinatários está condenada ao fracasso. Foi assim no passado, será assim no futuro se se mantiverem os mesmos erros processuais.

2.2 Dois Exemplos Metodológicos de Reestruturação dos Sistemas de Saúde

2.2.1 O Exemplo Holandês

O melhor exemplo de discussão de um documento com repercussões tão importantes na vida social e económica do país foi dado pelo governo holandês relativamente ao documento *Vontade de Mudar* elaborado por uma comissão presidida pelo Presidente da Philips, Prof. W. Dekker, cujo mandato era o de propor uma revisão dos Serviços de Saúde. Nomeada em Agosto de 1986, a Comissão deu por concluídos os seus trabalhos em Março de 1987, sendo publicitadas e discutidas publicamente as suas recomendações. Em Março de 1988 o governo holandês aprovou a versão final do documento intitulando-o *Mudança Assegurada* (note-se nas diferentes designações do primeiro e do segundo documento), e a sua aplicação só teve início em 1 de Janeiro de 1989.

2.2.2 O Exemplo Espanhol

Em 18 de Janeiro de 1990 o Grupo Parlamentar do CDS apresentou à Câmara de Deputados uma proposta de Lei em que solicitava ao governo a constituição de uma comissão que revisse o Sistema Nacional de Saúde, a ser constituída por médicos, economistas da saúde, seguradores, administradores de saúde, sociólogos da saúde e juristas, e presidida por uma personalidade independente de reconhecido mérito. Os elementos da comissão seriam propostos, numa base consensual, por todos os grupos parlamentares, e teriam autoridade para constituir subcomissões, solicitar dados e informações aos organismos oficiais, e consultar empresas privadas, peritos internacionais e associações profissionais.

A comissão, constituída por 178 membros, iniciou os trabalhos em 3 de Setembro de 1990, organizando-se em 9 subcomissões, tendo realizado 35 reuniões, recolhido 1135 pareceres, e reunido com 84 entidades, entre as quais os Conselheiros da Saúde das Comunidades Autónomas. A comissão deu por concluídos os seus trabalhos em Julho de 1991, tendo elaborado 64 Recomendações decorrentes da análise técnica que fizeram do Sistema de Saúde.

2.2.3 O Caso Português

Da Holanda a Espanha, nos países europeus onde se procedeu ou está a proceder à avaliação e à reestruturação dos respectivos sistemas de saúde, apesar das soluções adoptadas não coincidirem, num



ponto todos os governos estiveram de acordo, apesar da legitimidade política de que estavam investidos: divulgar os estudos técnicos em que se basearam para tomar decisões políticas, e colocar à discussão pública as propostas de redefinição das regras de prestação de cuidados de saúde.

Foram necessários 30 meses ao governo holandês para elaborar, discutir, aprovar e iniciar a aplicação do diploma que iria reestruturar os serviços de saúde, e 10 meses à comissão espanhola para elaborar um documento técnico orientador das reformas a introduzir no sistema de saúde. Compare-se agora com o secretismo, o imediatismo e a ausência de qualquer suporte técnico do governo português na elaboração do principal instrumento jurídico do sistema de saúde. E no entanto, na alínea (g) da Base II da Lei de Bases da Saúde é bem explícita: *é promovida a participação dos indivíduos e da comunidade organizada na definição da política de saúde (...)*.

Todas as reformas têm sido caracterizadas pela temporalização da sua aplicação, com metas bem definidas a atingir em cada ano de aplicação dos respectivos diplomas. Relativamente ao ESNS nunca se sabe quanto se vai fazer do quê e quando. Certo neste ESNS é que as Administrações Regionais de Saúde irão entrar em regime de instalação, de onde nunca saíram e onde é previsível que permaneçam eternamente.

3. Sobre a Dicotomia entre Cuidados Primários e Cuidados Diferenciados

Se é certo que a saúde é indivisível já o mesmo não acontece com os cuidados de saúde. É não só possível decompô-los em unidades ou segmentos tão elementares quanto o nível de descretização pretendido, para avaliações económicas, por exemplo, como é não só possível como desejável distingui-los consoante o seu grau de continuidade, de acessibilidade instantânea, de intensidade ou de emergência.

3.1 Os Cuidados de Saúde Primários Articulam-se e Complementam-se com os Cuidados Hospitalares

Cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares nunca foram, não são, nem nunca serão dicotómicos, como está escrito no preâmbulo do Decreto-Lei n.º 11/93, e não está escrito, nem nunca foi dito por alguém responsável que o sejam. Só se pode entender, por isso, como uma levandade técnica tal afirmação. Os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares não se opõem nem são contraditórios entre si, constituem antes

aspectos e níveis de contacto que se articulam e complementam no quadro de um processo sistémico de prestação de cuidados de saúde.

É bom lembrar que todos os governos, incluindo o actual, têm aprovado todas as declarações internacionais sobre os cuidados de saúde primários. Além disso, a Base XIII da Lei de Bases da Saúde é, nesta matéria, inequívoca: *o sistema de saúde assenta nos cuidados de saúde primários, que devem situar-se junto das comunidades*. É também bom lembrar que a opção por esta estratégia de abordagem dos problemas de saúde se realizou num quadro de crise económica que interferia com os mecanismos de prestação de cuidados não só nos continentes africano e asiático, mas também europeu.

Um dos aspectos mais relevantes desta problemática, mas que menos vezes é referido, é aquele que procura estabelecer uma relação entre desenvolvimento económico e cuidados de saúde primários. Os factores sociais constituiriam os verdadeiros motores do desenvolvimento e o nível de saúde das populações seria uma condição indispensável para o desenvolvimento socio-económico dos países. Por isso, as iniciativas destinadas a melhorar a situação socio-económica e o estado de saúde das populações deveriam considerar-se complementares e potenciadoras dos efeitos reciprocamente produzidos por cada uma delas. Em última análise, o nível de saúde de uma população poderia servir de analisador do seu desenvolvimento sócio-económico.

Do ponto de vista operacional sempre se considerou que o sucesso dos cuidados de saúde primários estavam dependentes de duas condições: a aplicação de tecnologia apropriada e a presença do hospital no sistema de referência dos problemas de saúde graves ou das situações para as quais os serviços não possuíssem resposta tecnológica. Enquanto dispositivo sistémico, os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares articulam-se e complementam-se, para além das relações informais, através de mecanismos e de canais de comunicação bem identificados.

3.2 Os Cuidados de Saúde Primários do Ponto de Vista Social e Económico

Do ponto de vista económico, um sistema de saúde baseado nos cuidados de saúde primários é socialmente mais justo porque proporciona maior número de prestações essenciais a uma maior fracção da população a um menor custo. Ou seja, para os mesmos problemas, tanto o custo médio como o custo marginal da tecnologia utilizada pelos cuidados de saúde primários é significativamente melhor do que

os praticados pela tecnologia hospitalar. A opção por um sistema de saúde baseado nos cuidados de saúde primários não decorre, por isso, de uma suposta visão miserabilista dos problemas da saúde, mas da constatação de que num quadro de limitação de recursos há sempre que escolher pela tecnologia tecnicamente mais eficiente, socialmente mais justa e que proporcione mais satisfação aos seus utilizadores. A não ser que qualquer outro julgamento de valor se sobreponha a estes três critérios.

3.3 O Principal Obstáculo à Implantação dos Cuidados de Saúde Primários

Quando em 1988 se procedeu à primeira avaliação mundial dos cuidados de saúde primários, em que participaram a OMS, a UNICEF, o PNUD e representantes das ONGs, não foi para constar que esta estratégia estava a constituir uma resposta inadequada aos problemas da prestação de cuidados, que se estava a revelar um fracasso do ponto de vista económico-financeiro ou sequer que estava esgotada, nos países em vias de desenvolvimento ou nos países industrializados. Foi antes para constatar que, apesar da sua validade, os cuidados de saúde primários enfrentavam um sério obstáculo à sua implantação: a ausência de regionalização dos sistemas de saúde.

É na região que a integração dos programas de saúde consegue obter maior efectividade e que a coordenação entre as instituições públicas, privadas e de solidariedade social, e a participação das comunidades adquirem maior pertinência institucional. Esta participação na gestão dos serviços de saúde não deve ser encarada como um luxo mas como um impeditivo técnico, na ausência da qual dificilmente se conseguirá a aceitação plena de qualquer programa de saúde.

4. A organização e Funcionamento do SNS

4.1 A Delegação de Poderes Executivos não é Equivalente à Regionalização

O SNS pretende-se regionalizado quando ainda não estão criadas as regiões e quando o próprio Decreto-Lei n.º 11/93 (artigo 8.º) remete para outra regionalização a partir de 1995. É legítimo inferir-se, assim, que (1) o governo já decidiu o modelo de regionalização para o país, mas imperativos de ordem política não o aconselham a explicitá-lo, ou (2) as regiões de saúde não coincidirão com as regiões administrativas. No último caso, põe aprioristicamente em causa um modelo de regionalização, ao retirar as instituições de saúde, no seu todo ou em parte, da eventual tutela, ou participação na tutela, dos órgãos regionais e municipais.



Quando na maioria dos países europeus é dada uma grande ênfase à regionalização dos serviços de saúde, como forma de participação das comunidades e de aproximação da gestão aos utilizadores, com potenciais ganhos em efectividade, e satisfação, e quando tendencialmente o financiamento público do sistema é feito, em partes variáveis, pelos níveis central, regional e municipal, com potenciais ganhos em eficiência, o ESNS mantém uma forte centralização de toda a cadeia de comando, e o SNS mantém a sua total dependência de um orçamento gerido centralmente pelo Ministério da Saúde. De facto, o ESNS não regionaliza, no sentido de atribuir poderes às regiões para gerir os seus recursos, limita-se antes, como anteriormente, a delegar poderes executivos que por impossibilidade física não podem ser executados centralmente.

A participação dos cidadãos na gestão das instituições de saúde, componente essencial em qualquer processo de regionalização, ainda que a título consultivo (*Conselhos Regionais de Saúde e Comissões Concelhias de Saúde*), está praticamente ausente. Optou-se por uma composição destes órgãos em que o ponto de vista e o feed-back da comunidade fica diluído na visão eminentemente institucionalizante da maioria dos seus membros.

4.2 A Governamentalização do Sistema de Saúde

Toda a gestão do SNS é da confiança política do governo, reproduzindo e mantendo, aliás, uma prática que já há muito está instalada. A falência do actual modelo de gestão e de controlo político-partidário dos cargos de direcção e gestão das instituições de saúde, implícita em várias disposições do ESNS, em vez de induzir à sua reformulação, acaba por reforçá-lo. Já não são só os conselhos de administração das ARS e dos hospitais, as direcções dos centros de saúde e os coordenadores sub-regionais. Até o presidente da direcção dos grupos personalizados de centros de saúde, ela própria composta por três directores de centros de saúde, é nomeado por despacho do Ministro da Saúde.

Esta carga governamentalista tem inquinado e subvertido todas as relações baseadas na hierarquia e competência profissional. A nomeação de profissionais para cargos de chefia e direcção pelo único critério de obediência politico-partidária, mesmo quando só estão em causa funções que envolvem competências tecnico-profissionais, tem-se revelado das mais nefastas medidas adoptadas no sector da saúde. A par da leviandade ética que alguns médicos nestas condições têm revelado, há a acrescentar os custos do desconhecimento e ignorância que muitos deles revelam no

desempenho das funções de gestão que lhes são atribuídas.

A não ser saneada e moralizada rapidamente, esta situação poderá vir a revelar-se insustentável e ser objecto de enérgicas medidas de todas as associações médicas, designadamente da Ordem dos Médicos.

4.3 O Ruído Decisional é Inimigo da Complementaridade e da Articulação

Contando com o Ministro da Saúde e respectivos Secretários de Estado, o sistema apresenta 8 níveis de decisão: Direcção-Geral de Saúde, Administrações Regionais de Saúde, Conselhos de Administração dos Hospitais, Coordenadores Sub-Regionais, Direcções dos Centros de Saúde, Direcções dos Grupos Personalizados dos Centros de Saúde, Conselho Interno das Unidades de Saúde. O ruído informacional e decisional gerado por todos estes níveis tenderá a constituir um forte obstáculo à tomada de decisões oportunas e um importante elemento perturbador da independência de cada nível de prestação de cuidados.

Sendo desejável e útil otimizar a articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares, no sentido de melhorar a continuidade dos cuidados (elemento essencial de qualquer estratégia de diminuição de actos desnecessários, e por conseguinte de diminuição de desperdícios), a criação de duas interfaces (Centros de Saúde-Centros de Saúde, e Centros de Saúde-Hospitalar) revelam-se funcionalmente inúteis, e por conseguinte potencialmente conflituantes.

Em parte alguma do ESNS se descreve o conteúdo funcional dos Grupos Personalizados de Centros de Saúde, a não ser para tomarem como referência uma unidade hospitalar, assumindo então o estatuto de Unidade de Saúde, cujo conteúdo funcional é o de *assegurar a continuidade da prestação de cuidados*. Contudo, e uma vez mais, optou-se por cair no formalismo em vez de recolher a experiência de alguns modelos de articulação que, com sucesso, têm sido ensaiados entre Centros de Saúde e Hospitais. Referimo-nos às UCF (Unidades de Coordenação Funcional), instrumentos de articulação operacional para programas específicos (saúde materno-infantil, designadamente), que poderiam ser desenvolvidas e alargadas a outras áreas.

Esta figura, de constituição muito ligeira (coordenadores do respectivo programa pelo lado do Centro de Saúde ou ARS, e o responsável do respectivo Serviço pelo lado Hospitalar) tem-se revelado de extrema utilidade, e funcionado a contento das duas partes, sem que se verifique a necessidade de potencial dilu-

ção de poderes, sobretudo por parte das direcções dos Centros de Saúde.

