

Ficha Técnica

Ordem dos Médicos

Ano 22 – N.º 66 – Março 2006

PROPRIEDADE:



Centro Editor Livreiro da Ordem
dos Médicos, Sociedade Unipessoal, Lda.
SEDE: Av. Almirante Gago Coutinho, 151
1749-084 Lisboa • Tel.: 218 427 100

**Redacção, Produção
e Serviços de Publicidade:**
Av. Almirante Reis, 242 - 2.º Esq.º
1000-057 LISBOA
E-mail: celom.omcne@omsul.com
Tel.: 218 437 750 – Fax: 218 437 751

Director:
Pedro Nunes

Directores-Adjuntos:
José Moreira da Silva
José Manuel Silva
Isabel Caixeiro

Directora Executiva:
Paula Fortunato

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

Secretariado:
Miguel Reis

Dep. Comercial:
Helena Pereira

Dep. Financeiro:
Maria João Pacheco

Dep. Gráfico:
CELOM

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

Inscrição no ICS: 108374
Depósito Legal: 7421/85
Preço Avulso: 1,6 Euros
Periodicidade: Mensal
Tiragem: 32.000 exemplares
(11 números anuais)

S U M Á R I O

4 EDITORIAL

6 EDITORIAL

Na Ordem do Dia

10 INFORMAÇÃO

Parecer sobre “limitações
da liberdade de prescrição
pelas farmácias
hospitalares”

16 ACTUALIDADE

Cuidados primários,
reforma e qualidade

20 Ordem dos Médicos homenageia doutores-palhaços

24 Unidades de Saúde Familiar

26 III Congresso Nacional Médico Interno

28 OPINIÃO

De novo «acerca da
“Medicina baseada na
evidência”»

Por António M. M. Henriques
Carneiro

31 REGULAMENTO DO INTERNATO MÉDICO

55 ACTUALIDADE – RIM

Têm a palavra os médicos
internos...

60 Reunião Geral de Colégios

64 OPINIÃO – RIM

A viagem do RIM

Por Rui Guimarães

68 LEGISLAÇÃO

Resumo da Legislação
publicada em Janeiro e
Fevereiro

70 AGENDA

Patrocínios Científicos

Nota da redacção: Os artigos de opinião e outros artigos assinados são da inteira responsabilidade dos autores, não representando qualquer tomada de posição por parte da Revista da Ordem dos Médicos.

Vilamoura no Inverno

Março foi um bom mês. Para além de alguns percalços pessoais que não vêm ao caso, digerimos a portaria dos internatos, fomos a Vilamoura ao Congresso da Medicina Familiar e participámos no Porto no Congresso Nacional de Medicina.

Foram momentos a merecer notas de editorial que, por óbvias razões de espaço, têm de ser distribuídos por mais de um número da ROM.

Sobre o Regulamento do Internato já muito foi dito. Publica-se agora na íntegra para que todos os que se interessam pelo futuro da Medicina possam ler.

Não tenho por hábito a autocongratulação. Também considero pouco avisado tudo transformar em lutas, com vitoriosos e óbvios vencidos. Considero mesmo que a visão maniqueísta do Mundo, em que uns ganham e outros perdem, é uma visão de menoridade intelectual que pode ser útil para governar os povos, para enriquecer ou para dirigir um clube de futebol, mas é “poucoquinho” para justificar uns quantos anos de existência.

Recuso assim qualquer associação pessoal ou da actual direcção da Ordem aos resultados. Só eles interessam em si mesmos e na medida em que possam garantir que os próximos especialistas têm melhor formação do que nós tivemos e serão melhores profissionais que nós somos. Aos colegas caberá julgar...

Também este mês se lançou o debate sobre “Carreiras Médicas”. É um tema incontornável dos próximos anos. No fundo o desafio é simples: ou tomamos nas mãos o nosso destino ou outros o tomarão por nós, subordinados a interesses que não são os nossos, movidos por outras agendas.

Vilamoura foi um facto central no mês. Mais uma vez a Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral realizou o seu encontro anual. Impedido no ano passado por uma alteração de última hora, da responsabilidade do Ministro, que inviabilizaria um compromisso já assumido em Bruxelas, não quis este ano deixar de estar presente.