Além disso, a figura de Unidade de Saúde tenderá naturalmente a sobrepor-se à gestão dos Centros de Saúde, ou constituir, no mínimo, uma ameaça à sua independência, uma vez que o peso histórico e institucional da componente Hospitalar tenderá a impor os seus pontos de vista e encontrar nesta figura um suplemento ao seu funcionamento.

5. Sobre o Financiamento do SNS

5.1 O Sistema é Ineficiente, está Sub-Financiado e é Mal Gerido

Ao não divulgar um estudo financeiro do actual sistema, das suas componentes eficientes e dos seus procedimentos geradores de desperdícios, fica-se sem saber se,

- o sistema é eficiente mas o governo tem uma opção política que o aconselha a introduzir algumas regras de mercado no SNS;
- o sistema é eficiente mas o governo quer obter maiores ganhos de eficiência para os poder aplicar noutras áreas, e por isso considera que a inclusão daquelas regras é a melhor estratégia para alcançar aqueles resultados;
- o sistema é ineficiente e a sua correcção só pode ser levada a cabo pela inclusão das regras de mercado;
- o sistema é ineficiente mas pode ser corrigido com a modificação de alguns procedimentos técnicos, administrativos e jurídicos.

É por isso legítimo pensar que a opção pelo co-financiamento do SNS decorre de uma opção ideológica, marginal a uma solução que se revele tecnicamente mais ajustada e necessária. São conhecidas as insuficiências de Portugal nesta matéria. A percentagem do PIB atribuído à saúde é 85% da média dos países da OCDE, mas superior em 0.5 pontos percentuais à da Grã-Bretanha, cujo sistema de saúde é semelhante ao português; a despesa pública representa 82% da média da OCDE, 25 pontos percentuais mais baixa do que a da Grã-Bretanha, e a despesa per capita em saúde representa 44% da média dos países da OCDE, metade da despesa realizada pela Grã-Bretanha. Ou seja, num sistema semelhante como o inglês, e sem que o resultado das recentes reformas se possam ainda fazer sentir, é possível gerir-se com mais eficiência os recursos sem necessidade de recurso aos mecanismos reguladores do mercado.

Por outro lado, Portugal é um país em que 30% da população é pobre, 25% é coberta por sub-sistemas de saúde (e pelo SNS) e 40% dos custos em saúde são



cobertos pelos utilizadores. Em mais nenhum país europeu se verifica a conjugação simultânea destes três indicadores. O potencial universo de financiadores do sistema (ainda uma fracção da que nem é pobre, nem está coberta por sistemas, nem resulta duma combinação destes dois atributos), identificado no ESNS como *os beneficiários com condições económicas e sociais para suportarem os encargos resultantes da prestação de cuidados*, está, por sua vez, não só salvaguardado pela Base XXIV da Lei de Bases da Saúde e pela cláusula constitucional da universalidade e da gratuidade tendencial dos cuidados, mas face àqueles indicadores é crível que já pague muito mais do que 40% dos custos dos cuidados de saúde recebidos. Mesmo assim, a tendencialidade da gratuidade não se refere a um segmento da população, refere-se ao universo dos casos, não admitindo, por isso, discricionariedade.

Qualquer alternativa à actual, principal fonte de financiamento (OE) deveria ser, por isso, questionada à luz não só da constitucionalidade da medida, mas sobretudo da equidade e da elasticidade financeira dos utilizadores do sistema. Fora deste quadro social e técnico, é de supor que medidas meramente voluntaristas cuja motivação imediata é fazer face a constantes déficits orçamentais (ainda que nos últimos dez anos o crescimento do OE, a preços constantes, tenha sido 18 pontos percentuais superior ao crescimento do orçamento do SNS) venham a revelar-se não só impertinentes mas sobretudo geradores de desigualdades no acesso e utilização dos cuidados de saúde.

O Decreto Regulamentar n.º 3/88, sendo o instrumento jurídico que tem servido para controlar os órgãos de gestão hospitalar e para tentar submeter os profissionais de saúde aos critérios economicistas da tomada de decisões, não permite ao governo desculpabilizar-se pela má gestão das instituições hospitalares praticada pelas administrações por si nomeadas. É óbvio que tanto nesta área como nos cuidados de saúde primários, a gestão por critérios políticos teria que redundar sempre na produção de ineficiências nos diversos segmentos do sistema, uma vez que esse tipo de critérios contém uma significativa fracção de irracionalidade económica. Ora a racionalidade económica não se compadece com fidelidades políticas, visando, no caso da saúde, maior benefício, maior efectividade e maior utilidade ao melhor preço. Mas uma vez que o sistema está sub-financiado, toda a política de gestão é orientada no sentido da minimização dos custos para não aumentar o déficit acumulado e não obrigar a um esforço orçamental compatível com as necessidades reais das instituições. Os resultados deste tipo de gestão são óbvios: menos efecti-

vidade, menos qualidade e a consequente instalação de uma situação de ineficiência endémica.

A má gestão das instituições do SNS tem assim como resultados objectivos gerar ineficiências e permitir ao governo tentar justificar a alienação das suas responsabilidades em matéria de organização, funcionamento e financiamento da rede pública de prestação de cuidados de saúde.

5.2 O Preço dos Cuidados de Saúde

É desejável e importante que se conheçam e divulguem os custos reais dos cuidados de saúde. Só a partir desse conhecimento é tecnicamente possível e credível proceder a uma avaliação séria do sistema e fixar preços. A aplicação de preços reais aos sub-sistemas de saúde e às entidades discriminadas no ESNS (art.º 23.º, (b), (c), (d)) constituem certamente um dos aspectos da gestão que pode ser melhorada, e com eventuais repercussões nas receitas das instituições.

Contudo, e tendo em vista a equidade do sistema invocada na Lei de Bases, é incompreensível que dentro de uma banda de preços, máximos e mínimos, os preços possam ser diferentes de região para região. Uma vez que o decreto-lei prevê a comparticipação dos beneficiários do SNS nos encargos segundo as suas condições económicas e sociais, aquela lógica vem introduzir um novo factor de desigualdade de acesso, baseado na área em que a instituição de saúde está sediada. Isto é, as mesmas condições económicas podem ser tratadas de maneira diferente consoante sejam tratadas num hospital ou centro de saúde de Bragança, ou num hospital ou centro de saúde de Lisboa.

5.3 A Questão do Seguro Alternativo de Saúde

Esta problemática antes de ser uma questão constitucional, uma questão técnica e uma questão de mercado, é uma questão política, ou de vontade política, se se quiser. Na actual situação económica, em que a generalidade dos cidadãos viram os seus rendimentos diminuir e em que previsivelmente a sua situação económica não irá melhorar significativamente no futuro mais próximo, é socialmente legítimo sobrecarregá-los com uma nova despesa fixa?

O SNS nunca foi gratuito ou tendencialmente gratuito. Os impostos pagos pelos cidadãos servem, entre outras finalidades, para financiarem os serviços de saúde. Por outro lado, o valor dos impostos já contém em si uma componente descritiva da diversidade das diversas condições sociais. A

questão de se saber se este sistema fiscal é socialmente equitativo é discutível, e provavelmente constitui a peça mais importante da discussão. A recusa em encarar a questão do financiamento do SNS por via do aumento da fiscalidade pode constituir uma opção que politicamente não interessa ao governo. Contudo, as outras alternativas podem revelar-se ainda mais iníquas: adquirir um seguro cujo montante será certamente superior ao eventual aumento da carga fiscal, ou pagar os preços reais das prestações, que em determinadas condições de saúde e de idade se podem tornar incomportáveis.

6. Contrato de Gestão, Convenção e Contrato-Programa

Esquemáticamente, a lógica do processo de produção de bens públicos rege-se pela lógica de inputs e a lógica do processo de produção de bens privados rege-se pela lógica dos outputs. Isto não significa, porém, que a eficiência constitua um atributo exclusivo dos sectores privados da economia (mais bens ao menor custo).

6.1 A Gestão Privada é mais Eficiente?

O que distingue o processo de produção privada do processo de produção pública não é a mítica eficiência do privado ou o desperdício estigmatizante do público. Milhares de exemplos atestam este facto. O que distingue um processo de outro é a mercadorização ou a desmercadorização dos bens ou serviços produzidos por cada um dos sectores. Ainda que em sentido lato se possa considerar que existe um mercado de cuidados de saúde, só com muitas restrições se aplicam aos cuidados de saúde as leis de mercado. Para o utilizador há um custo de oportunidade dos recursos utilizados para adquirir cuidados de saúde? Os cuidados de saúde terão um valor de troca, ou terão um valor eminentemente de uso? Quer isto dizer que a transformação dos cuidados de saúde em bens transaccionáveis os iria equiparar a quaisquer outros bens, cuja lógica de produção é o lucro e a soberania do consumidor. Na saúde conhecemos os resultados do desenvolvimento desta lógica. O sistema mais ineficiente e iníquo dos países da OCDE (EUA) é aquele em que a percentagem do PIB para a saúde cresce 1 ponto percentual cada 40 semanas, que mais gasta com a Saúde (12.4% do PIB), mas é também aquele com maior taxa de população descoberta, e em que os lucros do complexo medico-industrial foram cerca de 20 biliões de US dólares (1991).

A gestão privada de instituições ou serviços da rede do SNS revela-se à partida

uma aventura de consequências imprevisíveis e previsivelmente sem regresso. A somar a uma tradição de gestão pública há agora a acrescentar diversas variáveis. Não se descortina um cenário em que a gestão privada se compatibilizasse com a formação e o desenvolvimento e garantia das carreiras médicas, para-médicas e administrativas. Não é crível que o Estatuto de funcionário se enquadrasse na lógica de gestão de recursos humanos do sector privado, designadamente os regimes de trabalho consagrados nas diversas carreiras. Seria de esperar que o estatuto remuneratório acabasse por sofrer uma considerável erosão, considerada a lógica da minimização dos custos, e uma vez que as remunerações constituem actualmente a fracção mais importante das despesas das instituições de saúde (50%).

6.2 As Relações entre o Sector Público e o Sector Convencionado: Clarificar as Competências para Melhorar a Articulação

Neste campo torna-se necessário explicar o que compete ao público, ao privado e ao convencionado. A permanente indefinição das regras que devem articular a complementaridade destas três áreas de prestação de cuidados tem constituído uma fonte permanente não só de insatisfação de utilizadores e prestadores, mas principalmente de ineficiência do sistema.

É, por exemplo, inadmissível que para a generalidade dos contratos e convenções celebradas seja fixado o limite temporal de vigência até 31 de Dezembro de 1996, sem que desde já fiquem explicitadas as regras que irão presidir aos futuros contratos. Com esta norma são frustradas as expectativas dos contratantes, com as naturais consequências de ordem económica, e induz-se ao aligeiramento da vigilância sobre a qualidade dos bens contratados.

Mesmo nas situações em que o governo procura alienar as suas responsabilidades na gestão das instituições públicas de saúde, não deixa de reservar para si a descricionaridade de colocar ou não a concurso público a celebração dos contratos de gestão invocando a figura sempre abstracta do interesse público, que normalmente tem servido para satisfazer o apetite das clientelas políticas.

Constituindo o sector convencionado um importante e decisivo parceiro do SNS é desejável clarificar, simplificar e melhorar os mecanismos de cooperação. Um deles, e talvez o principal, diz respeito ao sistema de referência em vigor. Sendo o centro de saúde a única entidade referenciadora, seria desejável que se estabelecessem relações directas entre o SNS como comprador e os prestadores con-

vencionados, na base, por exemplo, de um orçamento directamente gerido por cada centro de saúde.

6.3 Gestão por Grupos de Médicos

Os contratos de convenção com base em pagamento por capitação já foram ensaiados na Clínica Geral. Esta figura não teve, contudo, a adesão esperada e acabou por fracassar, uma vez que as normas impostas se revelaram inadequadas, designadamente ao nível dos preços que a tutela estava disposta a pagar.

A análise das experiências da Dinamarca e do Reino Unido, e mais recentemente a aplicação das *budget-holding practices* neste último país, revelaram potencialidades que conviria considerar a propósito da gestão de unidades de saúde por grupos de médicos. Porém, é improvável que as premissas subjacentes a este processo venham a verificar-se no contexto burocrático de comando e controlo prefigurado no ESNS, mesmo no seu relacionamento com o sector privado e convencionado. Será antes de esperar que a figura *gestão por grupos de médicos*, que contém em si potencialidades importantes, não passe de uma figura retórica sem qualquer atractivo e sem qualquer viabilidade prática.

7. A Questão da Qualidade dos Serviços

Finalmente é reconhecido em lei o imperativo da qualidade em cuidados de saúde, ainda que o actual modelo de gestão dos serviços de saúde, a não ser profundamente modificado, lhe retire grande parte das suas virtuais potencialidades. Esta é uma questão decisiva para os estabelecimentos de saúde, e mais ninguém do que os médicos e os utilizadores dos serviços estão interessados na sua aplicação. Passará a ser exigível gerir não só por objectivos mas por objectivos de qualidade. Os critérios de eficiência tenderão a constituir não um fim em si mesmo mas mais uma dimensão da qualidade dos cuidados prestados. Os critérios e os padrões de qualidade tornar-se-ão explícitos e publicitáveis. Os desvios observados podem ser analisados e comparados com os padrões fixados. A correcção dos erros poderá passar a ser prospectiva e de carácter organizacional e formativo, mais do que disciplinar. Enfim, passaremos a ter utentes mais satisfeitos e mais seguros com os cuidados recebidos, e prestadores melhor defendidos de eventuais acusações de negligência.

Não sabemos se algum dia, com este ESNS, este cenário se verificaria. Ao privilegiar a auditoria externa o legislador

optou pelo método mais controverso. Ainda que supostamente realizada pelos pares, constitui para todos os efeitos uma inspecção, com todas as suas vantagens, mas também com os estigmas que as acções decorrentes do exterior comportam, a principal das quais é a sua grande carga implícita de suspeição. As auditorias externas mais do que garantir e melhorar a qualidade, objectivo de qualquer programa, avaliam. Comparam o desempenho corrente com os padrões, detectam os desvios, procuram identificar as causas, fazem recomendações, mas dificilmente conseguem desenvolver acções correctoras dos erros ou de melhoria contínua da qualidade. Assim, esta metodologia pode ter efeitos mais perversos do que a ausência de qualquer programa, uma vez que tenderá a desencadear um certo tipo de desempenho defensivo, e a privilegiar as sanções disciplinares às medidas formativas e de modificação organizacional.

II - CONCLUSÕES

Com base na análise do Decreto-Lei n.º 11/93 que instituiu o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (ESNS), conclui-se que:

1. O ESNS é um diploma que regula parte substancial da Lei de Bases de Saúde de forma gravosa, tanto para a população como para os profissionais da saúde.
2. O ESNS é um documento do qual se desconhece a fundamentação de carácter técnico-científico, sendo por isso justificado afirmar-se que constitui mais uma peça ideológica do que uma escolha baseada numa análise objectiva da actual situação do sistema de saúde.
3. O ESNS constitui uma inflexão significativa na evolução do sistema de saúde no sentido da alienação das responsabilidades do Estado em matéria de prestação de cuidados de saúde.
4. O ESNS valora deficientemente as características sócio-económicas da população portuguesa, importando dos países europeus mais desenvolvidos formas de financiamento dos serviços de saúde eventualmente aplicáveis nesses países.
5. O ESNS extingue, de facto, os cuidados de saúde primários (contrariando a própria Lei de Bases da Saúde), diluindo-os numa estrutura em que a área dos cuidados hospitalares se tomará inevitavelmente preponderante, com a acentuação das ineficiências em todo o sistema.



6. O Estatuto reforça a actual estrutura fortemente centralizada e burocratizada do SNS, apesar de nominalmente se pretender apresentá-lo como um serviço regionalizado.
7. O Estatuto fomenta e agrava a estrutura fortemente governamentalizada do SNS, com a nomeação dos membros de todos os seus órgãos dependente da confiança política.
8. O ESNS põe em causa as carreiras, regimes de trabalho e o estatuto remuneratório dos médicos.
9. O ESNS mantém a indefinição das relações entre os sectores público, privado e convencionado, com os consequentes prejuízos para os utilizadores e para os prestadores.
10. O modelo de avaliação da qualidade preconizado no ESNS é tecnicamente leviano, e da sua aplicação pode decorrer a inviabilidade de se realizarem programas de garantia da qualidade metodologicamente correctos nos próximos anos.

III – RECOMENDAÇÕES

I

1. Suspensão da aplicação do Decreto-Lei n.º 11/93, Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

2. Criação, no âmbito da Assembleia da República, de uma comissão de peritos independente que realize a avaliação técnica do Serviço Nacional de Saúde, e tendo como referência a Lei de Bases de Saúde e os preceitos constitucionais sobre a matéria, elabore recomendações no sentido da sua reestruturação.
 - 2.1 Publicitação e abertura da avaliação e das recomendações ao debate público.
 - 2.2 Audição formal das organizações representativas dos prestadores e dos utilizadores sobre a matéria.
 - 2.3 Elaboração de um Estatuto do Serviço Nacional de Saúde que tenha em conta os consensos gerados pelo debate público e as sugestões das associações.

II

O Grupo de Trabalho entendeu, sem prejuízo do enunciado em I, proceder desde já às seguintes recomendações de carácter geral, no seguimento da análise e das conclusões sobre o ESNS:

1. Considerar como referência prioritária as necessidades em saúde e em cuidados de saúde da população, e as suas características socio-económicas.

2. Reforçar a componente dos cuidados de saúde primários do SNS, designadamente a sua vertente preventiva, e atribuir-lhes maior autonomia de gestão.
3. Fazer coincidir a regionalização do SNS com a regionalização político-administrativa do país.
4. Desgovernamentalizar a gestão das instituições de saúde, e institucionalizar como melhor prática a nomeação para cargos de chefia ou de gestão por critérios explícitos de competência técnica.
5. Salvaguardar as carreiras médicas, qualquer se seja a orientação que vier a ser imprimida ao SNS.
6. Clarificar as relações entre os sectores público, privado e convencionado.
7. O Grupo de Trabalho considerou ainda que tanto a reforma do sistema de saúde como a reestruturação do SNS só serão plenamente efectivas se da parte da tutela houver disposição e vontade política para proceder ao saneamento financeiro das instituições de saúde, democratizar a sua gestão, revogando designadamente a lei de gestão hospitalar, e anular o despacho que impede os profissionais da saúde de produzirem declarações públicas sobre os serviços.

O presente documento é o resultado da análise e da reflexão que o Grupo de Trabalho nomeado na primeira reunião do Fórum Médico, realizado na sede da Ordem dos Médicos, em 29 de Janeiro do corrente ano, realizou sobre o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (ESNS).

Vicissitudes de vária ordem só permitiram que o Grupo de Trabalho reunisse a maioria dos seus membros e iniciasse os seus trabalhos em 15 de Março, tendo fixado a data de 3 de Maio como data limite para apresentação do documento que reflectisse as posições consensuais dos seus membros.

Partindo de uma primeira abordagem global do ESNS, o Grupo de Trabalho foi aprofundando a análise e a discussão do Estatuto, recorrendo não só a publicações e documentos disponíveis sobre o SNS, mas também sobre muita bibliografia sobre os sistemas de saúde europeus e sobre as metodologias seguidas na sua reestruturação.

O documento, reflectindo o consenso dos membros do Grupo de Trabalho sobre o ESNS e sobre o conhecimento vivenciado do sistema ainda em vigor, não deixa também de ponderar e de exemplificar as abordagens que outros países realizaram sobre a matéria, e que em seu entender poderão constituir referências metodológicas na elaboração de instrumentos normativos de tão grande repercussão social.

Mais do que um documento de chegada, ou sequer definitivo, os membros do Grupo de Trabalho desejam que a análise, as conclusões e as recomendações nele incluídas constituam um ponto de partida para uma discussão mais ampla, mais aprofundada e mais participada. Tudo aconselha que as regras que irão configurar nos próximos anos o sistema de prestação de cuidados de saúde em Portugal sejam discutidas com rigor técnico, sem reservas mentais, e tendo sempre em vista a realidade sócio-económica do país e as necessidades em saúde da população.

O GRUPO DE TRABALHO DO FÓRUM MÉDICO
SOBRE O ESTATUTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Maio 1993



c) O produto da alienação de bens imóveis autorizada pela entidade tutelar, bem como de outros bens;

d) Os subsídios, subvenções, quotizações, participações, doações, heranças ou legados concedidos por quaisquer entidades;

e) As quantias cobradas por serviços prestados a entidades públicas ou privadas, nacionais ou estrangeiras;

f) Os juros de importâncias depositadas;

g) Os saldos das gerências anteriores, que transitam automaticamente;

h) Quaisquer outras receitas que por lei, contrato ou qualquer outro título lhes sejam atribuídas.

2 – São despesas das ARS as resultantes da prossecução dos fins definidos na lei.

3 – As disponibilidades das ARS são depositadas nas instituições de crédito, sem prejuízo de poderem ser levantadas e mantidas em tesouraria as importâncias estritamente indispensáveis ao pagamento de pequenas despesas que devam ser feitas em dinheiro.

Artigo 25.º

(Plano oficial de contabilidade)

1 – As receitas e as despesas das ARS são classificadas segundo o plano oficial de contas dos serviços de saúde.

2 – Os orçamentos e as contas são apresentados de acordo com o plano referido no número anterior.

Artigo 26.º

(Especialização por exercícios)

Nas ARS as contas de cada ano obedecem ao princípio da especialização dos exercícios.

Artigo 27.º

(Valorização do inventário)

1 – As ARS devem possuir inventário segundo critérios de valorimetria adequados, designadamente de todo o imobilizado que nele exista.

2 – O imobilizado é obrigatoriamente reintegrado nos termos a fixar no plano de contas.

3 – O imobilizado é reavaliado com a periodicidade adequada, de harmonia com as taxas fixadas pelo Ministro das Finanças.

Artigo 28.º

(Património)

O património das ARS é constituído pelos bens e direitos que lhes estão ou

forem atribuídos para o exercício da sua actividade.

CAPÍTULO V

Disposições transitórias e finais

Artigo 29.º

(Administrações regionais de saúde)

1 – As ARS são colocadas em regime de instalação, extinguindo-se as criadas ao abrigo do Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de Junho, transitando o pessoal e transmitindo-se o respectivo património para as novas, nos termos do presente diploma.

2 – As dotações orçamentais, os direitos e obrigações, incluindo as posições contratuais de que são titulares as administrações regionais de saúde criadas ao abrigo do decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de Junho, são automaticamente transferidos para as ARS, de harmonia com o disposto no artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, sem dependência de quaisquer formalidades.

Artigo 30.º

(Centros de saúde)

A gestão dos centros de saúde, até à criação dos grupos personalizados dos centros de saúde, é assegurada pela ARS da respectiva área, através dos seus serviços de âmbito subregional.

Artigo 31.º

(Transição do pessoal)

1 – Até à publicação dos quadros de pessoal a que se refere o n.º 1 do artigo 19.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, devem ser aprovados, por despacho do Ministro da Saúde, os mapas propostos pelos conselhos de administração das ARS, com a dotação do pessoal indispensável ao seu funcionamento durante o regime de instalação.

2 – O pessoal com relação jurídica de emprego público que se encontre a exercer funções nas ARS extintas é colocado nos lugares dos mapas a que se refere o número anterior, de acordo com as seguintes regras:

a) Na mesma carreira, categoria e escalão que o funcionário ou agente já possui;

b) Sem prejuízo das habilitações legais, para a carreira e categoria que integre as funções efectivamente desempenhadas, em escalão a que corresponde o mesmo índice remuneratório ou, quando não se verifique coincidência de índice em escalão a que corresponda o índice superior mais aproximado na estrutura da carreira em que se opera a integração.

3 – A determinação da categoria faz-se em função do índice remuneratório correspondente ao escalão 1 da categoria em que o funcionário ou agente se encontre e o escalão 1 da categoria da nova carreira.

4 – A colocação do pessoal referido neste artigo é feita por lista nominativa aprovada por despacho do Ministro da Saúde.

5 – Ao pessoal das ARS é garantido o direito de progressão nas respectivas carreiras profissionais, nos termos dos respectivos regulamentos.

Artigo 32.º

(Situações especiais)

1 – O pessoal que se encontra na situação de licença sem vencimento mantém os direitos que detinha à data do início da respectiva licença, de harmonia com o disposto no Decreto-Lei n.º 497/88, de 30 de Dezembro.

2 – As situações de destacamento, requisição, comissão extraordinária de serviço, ou outras situações precárias previstas na lei, cessam à data da entrada em vigor do presente diploma.

3 – O pessoal que à data da entrada em vigor do presente diploma se encontra em regime de estágio mantém-se nessa situação até à conclusão do mesmo, devendo, consoante os casos e se necessário, ser nomeado novo júri ou elementos do júri, a fim de se proceder à respectiva avaliação e classificação final.

4 – O pessoal dos ex-SMS que tenha optado, nos termos do n.º 2 do artigo 41.º do Decreto-Lei n.º 124/79, de 10 de Maio, e do n.º 2 do artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 295/90, de 21 de Setembro, pela manutenção do regime de trabalho que tinham à data das respectivas publicações, mantém essa situação.

5 – Os concursos abertos até à data da entrada em vigor deste diploma mantêm-se válidos até à aprovação dos novos mapas de pessoal.

Artigo 33.º

(Entrada em vigor)

O presente diploma entra em vigor no dia 1 do mês seguinte ao da sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de

O PRIMEIRO MINISTRO

O MINISTRO DAS FINANÇAS

O MINISTRO DA SAÚDE



PARECER DO CONSELHO ECONÓMICO E SOCIAL SOBRE OS PROJECTOS DE DECRETO-LEI RELATIVOS AO “REGULAMENTO DAS ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DE SAÚDE” E À “REGULAMENTAÇÃO DAS AUTORIDADES DE SAÚDE”

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

a) Os projectos em apreço decorrem de legislação já aprovada e publicada – Estatuto do Serviço Nacional de Saúde – que não foi sujeita a apreciação pelo Conselho Económico e Social, facto que o CES verberou na sua reunião Plenária de 9/10/92 e que, inevitavelmente, reduz a eficácia das opiniões agora formuladas. Este pedido de audição do CES nesta fase do processo de regulamentação daquele diploma básico, não poderá legitimar a prática anterior, nem ser encarado como uma aquiescência do CES quanto àquele Estatuto.

Com efeito, os projectos em apreço vêm explicitar claramente as características centralizadoras do novo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, que se manifestam quer por uma excessiva intervenção do Ministério da Saúde, mormente na nomeação dos responsáveis das Administrações Regionais de Saúde, reforçando, assim, uma estrutura organizacional vertical de comando e controlo de tipo burocrático, quer por uma deslocação de competências até agora ao nível dos distritos para o nível das regiões:

b) sendo louvável o pedido de audição do Conselho sobre os dois documentos enviados, estes constituem apenas uma parcela dos vários diplomas regulamentares previstos no Estatuto do SNS.