Pese embora ter decidido evitar a maioria dos convites para abertura de Congressos das múltiplas Sociedades Científicas, pelo óbvio motivo que se todos aceitasse nada mais faria que funções sociais, faltando ao compromisso que assumi convosco quando me candidatei ao lugar, a este não poderia faltar. Por um lado, porque pelo número dos seus especialistas, o Colégio de Medicina Geral e Familiar é um dos mais robustos da Ordem e, por outro, porque tenho como critério deslocar-me preferencialmente a Congressos de Especialidades que se confrontem com transformações ou desafios que recomendem o assumir claro de posições da Ordem.

Confesso que me desgostam certos hábitos actuais inerentes à realização de Congressos que em meu entender nada dignificam os médicos e muito contribuem para a crítica com que constantemente somos confrontados. Refiro-me como compreendem às autênticas feiras de medicamentos que algumas Sociedades deixam que se estabeleçam durante os seus eventos. Isto para não falar das acções de puro “marketing” e de algum excesso de deferência para com patrocinadores que ultrapassa as regras do decoro. Neste particular os hábitos desta Associação não recomendariam a minha presença.

Claro que não sou ingénuo e compreendo as regras do jogo económico e a forma de ganhar dinheiro e sustentar os hábitos de conforto. Também não é suposto ser um fundamentalista crítico da Indústria Farmacêutica, pelo contrário, reconheço que sem ela nada do que hoje contamos como vitórias, existiria. Mas em tempos de contenção, quando a própria Indústria se vê na contingência de apertar o cinto e o Governo parece, por fim, confiar nos médicos, há que ter decoro e acabar com hábitos que já fizeram a sua época.

A Ordem dos Médicos exige com total intransigência a liberdade de prescrição de todos os médicos, não tolera qualquer forma de discriminação que condicione a certas especialidades a prescrição de determinados medicamentos e opõe-se definitivamente a qualquer associação entre remuneração e prescrição. Porque queremos continuar a defender estes princípios, não poderemos deixar de criticar todos os excessos que só minorizam os médicos e que a todos afectam, pois todos fazemos parte da mesma Classe.

Neste particular, e com a consideração que me merecem alguns dirigentes de Associações e Sociedades Científicas,

entre as quais a da Clínica Geral, espero que certas práticas mudem para bem de todos nós. Os interesses financeiros de alguns não poderão sobrelevar o interesse geral.

De qualquer forma, este ano, qualquer que fosse o enquadramento, não poderia deixar de estar presente. A Medicina Geral e Familiar atravessa um momento particularmente complexo da sua evolução. Peça central que é na orgânica do nosso Sistema de Saúde, a reforma em curso afectará todo o exercício da Medicina e mesmo a “performance” do nosso Serviço Nacional de Saúde.

Interessado que sempre fui pelas questões da Medicina Familiar, especialidade que noutra enquadramento da minha vida pessoal eventualmente teria escolhido, tenho acompanhado o processo de concepção e implementação da Reforma. Na medida do que à Ordem compete, tenho procurado facilitar a tarefa seguramente complexa de levar o processo a bom porto.

Porque acredito que é possível melhorar, entendi que devia falar com clareza a todos os colegas presentes em Vilamoura. O discurso que proferi traduz a esperança, a dúvida, a identificação das dificuldades. Penso que esconder obstáculos, tentando todos mover na direcção que meia dúzia de iluminados pré determinou, é unicamente demonstração de falta de inteligência e profundo desrespeito pelos outros. Para manobras deste teor já todos sabiam que não poderiam contar comigo.

Para além do mais estaria presente o Ministro, e o mínimo que o respeito que o Prof. Correia de Campos me merece, obriga-me a falar-lhe com verdade. Não sendo candidato a qualquer lugar de nomeação hoje, como sempre, não preciso de ser amável, fazer fretes ou oferecer ramos de flores. Como representante que sou de todos os médicos, por muito que isso custe a alguns, cumpre-me interpretar a sua vontade e em seu nome falar ao poder político. Estou seguro que os governantes com valor também preferem ouvir as verdades com sensatez e educação e sabem ser inúteis para si próprios exercícios de bajulação.

As inúmeras interrupções com palmas que as minhas palavras mereceram da parte dos colegas presentes na sala sensibilizaram-me e deram-me a certeza de ter avaliado bem o que importava no momento. Conhecendo como conheço os colegas, sei que se não tivesse razão não hesitariam em mostrar-mo como já antes fizeram até a um Ministro.

Neste contexto ainda estou estupefacto com a reportagem que alguém, que se considera jornalista, entendeu fazer no “órgão oficial da apmcg”, imaginando existirem “claques” na sala a determinar as palmas e tudo se enquadrar numa qualquer estratégia para futuras eleições. Não concebendo que a intenção deliberada fosse ofender-me, já que é sabido que só me ofende quem eu atribuo valor para tanto, considero tal reportagem ofensiva efectivamente para as centenas de médicos presentes na sala e que espontaneamente manifestaram ao Ministro o que pensam do assunto.