E embora se pense que também estes virão a ser apreciados pelo Conselho, teria sido benéfica e desejável a sua apresentação na globalidade;

c) muitos dos artigos destes regulamentos ficam aquém do exposto na legislação habilitante, o que não parece boa prática regulamentar (v.g. os n.º 1 dos artigos 2.º e 5.º);

c) avança-se já para uma definição de Regiões, quando a matéria da regionalização ainda não foi objecto de decisão da AR;

e) entende-se que o quadro legislativo traçado fica aquém das linhas para que aponta o preâmbulo em matéria de descentralização administrativa (v. como exemplo o artigo 10.º).

PARECER DO CES SOBRE O PROJECTO DE DECRETO-LEI SOBRE O REGULAMENTO DAS A.R.S.

I – APRECIACÃO NA GENERALIDADE

O projecto de decreto-lei que visa aprovar o regulamento das Administrações Regionais de Saúde sugere a este CES os seguintes comentários e recomendações:

1. Utiliza modelos de programação vertical e diminui a capacidade de decisão a nível local, onde deveria residir o cume da verdadeira auto-regulação de todo o sistema com vista à sua eficiência e garantia da qualidade dos cuidados de saúde.
2. Não assegura a eficiência na administração da saúde, a qual visa fundamentalmente, a obtenção de resultados de saúde, o que implica a presença de capacidades e competências técnicas inerentes à profissão médica e a outras profissões da área da saúde, as quais devem participar de modo destacado nos principais órgãos de decisão.

3. Deverá ser fixado um prazo para o regime de instalação das ARS, se ele não constar de regulamentação genérica.

4. Deverão ser clarificados os regimes de tutela, uma vez que não se definem com rigor quais os actos sujeitos à tutela.

5. Não parece funcional que os Hospitais Centrais e os Hospitais Universitários dependam dos Coordenadores Sub-regionais, pelo que se recomenda a solução de que os estabelecimentos de saúde dos Concelhos sede da Região fiquem na directa dependência dos Conselhos de Administração das ARS.

6. Para a participação do cidadão, elemento-chave na gestão do SNS, estabelece órgãos meramente consultivos que, pela sua natureza e previsível dimensão, estão à partida condenados à inoperância.

II – APRECIACÃO DE ALGUNS ASPECTOS ESPECÍFICOS

1. Deve estar explícito o perfil dos membros do Conselho de Administração o qual deve incluir sempre um médico das carreiras médicas que possua o grau de Consultor, após audição da Ordem dos Médicos (artigo 5.º).

2. Os coordenadores sub-regionais (artigo 9.º) devem ser preferencialmente médicos e, nesse caso, obedecer aos critérios já definidos para o elemento médico do Conselho de Administração.

3. Tendo em conta as funções definidas para o Gabinete de Planeamento e Apoio Técnico (artigo 14.º) este deve ser preferencialmente dirigido por um médico.



4. Deverão ser acrescentadas duas competências aos Conselhos de Administração das ARS (art. 6.º):

- a humanização dos serviços, e
- o estímulo ao desenvolvimento do apoio domiciliário aos doentes, não só pelo Estado, mas também através das Misericórdias, Instituições Particulares de Solidariedade Social e das Associações de Família, em termos a definir com rigor.

5. Deverá acrescentar-se a menção a "clínicas particulares" na alínea a) do n.º 4 do artigo 18.º, incluindo-se também neste número a actividade, na área de cuidados de saúde, dos técnicos de diagnóstico e terapêutica.

6. Deve clarificar-se, no artigo 31.º, a intenção de fazer transitar todo o pessoal para os novos mapas, para o que se sugere que o número 2 se inicie por "Todo o pessoal..."

7. Deverá ser previsto um prazo alargado para que cessem as situações descritas no n.º 2 do artigo 32.º, permitindo assim solucionar os problemas que as mesmas possam criar, se aplicadas imediatamente, aos serviços e às pessoas.

8. Deve ser reconhecido o direito de representação, reclamação e queixa às organizações representativas dos utentes.

9. No que respeita aos Conselhos Regionais de Saúde (art.º 11):

- o excessivo número, previsto, de representantes dos Municípios e dos Centros de Saúde poderá inviabilizar o funcionamento do Conselho, pelo que se recomenda que essa representação seja de um número idêntico ao dos futuros agrupamentos de concelhos ou ao número de distritos compreendidos na região, em ambos os casos e no que respeita aos representantes dos Municípios por proposta da Associação de Municípios;

- deverão ainda ter assento no Conselho Regional, representantes dos Utentes, da Segurança Social, das Misericórdias e dos profissionais de Saúde;

- deve ficar expresso que é o próprio Conselho que elabora o seu regulamento, o qual deverá ser aprovado na primeira reunião.

10. No que respeita às Comissões Concelhias de Saúde (art.º 12.º) convirá prever que:

- os presidentes são eleitos de entre os seus membros;

- as Comissões reúnem, ordinariamente, duas vezes por ano e, extraordinariamente, sempre que convocadas pelo seu presidente;

- às Comissões compete emitir "pareceres" e não só dar informações, devendo, ainda, no final do n.º 2, acrescentar-se "ou por iniciativa dos seus membros";

- deve ficar expresso que o Regulamento é aprovado pela Comissão;

- deverão ainda ter assento na Comissão representantes dos Profissionais de Saúde.

III - CONCLUSÃO

Em síntese, espera o CES que os comentários e as recomendações emitidas sejam tidos em conta na reformulação do projecto do decreto-lei, por forma a que o mesmo e sobretudo a sua execução, não contribuam para um enquadramento burocrático da medicina praticada no âmbito do SNS e viabilizem benefícios em eficiência e qualidade aos cuidados de saúde prestados à população.

Lisboa, 10 de Maio de 1993

LICENCIAMENTO DE UNIDADES PRIVADAS DE SAÚDE

Dada a sua importância, transcreve-se a carta que foi enviada à Ordem dos Médicos pelo Director Geral de Saúde.

Solicitando a colaboração de V. Exa. no sentido de se conseguir uma ampla divulgação entre os possíveis interessados, venho chamar a atenção para o disposto no n.º 1 do artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 13/93, de 15 de Janeiro, que passo a transcrever:

"As unidades privadas de saúde que se encontrem em funcionamento à data da entrada em vigor do presente diploma devem, no prazo de 90 dias a contar da data de entrada em vigor da regulamentação prevista no n.º 2 do Art.º 7.º, requerer a validação da respectiva licença de funcionamento ou iniciar o processo conducente à sua obtenção".

Com os melhores cumprimentos,

O DIRECTOR-GERAL DA SAÚDE
(Dr. Delfim Pereira Neto Rodrigues)

Tudo o que deve saber para adquirir o seu consultório e obter financiamento a 100%.

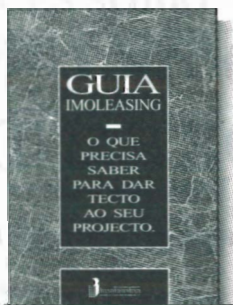
Se pensa comprar o seu consultório e precisa de informação e financiamento, não tome nenhuma decisão sem conhecer as vantagens da Imoleasing.

A Imoleasing financia a 100% a realização do seu projecto e presta-lhe assessoria em todas as questões relacionadas com o processo de compra.

Para responder a muitas das suas dúvidas, elaborámos o GUIA IMOLEASING - O QUE PRECISA SABER PARA DAR TECTO AO SEU PROJECTO. Um pequeno manual com informação jurídica e técnica sobre as questões que deve ter em conta na selecção e aquisição do seu imóvel.

Solicite já o seu exemplar grátis e sem compromisso do GUIA IMOLEASING, através do cupão deste anúncio.

Saiba como pode ter o consultório que sempre ambicionou, sem dificuldades nem sacrifícios. Com o apoio da Imoleasing - a mais experiente e conhecedora empresa de leasing imobiliário em Portugal.



Sim, gostaria de receber o meu exemplar grátis do GUIA IMOLEASING - O QUE PRECISA SABER PARA DAR TECTO AO SEU PROJECTO. Para o efeito preencho e envio este cupão para: IMOLEASING, Apartado 1964 - 1006 LISBOA CODEX.

Nome: _____

Morada: _____

Localidade: _____

Código Postal: _____ Telefone: _____

Profissão: _____

Local de trabalho: _____

Telefone: _____ Fax: _____

3.ª REUNIÃO DO FORUM MÉDICO (Extraordinária)

No dia 15 de Maio de 1993, realizou-se em Lisboa, na sede da Ordem dos Médicos, a 3.ª Reunião do Forum Médico.

O Sr. Presidente da Ordem dos Médicos, Dr. Carlos A. Santana Maia, abriu o Forum tendo apresentado o documento "Estatuto do Serviço Nacional de Saúde - análise e recomendações" que foi posto de imediato à discussão, tendo sido subscrito.

Foi recomendada a sua ampla divulgação aos órgãos de soberania e instituições com responsabilidades na saúde nacional.

O grupo de trabalho que preparou o documento sobre o Estatuto do S.N.S. vai continuar em exercício.

Organizações Médicas presentes:

- Sindicato Independente dos Médicos
- Federação Nacional dos Médicos
- Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral
- Associação Portuguesa de Médicos de Carreira Hospitalar
- Associação Nacional de Médicos de Saúde Pública
- Associação Nacional de Médicos de Diálise
- Associação Portuguesa de Médicos Fisiatras
- Associação Nacional de Jovens Médicos

PROPOSTA

A 3.ª Reunião do Forum Médico recomenda que o documento "Estatuto do Serviço Nacional de Saúde - análise e recomendações" seja amplamente divulgado junto das Instituições Públicas e órgãos de Poder, nomeadamente:

- Presidente da República
- Presidente da Assembleia da República
- Comissão Parlamentar de Saúde da Assembleia da República
- Grupos Parlamentares
- Primeiro Ministro
- Ministro da Saúde
- Associação Nacional de Municípios
- (* Divulgação através de entrevista para entrega de documento)
- Provedor de Justiça
- Presidente da Conferência Episcopal
- União das Misericórdias
- Centrais Sindicais
- Partidos Políticos
- Sindicatos do Sector da Saúde (Função Pública, Enfermeiros e Paramédicos)
- Responsáveis directos dos Hospitais e das Administrações Regionais de Saúde.

Metodologia:

O grupo de trabalho deverá transformar-se em grupo de acompanhamento da aplicação das recomendações do documento.

A Direcção da Ordem dos Médicos coordenará a divulgação pública da posição do Forum.



PROJECTO DE DECRETO-LEI QUE VISA ESTABELEECER AS REGRAS A QUE DEVE OBEDECER A NOMEAÇÃO E O FUNCIONAMENTO DAS AUTORIDADES DE SAÚDE

PROJECTO DE DECRETO-LEI

A regulamentação da Base XIX da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, fundamenta-se na necessidade de clarificar, sistematizar e unificar as disposições respeitantes à organização, nomeação e atribuições da Autoridade de Saúde.

A relevância da figura institucional da Autoridade Sanitária, fortemente estribada na tradição administrativa portuguesa e no imaginário das populações como uma referência, qual Promotor de Saúde, está amplamente consagrada em documentação legal há quase um século.

O seu campo de intervenção alargou-se consideravelmente com o tempo. Há muito que se ultrapassou o conceito restrito médico-sanitário e ambientalista, enformado pelo padrão de doença por longo tempo dominante, o das doenças infecto-contagiosas.

Os pontos de contacto cada vez mais frequentes da área de influência e da prática das delegações de diversos ministérios, com áreas, consuetudinária e tradicionalmente entendida como da vocação da Autoridade Sanitária, não apagou o seu papel, antes faz um apelo mais forte ao estreitar da colaboração inter-institucional.

Múltiplas razões conferem-lhe um papel acrescido na Saúde e dão o devido relevo à necessidade de participação do Ministério da Saúde em muitas áreas específicas, decorrente da continuidade e da abrangência dos serviços a prestar.

O limiar de desenvolvimento com o cortejo de problemas de saúde inerente, o binómio saúde ambiente presente na multiplicidade de abordagens ambientais, ecológicas e ergonómicas, a fragilidade da cadeia alimentar, os novos padrões de doença e os antigos e mais recentes grupos populacionais vulneráveis ou de risco.

A progressiva exigência de qualidade nos equipamentos colectivos e nos desempenhos e procedimentos relativos a direitos fundamentais dos cidadãos, desde a prestação de serviços no âmbito da saúde,

de lazer, de apoio comunitário, à habitação, qualidade de vida e dos locais de trabalho, à premência da investigação epidemiológica e à promoção da saúde.

A autoridade de Saúde, órgão com independência decisória e administrativa, faz parte integrante das estruturas dos serviços de saúde a todos os níveis.

A figura da Autoridade de Saúde Regional introduz unidade e pertinência na acção e dá oportunidade ao Planeamento e à Coordenação em áreas territoriais mais amplas.

A designação funcional de Delegado de Saúde nos concelhos, que o presente diploma retoma, mantêm-se bem viva na terminologia do cidadão comum.

A articulação funcional intersectorial ganha sobremaneira com a manutenção da área administrativa mínima da Autoridade de Saúde ao nível do concelho. O que não restringe o estabelecimento de organização específica nos grandes aglomerados urbanos.

Também o trabalho de equipa pluridisciplinar no domínio da Autoridade de Saúde em qualquer dos graus é susceptível de maximalizar a rendibilidade organizativa. E pode substituir com vantagem a pulverização das acções autónomas em áreas menores que as do concelho.

Ao alargar-se o universo de situações passíveis de aplicação de sanções legais por parte da Autoridade de Saúde, reforça-se a sua capacidade de intervenção expedita em defesa da Saúde Pública.

Contudo, a importância e a adequação deste Decreto-Lei pode ainda aferir-se pelo modo como ao alongar-se a cadeia hierárquica não se restringem os limites para o planeamento, a intervenção autónoma e a responsabilidade na decisão da Autoridade de Saúde do concelho, deste modo não diluída nos vários patamares da hierarquia.

A este nível se dirimem questões muito delicadas, com a exigência de opções quotidianas firmes, responsáveis, de prestígio na acção, fortes como valores paradigmáticos.

A articulação sinérgica da Autoridade de Saúde entre os níveis concelhio, regional e nacional confere ao Ministro da Saúde capacidade de actuação sistémica, concertada, coerente, coesa e pertinente no contexto complexo da saúde e das suas inextrincáveis relações pluridimensionais.

Assim:

No desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela Base XIX Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, e nos termos da alínea c) do n.º 1 do artigo 201.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1.º Âmbito

O presente diploma tem por objectivo estabelecer as regras a que deve obedecer a nomeação e o funcionamento das autoridades de saúde.

Artigo 2.º Definição

1 – Para efeitos do disposto no presente diploma entende-se por autoridade saúde o poder que assiste às entidades a quem é conferida de tomarem, sem necessidade de processo prévio, administrativo ou judicial, qualquer decisão que entendam indispensável ou significativamente relevante para a prevenção de factos ou controlo de situações susceptíveis de causarem ou acentuarem prejuízos graves à saúde das pessoas ou dos aglomerados populacionais.

2 – A autoridade de saúde compreende ainda os poderes relativos à sanidade internacional e entrada no País de produtos essenciais à saúde.

Artigo 3.º Autoridades de Saúde

1 – As autoridades de saúde situam-se a nível nacional, regional e concelhio.

2 – As autoridades de saúde dependem hierarquicamente do Ministro da Saúde.



3 – A autoridade de saúde de âmbito nacional é o Ministro da Saúde representado pelo Director-Geral da Saúde.

4 – As autoridades de saúde de âmbito regional são designadas de delegados de saúde regionais.

5 – As autoridades de saúde de âmbito concelhio são designadas de delegados de saúde concelhios.

6 – Nos aglomerados urbanos de grande dimensão as autoridades de saúde referidas no número anterior podem, mediante despacho do Ministro da Saúde, e tendo em conta as respectivas condições demográficas e sanitárias, situar-se a nível de freguesia ou conjunto de freguesias.

Artigo 4.º Nomeação

1 – As autoridades de saúde regionais e concelhias e seus substitutos são nomeados por despacho do Ministro da Saúde, sob proposta dos conselhos de administração das respectivas Administrações Regionais de Saúde e parecer do Director-Geral da Saúde.

2 – As nomeações referidas no número anterior são efectuadas, pelo período de três anos, renovável, de entre médicos, preferencialmente da carreira médica de saúde pública, tendo em consideração o seu grau na carreira e curriculum.

Artigo 5.º Competência

1 – As autoridades de saúde têm funções de vigilância das decisões dos órgãos e serviços executivos do Estado em matéria de saúde pública, podendo suspendê-las quando as considerem prejudiciais à saúde das pessoas ou dos aglomerados populacionais.

2 – Às autoridades de saúde, compete, em especial:

a) Vigiar o nível sanitário dos aglomerados populacionais, dos serviços, estabelecimentos e locais de utilização pública, e determinar as medidas correctivas, para defesa da saúde pública;

b) Ordenar a suspensão de actividade ou encerramento dos serviços, estabelecimentos e locais referidos na alínea anterior, quando funcionem em condições de grave risco para a saúde pública;

c) Desencadear, de acordo com a Constituição e a lei, o internamento ou a prestação compulsiva de cuidados de saúde a indivíduos em situação de prejudicarem a saúde pública;

d) Exercer a vigilância sanitária das fronteiras;

e) Proceder à requisição de serviços, estabelecimentos e profissionais de saúde em caso de epidemias graves e outras si-

tuções semelhantes e coordenar as acções a desenvolver.

3 – Ao Director-Geral da Saúde, compete, em especial:

a) Dirigir e supervisionar a actividade das autoridades de saúde, de acordo com a lei e as instruções superiormente emanadas;

b) Exercer, em situações de emergência sanitária grave, mediante simples declaração pública do Ministro da Saúde, as competências de mobilização, coordenação e utilização dos meios disponíveis, ainda que de estabelecimentos de saúde em actividade privada.

4 – Quando ocorram situações de catástrofe ou de outra grave emergência de saúde, o Ministro da Saúde toma as medidas necessárias de excepção que forem indispensáveis coordenando a actuação dos serviços centrais do Ministério com os órgãos do Serviço Nacional de Saúde e os vários níveis de autoridade de saúde.

Artigo 6.º Autoridades de saúde regionais

Aos delegados de saúde regionais, compete:

a) Orientar, coordenar e apoiar a execução dos programas das actividades dos delegados de saúde concelhios;

b) Fazer cumprir as normas que tenham por objecto a defesa da saúde pública;

c) Prestar a colaboração que lhe seja solicitada pela Administração Regional de Saúde da respectiva região, dentro da sua competência e perfil profissional;

d) Exercer as demais funções que lhe sejam atribuídas por lei, regulamento ou determinação superior;

e) Elaborar o plano de actividades e o respectivo relatório anual que enviará ao Director-Geral da Saúde, com conhecimento ao conselho da administração da respectiva Administração Regional de Saúde.

Artigo 7.º Autoridades de saúde concelhias

Aos delegados de saúde concelhios, compete:

a) Elaborar o relatório anual sobre o estado sanitário do concelho e actividades desenvolvidas, que enviará à autoridade de saúde regional, conjuntamente com a programação para o ano seguinte;

b) Fazer cumprir as normas que tenham por objecto a defesa da saúde pública;

c) Levantar autos relativos às infracções, instruir os respectivos processos e aplicar coimas de acordo com a lei, solicitando, quando necessário, o concurso das autoridades administrativas e policiais, para o bom desempenho das suas funções;

d) Emitir parecer sobre os projectos de obras de construção, reconstrução, ampli-

ação ou remodelação de edificações, quer as que carecem de licença municipal, quer as que se refiram a obras que possam constituir perigo real ou potencial para a saúde pública, pela finalidade a que se destinam ou pela possibilidade de emissão de resíduos potencialmente perigosos;

e) Dar parecer sobre os projectos de instalação ou alteração dos estabelecimentos industriais, intervir no seu licenciamento e fiscalizar a sua laboração, quanto às condições de salubridade e higiene, impondo as correcções necessárias à prevenção dos riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores e dos aglomerados populacionais;

f) Dar parecer sobre os pedidos de licenças sanitárias das casas de espectáculo, hotéis, restaurantes e similares e estabelecimentos de venda de produtos alimentares, em natureza, preparados ou confeccionados, piscinas colectivas e parques de campismo;

g) Dar parecer sobre os pedidos de licença para os estabelecimentos licenciados pela câmara municipal susceptíveis de serem insalubres, incómodos ou perigosos bem como fiscalizar as condições higiénicas de funcionamento, por si ou através dos seus agentes, e bem assim as condições de segurança e saúde dos trabalhadores;

h) Determinar a suspensão do trabalho e o encerramento dos respectivos locais, no todo ou em parte, quando houver grave risco para a saúde dos trabalhadores ou dos aglomerados populacionais;

i) Verificar a observância das disposições legais respeitantes à segurança, higiene e saúde dos locais de trabalho e fiscalizar os serviços médicos do trabalho;

j) Desencadear acções de prevenção de acidentes e doenças profissionais;

k) Efectuar as inspecções médicas determinadas por lei, regulamento ou norma e passar os respectivos certificados;

l) Verificar os óbitos ocorridos no concelho de acordo com as disposições legais, emitir certificados médico-sanitários referentes às transladações e fiscalizar a observância das leis e regulamentos sobre inu-mações e exumações;

m) Fazer cumprir as normas sobre doenças transmissíveis, mantendo actualizado o registo das doenças de notificação obrigatória e coordenar as acções em caso de epidemia e determinar a evicção dos locais de trabalho e dos estabelecimentos escolares;

n) Intervir no licenciamento e fiscalizar as instituições e serviços privados, prestadores de cuidados de saúde sem prejuízo das competências legalmente atribuídas a outras entidades;

o) Fazer cumprir as disposições legais de protecção e segurança contra as radiações ionizantes;



p) Intervir no licenciamento das instalações de engarrafamento de águas minerais e de mesa, na vigilância sanitária das águas de consumo, balneares e dos estabelecimentos termais;

q) Exercer, por si ou em colaboração com outras entidades, a fiscalização sanitária dos géneros alimentícios;

r) Exercer as demais funções que lhe sejam atribuídas por lei, ou determinação superior.

Artigo 8.º Funcionamento

1 – As funções de autoridade de saúde são independentes dos de natureza operativa dos serviços de saúde.

2 – No exercício das suas funções as autoridades de saúde dispõem de instalações e apoio administrativo fornecido pelos conselhos de administração das Administrações Regionais de Saúde respectivas e ser-lhe-á concedida, sempre que solicitada, a colaboração de outros técnicos destas.

3 – Das decisões das autoridades de saúde, cabe sempre recurso hierárquico e contencioso, nos termos da lei.

Artigo 9.º Colaboração com instituições públicas e privadas

As instituições públicas e privadas devem fornecer às autoridades de saúde, os elementos por estas considerados indispensáveis à avaliação dos níveis sanitários dos aglomerados populacionais.

Artigo 10.º Remissão

As referências à autoridade sanitária constantes de outros diplomas, consideram-se feitas à autoridade de saúde criadas nos termos deste decreto-lei.

Artigo 11.º Disposição transitória

As autoridades sanitárias nomeadas ao abrigo do Decreto-Lei n.º 74-C/84, de 2 de

Março, mantêm-se no exercício das suas funções, até que se procedam às nomeações nos termos do artigo 4.º.

Artigo 12.º
Entrada em vigor
EM ESTUDO

O presente diploma entra em vigor no dia 1 do mês seguinte ao da sua publicação.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros,

O PRIMEIRO MINISTRO

O MINISTRO DAS FINANÇAS

O MINISTRO DA JUSTIÇA

O MINISTRO DA SAÚDE

PARECER DO CES SOBRE O PROJECTO DE DECRETO-LEI QUE VISA A “REGULAMENTAÇÃO DAS AUTORIDADES DE SAÚDE”

– APRECIACÃO NA GENERALIDADE

1. O projecto de decreto-lei revela uma posição que assenta mais numa vigilância e defesa da Saúde Pública, com carácter burocrático, quando deveria ficar bem vincado o papel também pedagógico dos médicos de saúde pública. Daí que a função de Autoridade de Saúde não pode nunca ser desgarrada das restantes inerentes ao médico de saúde pública.

2. Louva-se a independência da Autoridade de Saúde que este projecto reconhece.

II – APRECIACÃO DE ALGUNS ASPECTOS ESPECÍFICOS

1. Das funções das Autoridades de Saúde devem constar como modelo de intervenção preferencial a informação, a for-

mação, a motivação, a persuasão e, só por último, a punição.

2. No final do artigo 2.º, n.º 2 deverá ser acrescentado “...susceptíveis de interferirem no estado de saúde da população”.

3. Deverá ser eliminada a expressão “preferencialmente” do n.º 2 do artigo 4.º, sendo aditados dois números novos com a seguinte redacção:

– n.º 3 – Em caso de impossibilidade podem ser nomeados médicos de outra carreira, designadamente de clínica geral;

– n.º 4 – O desempenho de funções de autoridade de saúde não impede o exercício de outras actividades próprias da carreira em que está inserido, devendo, todavia, prevalecer sobre elas.

4. No preâmbulo do artigo 7.º deverá acrescentar-se, no final, “designadamente”.

Na alínea e) do mesmo artigo deverá substituir-se “estabelecimentos industriais” por “estabelecimentos de qualquer sector de actividade económica e equipamentos sociais”.

Na alínea i) deverá, no final, acrescentar-se “em articulação, nos casos pertinentes, com o Serviço de Inspeção do Trabalho”.

5. Seja eliminada a alínea d), do n.º 7, da proposta de decreto-lei sobre Autoridades de Saúde.

6. Que o mesmo diploma revogue expressamente o Decreto-Lei 569/76, de 19 de Julho e o Decreto-Lei 48 322, de 6 de Abril de 1919.

7. Deverá substituir-se, no final do artigo 8.º, n.º 2 “destas” por “que se venham a revelar necessários”.

Lisboa, 10 de Maio de 1993



PARECER DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE SAÚDE PÚBLICA SOBRE O PROJECTO DE DECRETO-LEI DAS AUTORIDADES DE SAÚDE

1. Introdução

A análise e discussão deste diploma é prejudicada pelo seu desenquadramento relativamente a um conjunto mais amplo de legislação previsto no Estatuto do Serviço Nacional de Saúde: Grupos Personalizados de Centros de Saúde (art.º 13.º), Unidades de Saúde (Art.º 14.º), e ao futuro Regulamento da Organização e Funcionamento dos Centros de Saúde. Seria no cotejo destes diplomas que se tornaria possível aferir da adequação e pertinência do projecto em apreço, sobretudo no que se refere ao enquadramento das funções que virão a ser cometidas aos médicos da carreira médica de Saúde Pública.

2. O Preâmbulo do Projecto de Decreto-Lei

O preâmbulo do diploma é muito mais ambicioso do que o seu articulado, configurando competências, funções e actividades que acabam por não ser contempladas. Assim, a referência à importância da inter-institucionalidade, da pluridisciplinaridade, dos novos padrões de doença, dos grupos populacionais vulneráveis ou de risco, da investigação epidemiológica e da promoção da saúde, acabam por se transformar em figuras de retórica. Bastaria o primeiro parágrafo do preâmbulo para ficar justificada a necessidade deste diploma.