Como não imagino que tal ataque soez seja puramente uma manifestação de despeito de alguém que se julgava dono dos médicos, aguardo a tomada de posição formal da direcção da APMCG e respondo simplesmente com: “o bom julgador por si se julga...”



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Pedro Nunes', written in a cursive style.



TSF 20

Foi uma semana atípica. Na ordem do dia esteve um facto menor e quase passou despercebido um evento de enorme significado.

Foi notícia a hipotética venda do IPO de Lisboa cujos terrenos em área apetecível permitirão a construção de um novo Hospital em zona de menor pressão urbanística. A equação parece evidente e não fora as costumeiras derrapagens no acto de construir e as pouco explicáveis desvalorizações no acto de vender que a gestão da coisa pública nos tem habituado, este mais não seria que um mero e não noticiável facto corrente.

O que mereceria, mas não teve, maior destaque foi a conferência do INFARMED, este ano subordinada à temática do “Estatuto do Medicamento”...

Mereceria maior destaque, não só porque o INFARMED, estruturado por Aranda da Silva nos anos noventa e posteriormente gerido por gente de valor como Rui Ivo ou Vasco Maria, é uma instituição incontornável na área da Saúde, como porque o tema é da maior relevância.

Sendo o consumo de medicamentos uma das rubricas mais significativas do orçamento da Saúde é simultaneamente das rubricas menos controláveis.

Por entre as habituais cortinas de fumo dos comentadores encartados tende a esconder-se que Portugal é o país da Europa a quinze que menos gasta em medicamentos. Tal facto não altera a realidade e esta cada vez mais é a da transferência de decisão para o nível comunitário com o consequente estreitamento do espaço do pequeno truque com que países como o nosso desde sempre foram espremendo a carteira.

O “Estatuto do Medicamento”, documento que entre outras virtualidades visa transcrever para o direito português legislação europeia já publicada, é, assim, um óptimo tema de reflexão.

Desde logo permite perceber que a impoluta Europa é tão sensível como outras mais quentes latitudes ao medrar do inexplicável.

O prodígio da matéria é o tratamento dado aos produtos homeopáticos que identificados como medicamentos, num aparente desejo de certificação de qualidade e seriedade, logo de seguida vêm dispensada a prova de eficácia. Não fora tal prova, impossível de vencer por água que do químico só tem a memória, poder perturbar a necessária comercialização, de tanta utilidade para a indústria de países motores deste nosso colectivo comboio.

Mas tirando estas minudências a que já nos vamos habituando e para as quais é preciso ir ganhando da vida a necessária experiência, o documento é, até ver porque ainda não publicado, um bom documento.

Desde logo porque clarifica o conteúdo do bilhete de identidade do medicamento. Contrariamente a algumas estranhas versões

que chegaram a circular em “sites” oficiais, neste preconiza-se a identificação do produto pela marca ou pelo produtor ou detentor de autorização de introdução no mercado.

Tal forma de identificação permite ao médico, a mandato do seu doente, escolher efectivamente que fármaco este vai tomar e consequentemente assumir a responsabilidade e a vigilância inerente à recomendação.

Quero acreditar que o bom senso imperou e que alguém se apercebeu que transformar as farmácias portuguesas num imenso hipermercado preenchido só com produtos de linha branca seria poupadinho mas socialmente inaceitável.

Nunca acreditei que tais medidas tivessem qualquer utilidade que não fosse um arriscadíssimo jogo em que ninguém jamais soubesse o que estava realmente a tomar com todas as consequências em termos de roleta russa que só não é óbvio para quem se recusa a ver.

A experiência de Portugal em confronto com outros países e outras políticas é muito positiva e demonstra que quando se informa os médicos e se garante a qualidade estes tendem a aceitar o mais económico. Pelo contrário quando se perturba a relação de confiança a factura aumenta como os estrondosos dezoi- to por cento da vizinha Espanha provaram à sociedade.

Espera-se, agora, que com toda a consequência se altere o impresso imbecil com que se receitam medicamentos no Serviço Nacional de Saúde. Há que acabar com o disparate das cruzinhas e a frase ofensiva do “não autorizo a dispensa de medicamento genérico”.

Em primeiro lugar porque não cabe aos médicos autorizar a medida em que a receita não é uma imposição mas meramente um conselho que o doente segue na justa medida da confiança que deposita.