É sabido que historicamente a Autoridade Sanitária tem a sua génese na figura da polícia sanitária criada em 1835, ou na figura do Delegado de Saúde, datada de 1868. Mas como o preâmbulo reconhece com toda a oportunidade, *há muito que se ultrapassou o conceito restrito médico-sanitário e ambientalista, enformado pelo padrão de doença por longo tempo dominante, o das doenças infecto-contagiosas*. Contraditoriamente, o diploma acaba por contemplar exclusivamente os aspectos médico-sanitários da saúde pública. Fica-se assim sem saber se este diploma constitui apenas a primeira parte de um articulado mais vasto e coerente que faça jus ao seu preâmbulo, ou se os autores do preâmbulo e do articulado são duas entidades com entendimentos opostos da saúde pública.

Ainda que historicamente contextualizada, era de esperar que o legislador aproveitasse esta oportunidade para proceder a

inovações na matéria, conferindo à Autoridade de Saúde o perfil e as funções que actualmente são cometidas aos médicos de saúde pública, e que de uma maneira cabal estão consignadas nos artigos 33.º, 35.º e 36.º do D.L. n.º 73/90.

Consideramos, na melhor das hipóteses, que o legislador confundiu a figura de Autoridade Sanitária com Autoridade de Saúde. Enquanto que a Autoridade Sanitária tem um significado que a relaciona intimamente com a actividade fiscalizadora, a Autoridade de Saúde tem como principal referência a Health Authority inglesa, cuja competência é principalmente do âmbito da administração da saúde. É significativa a diferença dos dois conceitos, e dela decorre a maior ou menor amplitude funcional dos médicos da carreira médica de Saúde Pública. É nesta última asserção que actualmente se entende o conceito de Autoridade de Saúde.

3. O Articulado do Projecto de Decreto-Lei

Perante os 10 artigos do diploma e o conceito de Autoridade de Saúde neles vertido é legítimo colocar as seguintes interrogações:

3.1 As funções dos médicos da carreira médica de Saúde Pública ficarão reduzidas às de Autoridade de Saúde?

3.2 Num diploma que se pretende clarificador quanto às atribuições da Autoridade de Saúde, porque é que se abandona esta terminologia e se substitui pela tradicional designação de Delegado de Saúde (art.º 3.º, n.º 4 e 5)? O termo criou dificuldade/obstáculo à sua intervenção?

3.3. Como se irá enquadrar o funcionamento da Autoridade de Saúde nos restantes serviços de saúde?

3.4. Que relações se vão estabelecer entre a Autoridade de Saúde, a Engenharia Sanitária, os Técnicos Sanitários, a Enfermagem e o Serviço Social?

3.5. Qual vai ser o ratio Autoridade de Saúde/população abrangida?

3.6. Uma vez que as Administrações Regionais de Saúde não estão incluídas na cadeia hierárquica da Autoridade de Saúde, por que é que os seus conselhos

de administração são as entidades que propõem a sua nomeação (art.º 4.º, n.º 1)?

3.7. Quais são os critérios que irão presidir à nomeação da Autoridade de Saúde, uma vez que no n.º 2 do art.º 4.º se faz referência ao grau da carreira e ao curriculum?

4. As Propostas do Colégio da Especialidade

No sentido de melhorar o presente diploma, o Colégio da Especialidade de Saúde Pública entende que devem ser contemplados os seguintes aspectos:

4.1. A Autoridade de Saúde constitui apenas uma das funções que definem o perfil do médico da carreira de Saúde Pública.

4.2. Na sua intervenção correctora a Autoridade de Saúde deve privilegiar as actividades formativas e de mudanças organizacionais, remetendo as sanções para as situações que se demonstrem adversas a outro tipo de aconselhamento.

4.3. Em cada nível geográfico deve ser chamado a dirigir o serviço médico da carreira de Saúde Pública mais graduado. A serem considerados os aspectos curriculares, eles devem ser explicitados.

4.4. Deve ser abolida a designação de Autoridade de Saúde substituta. Todos os médicos da carreira médica de Saúde Pública serão efectivos, cabendo ao mais graduado a direcção do serviço.

4.5. A proposta de nomeação da Autoridade de Saúde para cada nível deve caber aos níveis imediatamente superiores da cadeia hierárquica.

4.6. Mantendo a independência operativa, a Autoridade de Saúde no exercício das suas funções deve articular-se e complementar-se com os restantes serviços de saúde.

4.7. Deve ser estudado e estabelecido um ratio Autoridade de Saúde/população abrangida.

4.8. O serviço de Autoridade de Saúde (Sanitária) exige obrigatoriamente a inclusão de outros técnicos, designadamente a Engenharia Sanitária, Técnicos Sanitários, Enfermeiros, Técnicos do Serviço Social, etc.

Porto, 6 de Maio de 1933

O Colégio da Especialidade de Saúde Pública



COLHEITA E TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Lei n.º 12/93
de 22 de Abril

Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana

A Assembleia da República decreta, nos termos dos artigos 164.º, alínea e), 168.º, n.º 1, alínea f) e 169.º, n.º 3, da Constituição, o seguinte:

CAPÍTULO I Disposições gerais

Artigo 1.º

Âmbito material de aplicação

1 – A presente lei aplica-se aos actos que tenham por objecto a dádiva ou colheita de tecidos ou órgãos de origem humana, para fins de diagnóstico ou para fins terapêuticos e de transplantação, bem como às próprias intervenções de transplantação.

2 – A transfusão de sangue, a dádiva de óvulos e de esperma e a transferência e manipulação de embriões são objecto de legislação especial.

3 – São igualmente objecto de legislação especial a dádiva e a colheita de órgãos para fins de investigação científica.

Artigo 2.º

Âmbito pessoal de aplicação

1 – A presente lei aplica-se a cidadãos nacionais e a apátridas e estrangeiros residentes em Portugal.

2 – Em relação aos estrangeiros ocasionalmente em Portugal, o regime jurídico dos actos previstos no n.º 1 do artigo 1.º rege-se pelo seu estatuto pessoal.

Artigo 3.º

Estabelecimentos autorizados e pessoas qualificadas

1 – Os actos referidos no artigo 1.º, n.º 1, só podem ser efectuados sob a responsabilidade e directa vigilância médica, de acordo com as respectivas *leges artis* e

em estabelecimentos hospitalares públicos ou privados.

2 – Podem ainda ser feitas colheitas de tecidos para fins terapêuticos no decurso de autópsia nos institutos de medicina legal.

3 – Os centros de transplante são autorizados pelo Ministério da Saúde e sujeitos à avaliação periódica das suas actividades e resultados por parte do mesmo Ministério.

4 – Os centros de transplante já em funcionamento não carecem da autorização prevista no número anterior, devendo, porém, submeter-se à avaliação periódica referida no mesmo número.

Artigo 4.º

Confidencialidade

Salvo o consentimento de quem de direito, é proibido revelar a identidade do dador ou do receptor de órgão ou tecido.

Artigo 5.º

Gratuidade

1 – A dádiva de tecidos ou órgãos com fins terapêuticos de transplante não pode, em nenhuma circunstância, ser remunerada, sendo proibida a sua comercialização.

2 – É ilícito o reembolso das despesas efectuadas ou dos prejuízos imediatamente resultantes ou que tenham tido como causa directa os actos referidos no artigo 1.º, n.º 1.

3 – Os agentes dos actos referidos no artigo 1.º, n.º 1, e os estabelecimentos autorizados a realizar transplantes de tecidos ou órgãos podem perceber uma remuneração pelo serviço prestado, mas no cálculo desta remuneração não pode ser atribuído qualquer valor aos tecidos ou órgãos transplantados.

CAPÍTULO II Da colheita em vida

Artigo 6.º

Admissibilidade

1 – Sem prejuízo do disposto no número seguinte, só são autorizadas as

colheitas em vida de substâncias regeneráveis.

2 – Pode admitir-se a dádiva de órgãos ou substâncias não regeneráveis quando houver entre dador e receptor relação de parentesco até ao 3.º grau.

3 – São sempre proibidas as dádivas de substâncias não regeneráveis feitas por menores ou incapazes.

4 – A dádiva nunca é admitida quando, com elevado grau de probabilidade, envolver a diminuição grave e permanente da integridade física e da saúde do dador.

Artigo 7.º

Informação

O médico deve informar, de modo leal, adequado e inteligível, o dador e o receptor dos riscos possíveis, das consequências da dádiva e do tratamento e dos seus efeitos secundários, bem como dos cuidados a observar ulteriormente.

Artigo 8.º

Consentimento

1 – O consentimento do dador e do receptor deve ser livre, esclarecido e inequívoco e o dador pode identificar o beneficiário.

2 – O consentimento é prestado perante o médico designado pelo director clínico do estabelecimento onde a colheita se realize e que não pertença à equipa de transplante.

3 – Tratando-se de dadores menores, o consentimento deve ser prestado pelos pais, desde que não inibidos do exercício do poder paternal, ou, em caso de inibição ou falta de ambos, pelo tribunal.

4 – A dádiva de tecidos ou órgãos de menores com capacidade de entendimento e de manifestação de vontade carece também de concordância destes.

5 – A colheita em maiores incapazes por razões de anomalia psíquica só pode ser feita mediante autorização judicial.

6 – O consentimento do dador ou de quem legalmente o represente é livremente revogável.



Artigo 9.º

Direito a assistência e indemnização

1 – O dador tem direito a assistência médica até ao completo restabelecimento e a ser indemnizado pelos danos sofridos, independentemente de culpa.

2 – Para efeitos do disposto no número anterior, deve ser criado um seguro obrigatório do dador, suportado pelos estabelecimentos referidos no n.º 1 do artigo 3.º

CAPÍTULO III

Da colheita em cadáveres

Artigo 10.º

Potenciais dadores

1 – São considerados como potenciais dadores *post mortem* todos os cidadãos nacionais e os apátridas e estrangeiros residentes em Portugal que não tenham manifestado junto do Ministério da Saúde a sua qualidade de não dadores.

2 – Quando a indisponibilidade para a dádiva for limitada a certos órgãos ou tecidos ou a certos fins, devem as restrições ser expressamente indicadas nos respectivos registos e cartão.

3 – A indisponibilidade para a dádiva dos menores e dos incapazes é manifestada, para efeitos de registo, pelos respectivos representantes legais e pode também ser expressa pelos menores com capacidade de entendimento e manifestação de vontade.

Artigo 11.º

Registo Nacional

1 – É criado um Registo Nacional de não Dadores (RENDA), informatizado, para registo de todos aqueles que hajam manifestado, junto do Ministério da Saúde, a sua qualidade de não dadores.

2 – O Governo fica autorizado, precedendo parecer da Comissão Nacional de Protecção de Dados Pessoais Informatizados, a regular a organização e o funcionamento do RENDA e a emissão de um cartão individual, no qual se fará menção da qualidade de não dador.

3 – O RENDA deve ser regulamentado e iniciar a sua actividade até 1 de Outubro de 1993.

Artigo 12.º

Certificação da morte

1 – Cabe à Ordem dos Médicos, ouvido o Conselho Nacional da Ética para as Ciências da Vida, anunciar e manter actu-

alizado, de acordo com os progressos científicos que venham a registar-se, o conjunto de critérios e regras de semiologia médico-legal idóneos para a verificação da morte cerebral.

2 – O bastonário deve comunicar ao Ministério da Saúde o texto aprovado pela Ordem dos Médicos fixando os critérios e regras no número anterior, para publicação na 1.ª série do *Diário da República*.

3 – A primeira publicação deve ser feita até 1 de Outubro de 1993.

Artigo 13.º

Formalidades de certificação

1 – Os médicos que procederem à colheita devem lavar, em duplicado, auto de que constem a identidade do falecido, o dia e a hora da verificação do óbito, a menção da consulta ao RENDA e do cartão individual, havendo-o, e da falta de oposição à colheita, os órgãos ou tecidos recolhidos e o respectivo destino.

2 – Na verificação da morte não deve intervir médico que integre a equipa de transplante.

3 – A colheita deve ser realizada por uma equipa médica autorizada pelo director clínico do estabelecimento onde se realizar.

4 – O auto a que se refere o n.º 1 deverá ser assinado pelos médicos intervenientes e pelo director clínico do estabelecimento.

5 – Um dos exemplares do auto fica arquivado no estabelecimento em que se efectiva a colheita e o outro é remetido, para efeitos de estatística, ao Serviço de Informática do Ministério da Saúde.

6 – Quando não tiver sido possível identificar o cadáver, presume-se a não oposição à dádiva se outra coisa não resultar dos elementos circunstanciais.

Artigo 14.º

Cuidados a observar na execução da colheita

1 – Na execução da colheita devem evitar-se mutilações ou dissecações não estritamente indispensáveis à recolha e utilização de tecidos ou órgãos e as que possam prejudicar a realização de autópsia, quando a ela houver lugar.

2 – O facto de a morte se ter verificado em condições que imponham a realização de autópsia médico-legal não obsta à efectivação da colheita, devendo, contudo, o médico relatar por escrito toda e qualquer observação que possa ser útil a fim de completar o relatório daquela.

CAPÍTULO IV
Disposições complementares

Artigo 15.º

Campanha de informação

1 – O Governo deve promover uma campanha de informação sobre o significado, em termos de solidariedade social, política de saúde e meios terapêuticos, da colheita de órgãos e tecidos e da realização de transplantes.

2 – A campanha de informação deve elucidar igualmente sobre a possibilidade de se manifestar a indisponibilidade para a dádiva *post mortem*, sobre a existência do Registo Nacional dessas decisões e sobre a emissão e uso do cartão individual em que essa menção é feita.

Artigo 16.º

Responsabilidade

Os infractores das disposições desta lei incorrem em responsabilidade civil, penal e disciplinar, nos termos gerais de direito.

Artigo 17.º

Norma revogatória

É revogado o Decreto-Lei n.º 553/76, de 13 de Junho.

Artigo 18.º

Entrada em vigor

1 – Os artigos 11.º e 12.º da presente lei entram em vigor nos termos gerais.

2 – As restantes disposições desta lei entram em vigor no dia seguinte ao da publicação na 1.ª série do *Diário da República* dos critérios e regras a que se refere o artigo 12.º e da comunicação do Ministro da Saúde declarando a entrada em funcionamento do RENDA.

Aprovada em 9 de Fevereiro de 1993.

O Presidente da Assembleia da República, *António Moreira Barbosa de Melo*.

Promulgada em 24 de Março de 1993.

Publique-se.

O Presidente da República, *Mário Soares*.

Referendada em 26 de Março de 1993.

O Primeiro Ministro, *Aníbal António Cavaco Silva*.



TITULAÇÃO ÚNICA

PROPOSTA APROVADA NO CNE

1. A definição do elenco de Especialidades Médicas em Portugal compete à Ordem dos Médicos.
2. Os programas curriculares dos Internatos Complementares são elaborados pela Ordem dos Médicos, em articulação com a Comissão Nacional dos Internatos Médicos (Ministério da Saúde).
3. A idoneidade e a capacidade formativa dos Serviços e Estabelecimentos dependentes do Ministério da Saúde, para efeitos de realização dos Internatos, será também definida pela Ordem dos Médicos em articulação com a CNIM.
4. O Ministério da Saúde continua a assumir a gestão dos Internatos e as responsabilidades pela avaliação

contínua da respectiva formação, mas a Ordem dos Médicos será consultada sobre novos modelos de gestão a desenvolver e sobre todos os aspectos de ordem geral que possam envolver alterações qualitativas da formação.

5. Serão prestadas provas – curriculares, práticas e teóricas, perante Júri Nacional nomeado pelo Ministério da Saúde e que decorrerão, sempre que possível, na Instituição de Saúde do Candidato.

O Júri terá cinco elementos, devendo a maioria ser estranha à Instituição do candidato e indicada pela Ordem dos Médicos. Todos os elementos do Júri terão que pertencer ao respectivo

Colégio de especialidade e sempre que possível envolvidos activamente no processo de formação.

6. Será considerada uma única época de exames de harmonia com o final dos Internatos, sendo os Júris nomeados anualmente.
7. A posse dos títulos de Especialista ou Generalista, conferidos nos termos acima previstos é requisito obrigatório para ingresso nas correspondentes carreiras oficiais e, nesse caso, os referidos títulos são automaticamente equiparados ao primeiro grau das Carreiras.

Porto, 8 de Maio de 1993

Pe'l'O CONSELHO NACIONAL
EXECUTIVO

MÉDICO INTERNO

O DIREITO ÀS FÉRIAS

O Conselho do Médico Interno – Secção Sul, tomou conhecimento da Circular Normativa N.º 14/93, que invocando o artigo 2 do D.L. 497/88, de 30 de Dezembro, retira os 30 dias de “férias graciosas” aos internatos do geral do 1.º ano.

Constatamos, perplexos, mais uma surpresa saída do D.L. 128/92, conhecido como o decreto-lei dos Internatos Médicos. Com efeito, no seu artigo 16 pode ler-se que os médicos internos passam a ser regulados pelo regime geral da função pública no que respeita a férias, faltas e licenças. É evidente que o tra-

balho dos médicos internos não é comparável ao da generalidade dos funcionários públicos. Além de que a maioria destes não trabalha aos sábados, domingos e feriados, não assegura trabalho nocturno, nem trabalha durante extensos períodos, sem descanso, num serviço de urgência. Não é admissível que os médicos internos não tenham direito a uma pausa, durante o primeiro ano de trabalho.

Este conselho não pode deixar de repudiar mais esta medida, que de uma forma expedita, retira direitos adquiridos dos internos, apenas contribuindo para o

mal-estar e perda de eficácia no trabalho desempenhado por estes.

Dada a dimensão política desta medida o Conselho do Médico Interno – Secção Sul, irá desenvolver todos os esforços para sensibilizar o Ministro da Saúde para a necessidade de alterar o referido decreto, invocando o regime especial de trabalho imposto aos médicos.

Lisboa, 25 de Maio de 1993

O Conselho do Médico Interno –
Secção Sul



ORDEM DOS MÉDICOS

Secção Regional do Sul

ORIENTADORES DE FORMAÇÃO

Existem?

Lisboa, 3 Julho 1993



O PORQUÊ?

Consta do compromisso eleitoral que a Ordem dos Médicos promoverá a garantia da qualidade da formação dos especialistas.

A reforma global dos internatos centra-se, também, nos formadores e qualquer mudança está condenada ao insucesso se não os envolver e motivar.

O primeiro passo será dar início a um debate, sobre os orientadores de formação, e assim criar as condições para que eles possam cumprir as suas funções educacionais.

Com este objectivo, a Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos decidiu organizar grupos de trabalho e de reflexão sobre diversos tópicos relacionados com os Internatos Complementares. Os resultados desta primeira reflexão constituirão as apresentações temáticas (especificadas no programa), para debate durante a sessão que decorrerá entre as 9.30 h. e as 13.00 h. do dia 19 de Junho de 1993.

Fica assim aberto um processo de debate e de produção de ideias que se espera contribua positivamente para a melhoria de educação médica pós-graduada em Portugal.

PROGRAMA:

09.30 h – Abertura

Presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos.

Dr. Rui Bento

10.00 h – Apresentações temáticas:

- Orientadores de Formação: – Selecção e formação;
- Funções e tarefas.

10.20 h – Debate

11.20 h – Café

11.40 h – Apresentações temáticas:

- Orientadores de Formação: – Avaliação do desempenho educacional;
- Sistema de retribuição/incentivos.

12.00 h – Debate

13.00 h – Encerramento

Presidente da Ordem dos Médicos

Dr. Santana Maia

ORIENTADORES DE FORMAÇÃO – “EXISTEM”?

Lisboa, Auditório da Ordem dos Médicos, 3 de Julho de 1993

Inscrições **gratuitas** limitadas à capacidade do Auditório – Selecção por ordem de inscrição)

Inscrição N.º _____

Nome completo: _____

Nome clínico: _____

Especialidade: _____

Situação Profissional: _____

Local de Trabalho: _____

Endereço para Correspondência (c/código postal): _____

Telefone _____ Data ____/____/____

Assinatura



COMUNICADOS DO CNE

COMUNICADO

Audiência com o Ministro da Saúde

A Ordem dos Médicos foi recebida pelo Ministro da Saúde em 03.06.93, reunião da qual saíram as seguintes conclusões:

1 – TITULAÇÃO ÚNICA

Foi apresentada pela Ordem dos Médicos uma proposta sobre Titulação Única com a qual o Senhor Ministro afirmou identificar-se na globalidade, comprometendo-se a no prazo de 30 dias enviar uma proposta de articulado legal sobre esta questão.

2 – ESTATUTO DISCIPLINAR

A Ordem dos Médicos optou por aceitar o texto proposto pelo Ministério da Saúde dados: a necessidade patente de dotar os médicos de tal instrumento legal, o longo tempo de negociações decorrido (mais de dez anos) e a aparente impossibilidade de em prazo útil ultrapassar os argumentos jurídicos aduzidos pelo Ministério da Justiça. A Ordem dos Médicos manifestou a sua discordância em relação ao facto de ainda não ter ficado consagrada na Lei a sua capacidade e autonomia na promoção de inquéritos a instituições de natureza pública.

3 – VAGAS PARA O INTERNATO COMPLEMENTAR

Ficou acordado com o Senhor Ministro que o Internato Complementar será efec-

tuado exclusivamente em Serviços considerados idóneos pela Ordem dos Médicos, são asseguradas vagas a todos os internos que terminam o Internato Geral e que haverá vagas em todas as Especialidades, com maior incidência nas de maior déficite.

4 – MÉDICOS DA CARREIRA HOSPITALAR DAS ARS

Foi-nos afirmado, pelo Senhor Ministro a resolução favorável do problema.

5 – ESTATUTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Mais uma vez a Ordem manifestou a sua discordância em relação à metodologia utilizada e ausência de debate geral em relação a uma questão para a Ordem dos Médicos considerada fundamental.

Foram também expostos ao Senhor Ministro as conclusões do Fórum, expressas no documento já anteriormente enviado.

6 – REGULAMENTO DAS ARS, FUNCIONAMENTO DAS AUTORIDADES DE SAÚDE E UNIDADES PRIVADAS NA ÁREA DA TOXICO-DEPENDÊNCIA

Foram entregues as análises críticas dos projectos de decreto-lei remetidos pelo Ministério para apreciação pela Ordem dos Médicos.

7 – ASSOCIAÇÃO INTER-ORDENS (MÉDICOS E FARMACÊUTICOS)

O Ministério vai conceder uma audiência específica à Associação.

Coimbra, 5 de Junho de 1993

O Presidente,
Carlos Alberto de Santana Maia

COMUNICADO

Hospital Distrital de Évora

O Conselho Nacional Executivo na sua reunião de 05.06.93 analisou as informações prestadas ao Senhor Bastonário da Ordem dos Médicos pelo actual responsável da unidade de diálise do Hospital Distrital de Évora. Face a este documento a Ordem dos Médicos insiste na necessidade de encerramento dessa unidade, até completa reformulação das condições de trabalho aí existentes.

Do facto deu-se conhecimento ao Senhor Ministro da Saúde, salvaguardando desde já futuras responsabilidades dos Colegas Nefrologistas dessa unidade, endossando-as por inteiro ao Conselho de Administração desse Hospital e restantes autoridades de saúde.

Coimbra, 05 de Junho de 1993.

O Presidente,
Carlos Alberto de Santana Maia

HOMENAGEM AO PROF. MÁRIO MENDES

O Prof. Mário Mendes recebeu no passado dia 3 de Abril a Medalha de Ouro de Serviços Distintos.

Atribuída pelo Ministro da Saúde, a distinção foi entregue numa homenagem promovida pelo Rotary Club de Coimbra e que contou com a presença do Presidente da República, o Presidente da Assembleia da República e o Presidente do Tribunal Constitucional.

À cerimónia, que se realizou na Biblioteca Geral da Universidade de Coimbra, associaram-se a Faculdade de Medicina, e os Hospitais da Universidade.

Mário Luis Mendes, nasceu em Coimbra em 1925 (tem 67 anos). Aí estudou desde a escola primária até à licenciatura em Medicina em 1950 (com 24 anos). Concorreu ao internato geral dos Hospitais da Universidade e começou a trabalhar na Clínica Obstétrica em 1952. Especialista em Obstetrícia (pela Ordem) em 1955 e em Ginecologista em 1958. Aprovado nos concursos de provas públicas para assistente das Maternidades Júlio Dinis (Porto) e Alfredo da Costa (Lisboa).

Em 1959 dinamizou o movimento das carreiras médicas em Coimbra, tendo sido relator, conjuntamente com o Prof. Lobato Guimarães, do respectivo documento.

Em 1967 apresentou uma comunicação ao I Congresso Mundial de Moral Médica (Gand, Bélgica), em colaboração com Lobato Guimarães, sobre "As Associações Nacionais de Médicos e evolução social da Medicina" em que "se procura responder às questões candentes que afligem os médicos nesta época de rápidas transformações sociais: quais terão de ser nessa hora os objectivos duma associação nacional, como é em Portugal a Ordem dos Médicos. Sugerem três objectivos, todos igualmente relevantes e interdependentes: a defesa da ética médica, a luta por melhores condições no exercício da profissão e a interferência activa nos planos de cuidados médicos do seu país".

Em 1969 começou a trabalhar na Maternidade Bissaya Barreto como assistente hospitalar e a seguir fez a carreira médica até aprovação no concurso para Director de Serviço, não tendo sido auto-

rizada a acumulação com a docência da Faculdade.

Em 1971, com o Doutor Santos Bessa, organizou a primeira reunião conjunta das sociedades de Obstetrícia (de que era Presidente) e de Pediatria dedicada à Perinatalogia. Estagiou em Munique no serviço do Prof. Zander e participou no Primeiro Congresso Europeu de Perinatalogia em Berlim.

Aprovação para professor extraordinário em 1970 e professor catedrático em 1980. Fez parte durante vários anos do Conselho Geral da Ordem dos Médicos, tendo trabalhado com os bastonários Jorge Horta, Miller Guerra e Lobato Guimarães. Recentemente fez parte, como membro efectivo representante das Universidades, do Comité Consultivo para a Formação dos Médicos da CEE e foi Coordenador Nacional dos Projectos Comac da CEE sobre a avaliação dos Cuidados Perinatais. Instalou e dirigiu um Centro de Medicina Ocupacional da Organização Mundial de Saúde, em Coimbra.

Coimbra, 22 de Abril de 1993.



COMUNICADO DO CNE

A Ordem dos Médicos analisou as conclusões do relatório final da Inspeção Geral de Saúde sobre os acontecimentos verificados na Unidade de Hemodiálise do Hospital Distrital de Évora. Desta análise resultaram conclusões que entendemos tornar públicas.

Assim:

Constata-se que a situação atingira uma gravidade bem maior que os responsáveis pretenderam fazer crer, nomeadamente pelo facto agora revelado duma excessiva prevalência de hepatite. Dá-se assim razão à Ordem dos Médicos quando aconselhou o encerramento das unidades até completo apuramento científico do que se passava, nomeadamente pelo reconhecimento da excessiva prevalência de hepatite e de atingir 72 doentes intoxicados no Hospital Distrital de Évora e no Centro de Hemodiálise Privado.

É por demais evidente que o encerramento imediato das duas Unidades era a única medida que garantia o controle da epidemia, já que se reconhecem neste relatório pelo menos duas possíveis causas de morte.

Certamente pela urgência em satisfazer a "opinião pública" o inquérito enferma de grande superficialidade e inúmeras contradições. Afigura-se-nos indispensável como anteriormente já preconizámos desenvolver um estudo científico profundo e sério que envolva especialistas na área da nefrologia, neurologia e saúde pública. A Ordem dos Médicos continua disponível para apoiar o Governo e a Procuradoria Geral da República nesta matéria.

A Ordem dos Médicos espanta-se com a incapacidade demonstrada neste inquérito em identificar eventuais responsabilidades. É com muita preocupação que se reconhece que mais uma vez as culpas são atribuídas aos técnicos e neste caso nem os operários foram poupados, escamoteando o papel dos decisores. Por outro lado não entendemos que reconhecendo o relatório a existência de intoxicações crónicas no centro de hemodiálise privado não foram minimamente aprofundadas as suas responsabilidades. Porquê encobrir a responsabilidade do Centro de Hemodiálise Privado? Os relatores não têm demonstração científica da existência de intoxicados no Centro Privado?

Constata-se neste relatório uma grande disparidade no número de mortes em relação às informações que a Ordem dos Médicos dispõe. Não ficámos a saber quais os critérios científicos que os relatores utilizaram para elaboração desta lista de falecidos:

Níveis de alumínio no sangue,
Perturbações neurológicas,
Anemia ou,
Infecção por hepatite.

É impossível acreditar que meses após se utilizar todos os dias um processo excepcional de "by-pass" ninguém na longa cadeia da hierarquia disso tivesse conhecimento. A responsabilização que cai sobre os médicos e restantes técnicos é manifestamente excessiva prefigurando o habitualmente designado por "bode expiatório".

Nesta conformidade a Ordem dos Médicos decide:

1. Alertar os médicos para a necessidade de comunicar à Ordem todas as insuficiências detectadas nos serviços em que trabalham.

2. Concluir os processos de averiguação desenvolvidos nesta Ordem em relação com o caso de Évora que manterão carácter sigiloso.

3. Disponibilizar-se para colaborar com as autoridades em qualquer processo de inquérito que esteja ou venha a ser promovido dotado das imprescindíveis condições de isenção, rigor e profundidade.

4. Tudo fazer para chegar às verdadeiras causas da morbilidade e mortalidade ocorridas.

Pe'l'O CONSELHO NACIONAL EXECUTIVO
O Presidente

Dr. Carlos Alberto de Santana Maia

PRÉMIOS "NUNES CORRÊA VERDADES DE FARIA"



A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa atribuiu ao Dr. Rui Bento, o Prémio Nunes Corrêa Verdades de Faria, na área "Progresso no Tratamento das Doenças do Coração".

Além do Dr. Rui Bento, Director do Serviço de Cirurgia Cardiorádica do Hospital de Santa Marta e Presidente da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos, foi também distinguido o Dr. Nuno António de Magalhães Xavier (Prémio Progresso da Medicina e sua Aplicação a Pessoas Idosas).

VII JORNADAS PNEUMOLÓGICAS

Vai a Clínica de Pneumologia da Faculdade de Medicina de Lisboa realizar as VII JORNADAS PNEUMOLÓGICAS DE LISBOA nos dias 9 e 10 de Julho de 1993.

O Tema Central é «SINDROME DE APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO».

O DOENTE E O MÉDICO

A Cadeira de Medicina I-A da Faculdade de Medicina de Lisboa, o Serviço de Cardiologia (Prof. S. Sequerra Amram) e a Comissão de Ética do Hospital de Santa Maria (Prof. J. Ribeiro da Silva) vão realizar, na Aula Magna da Faculdade de Medicina / Hospital de Santa Maria, nas manhãs dos dias 12 e 13 de Julho (2.ª e 3.ª Feira) o Simpósio intitulado "O Doente e o Médico".



CLÍNICA GERAL

Recebeu a Ordem dos Médicos um documento da Direcção Distrital do Porto, da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. Pelo interesse que tal documento possui para a generalidade dos Colegas decidiu a Redacção da Revista a sua publicação integral:

A Direcção Distrital do Porto da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral tomou recentemente conhecimento de que alguns hospitais tinham apresentado à Administração Regional de Saúde do Porto (A.R.S.) um projecto para "resolver" os problemas do excesso de afluxo de utentes aos Serviços de Urgência (S.U.) através da integração de médicos de Clínica Geral/Medicina Familiar em equipas de urgência ou em Serviços de Atendimento Permanente (S.A.P.) à porta dos hospitais.

Até 1990, muitos hospitais, insuficientemente dotados de recursos humanos, dependiam de facto da presença de médicos de Clínica Geral/Medicina Familiar para assegurar as escalas dos S.U. O Decreto-Lei 73/90 veio proceder à inversão desta situação permitindo que os médicos de Clínica Geral utilizassem o seu horário de trabalho integralmente nos Centros de Saúde. Como consequência directa os Centros de Saúde passaram a dispor de mais horas para o exercício de muitas outras funções enquadradas no perfil profissional do Médico de Família, sobretudo na área da prevenção primária e aumento dos cuidados aos grupos vulneráveis e de risco.

Coincidindo com as referidas alterações de regime de trabalho, sentiu-se nos Centros de Saúde a necessidade de criar formas de organização que permitissem, por um lado responder às necessidades de assistência das populações a descoberto, isto é sem Médico de Família, por outro assegurar a prestação de cuidados urgentes nos períodos fora do horário de trabalho do médico ou quando este se encontra

ausente. Nasceram assim as Consultas de Recurso funcionando de segunda a sexta-feira e os Serviços de Atendimento de Situações Urgentes (S.A.S.U.) aos sábados, domingos e feriados. No actual sistema, os Médicos de Família atendem já, diariamente, numerosas consultas programadas, muitas situações urgentes ou assim consideradas pelos utentes, para além das consultas de recurso e SASU's acima referidas.

O novo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde com a constituição das regiões de saúde, englobando na mesma gestão administrativa diferentes níveis de cuidados está a servir para justificar um certo retrocesso, de que a ida dos Clínicos Gerais para os S.U. é um bom exemplo. Pesa a tradição e a influência dos hospitais em relação aos centros de saúde agora que a gestão se perfila comum? Seria uma resolução desastrosa, por inverter o sentido natural da procura atraindo ainda mais utentes aos S.U. hospitalares, afinal causa de tanta frustração dos gestores de serviços de urgência. Parece contudo *solução fácil* para quem apenas deseja resultados imediatos em ano de eleições autárquicas e analisa os problemas de forma superficial e com total desconhecimento da realidade.

A Direcção Distrital do Porto da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral repudia a ida dos Médicos de Clínica Geral/Medicina Familiar para os S.U. hospitalares e apela ao bom senso dos responsáveis ministeriais para que evitem medidas com um impacto tão negativo na saúde das populações. Alerta todos os colegas para a necessidade de provarem com a sua prática que, apesar embora as

deficiências estruturais dos Centros de Saúde, os Médicos de Clínica Geral respondem com dignidade às necessidades assistenciais dos cidadãos.

Porto, 21 de Abril de 1993

A Direcção Distrital do Porto da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral

PRESIDENTE DA REPÚBLICA CONDECORA PROF. MACHADO MACEDO

O Prof. Machado Macedo recebeu no passado dia 11 de Maio a Medalha da Grã-Cruz da Ordem do Infante.

A condecoração, entregue pelo Presidente da República, no Palácio de Belém, homenageou a acção do Prof. Machado Macedo enquanto Bastonário da Ordem dos Médicos.

Na mesma cerimónia foi também distinguida pelo Presidente da República a Dra. Maria de Jesus Serra Lopes, Bastonária da Ordem dos Advogados entre 1989 e 1992 e agraciada com a Grã Cruz da Ordem de Mérito.

Nas palavras que dirigiu aos homenageados, o Presidente da República realçou as qualidades profissionais do Prof. Machado Macedo e da Dra. Maria de Jesus Serra Lopes e o papel que desempenharam enquanto Presidentes das respectivas Ordens.

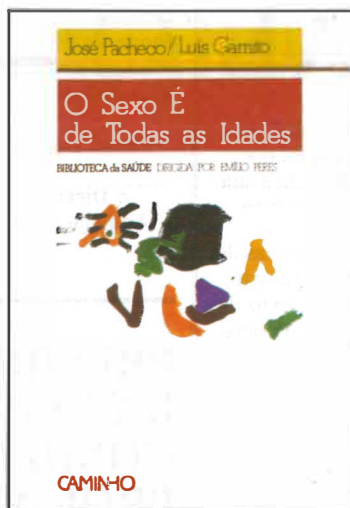
Na cerimónia estiveram presentes personalidades dos meios médicos e jurídicos, tendo a Ordem dos Médicos estado representada pelo seu Bastonário, Dr. Santana Maia.



PINTURA Pantoja Rojão

Decorreu de 22.04 a 5.05.93, no Museu da Água da EPAL, uma exposição de pintura do nosso colega Pantoja Rojão.

Pantoja Rojão, Assistente Graduado de Medicina Interna do Hospital dos Capuchos, participou em oito exposições individuais e 20 colectivas de pintura e está representado em várias colecções particulares e de entidades públicas e privadas. Em breve exporá na nova Galeria de exposições da Ordem dos Médicos.

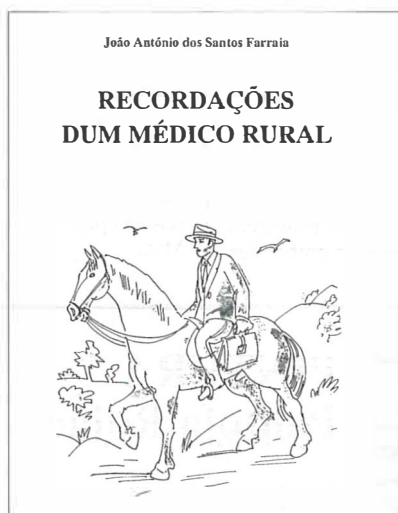


O SEXO É DE TODAS AS IDADES

Teve lugar na Ordem dos Médicos, no passado dia de 12 de Maio, pelas 18.30 horas, o lançamento do livro "O Sexo é de todas as idades", da autoria de José Pacheco e Luís Gamito, da Editorial Caminho, Coleção Biblioteca da Saúde, dirigida por Emílio Peres. No acto estiveram presentes os autores, dirigentes da Ordem dos Médicos, responsáveis da Editora, meios de Comunicação Social e inúmero público.

O Dr. Luís Gamito, Assistente graduado de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos, membro dos corpos sociais da Ordem dos Médicos, fundador da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica, desenvolve há anos actividades de investigação científica na área da sexologia.

RECORDAÇÕES DUM MÉDICO RURAL



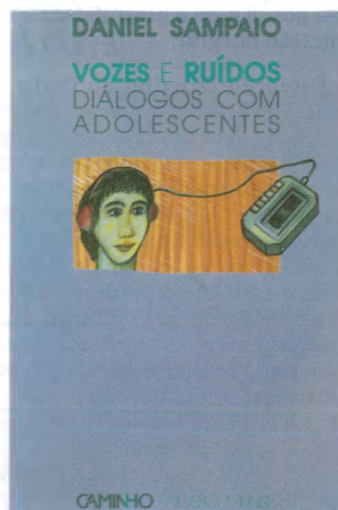
Com o patrocínio da Sociedade de Escritores e Artistas Plásticos Médicos, realizou-se na Ordem dos Médicos no dia 12.03.93 o lançamento do Livro «Recordações dum Médico Rural» de que é autor e editor, o nosso colega Dr. José António dos Santos Farraia, o qual poderá ser adquirido na Ordem.

«Recordações dum Médico Rural»

espelha em contos a experiência humana e clínica do nosso colega numa comunidade rural.

O Dr. José António dos Santos Farraia, exerceu clínica nos partidos médicos municipais de Mação e Sertã, neste último, durante 40 anos. É membro da Sociedade de Escritores e Artistas Plásticos Médicos.

VOZES E RUÍDOS – DIÁLOGOS COM ADOLESCENTES



É um novo Livro do Professor Daniel Sampaio, da Editorial Caminho, Coleção Nosso Mundo.

Na sequência do êxito editorial do Livro anterior «Ninguém Morre Sozinho», o presente trabalho é destinado aos pais e aos jovens, professores e técnicos de saúde e todos aqueles que se interessam pela juventude. O livro dedica a segunda parte à prevenção de algumas situações de perturbação mental da adolescência.

O Prof. Daniel Sampaio é médico psiquiatra, Professor Associado da Faculdade de Medicina de Lisboa e Assistente Hospitalar Graduado do Serviço de Psiquiatria do Hospital de Santa Maria onde coordena o Núcleo de estudos do Suicídio (desde 1987 organizado para o atendimento diário de adolescentes em risco de suicídio).

Foi um dos introdutores da Terapia Familiar Sistémica em Portugal, a partir da Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar.

O seu livro mais conhecido é «Ninguém Morre Sozinho», publicado pela Editorial Caminho em 1991 (3.ª edição, revista, em 1992). Publicou também, em colaboração:

– *Droga, Pais e Filhos*, Bertrand, Lisboa, 1978

– *Terapia Familiar*, Afrontamento, Porto, 1985 (2.ª edição, 1992)

– *Que Divórcio?*, Edições 70, Lisboa, 1991 (2.ª edição, 1992)

O Prof. Daniel Sampaio é membro dos corpos sociais da Ordem dos Médicos.