Em segundo lugar porque não é sequer sonhável que o que o médico receitou e do que assumiu a responsabilidade com a sua assinatura possa ser alterado seja por quem for. A profissão de farmacêutico é demasiado importante para ser transformada num mero exercício de comércio na procura do lucro fácil e imediato, assumindo responsabilidades que no momento do tribunal não está preparado para justificar.

Por uma questão de dignidade de todos é importante que uns e outros se mantenham no âmbito daquilo para que têm preparação e formação. Da mesma forma que seria inaceitável o médico fornecer directamente os medicamentos aos doentes deixando-se enredar na suspeição dos interesses comerciais, também não acredito que os farmacêuticos aceitassem menorizar a sua profissão e brincar aos médicos.

O passo fundamental foi dado com o Estatuto agora em discussão...resta aguardar pelas consequentes, e daí resultantes, medidas...



TSF 21

Em semana em que o País empossou um novo Presidente da República a agenda da Saúde andou, naturalmente, discreta.

Aqui e ali, contudo, o Mundo seguiu o seu curso e como tem sido até aqui, também hoje é possível respirar alguns factos.

Desde logo o concorrido Encontro Nacional da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, a apresentação, mais uma vez, do Relatório sobre a situação das Maternidades e a primeira página do Expresso a dar conta de ideias quanto à reestruturação das urgências.

Para alguns profetas para quem o imobilismo é a regra será caso para dizer sobre este Ministério e parafraseando Galileu: ...“e pur si muove”...

No primeiro dos eventos, local habitualmente difícil, as coisas correram de feição ao Ministro. Em claro contraste com um outro que ao apresentar um plano de Reforma dos Cuidados Primários foi ouvido de pé, em constringido silêncio e sem direito a palmas, Correia de Campos tinha garantida, à partida, a adesão de muitos e o silêncio cúmplice dos outros.

Claro que para este facto muito contribuiu ter colocado nos lugares chave do processo alguns representantes das várias correntes que atravessam a especialidade e a sensatez de propor a mudança como uma opção o que transformou a frontal oposição dos desconfiados num muito mais gerível esperar para ver.

Muito do que era necessário ser dito foi-o, e se os médicos ouviram com atenção o Ministro é de crer que este também não deixou de os ouvir a eles.

Aliás é nesta matéria – o ouvir, mais que no falar, que este Ministério tem revelado qualidade. Assim aguardam-se com tranquilidade próximos capítulos, na certeza que há da parte de uns e de outros boa intenção e quando esta existe o acerto das condições com os sindicatos será meramente uma questão de vontade. Quanto aos aspectos técnicos e naturalmente aos éticos, pressupõe-se a Ordem ter dado o seu parecer antes de entrar em fase negocial.

A questão das Maternidades assistiu a mais um episódio, por sinal cópia de anteriores, de um baile mandado em que os comportamentos são previsíveis do mais simples ao mais complexo passo da dança.

Do lado do Ministério agitam-se critérios técnicos que recomendam o fecho imediato de algumas e a reorganização a curto prazo de outras, do lado dos autarcas toca-se a reunir para ver se é ao vizinho que calha em sorte o emagrecimento.

Em matéria que tanto puxa o brilho das espadas do regionalismo paroquial a carnificina antevê-se. Quando para lá da nebulosa dos números se entrar no concreto e se clarificar, preto no branco, quais as que fecham e quais as que se mantêm abertas, serão

inevitáveis as tradicionais formas da justa luta.

O mesmo se poderia dizer do terceiro tema – a Reforma das Urgências. Neste, um médico sensato e coordenador de órgão técnico veio dizer o óbvio. Isto é, veio dizer que não se trata de uma questão de números de atendimentos mas de ocupação de território. De garantir a todos os portugueses, porque afinal todos pagam os mesmos impostos, que seja qual for o lugar em que vivam, terão um serviço capaz de reverter uma situação grave e emergente a menos de uma hora de distância.

Para que isto seja possível no actual quadro de escassez de recursos financeiros e humanos só fechando uns, reorganizando outros e logicamente fazendo alguns de novo...

Sem muita imaginação antevêem-se as habituais contas sobre a galinha da vizinha e os habituais protestos.

Todos sabendo que assim é a norma neste nosso jardim, perguntar-se-á porque vos estou a fazer perder tempo com estas temáticas.

Responderei que é sempre altura de acreditar que as coisas mudam e que o importante é tirar do passado as competentes lições.

No caso vertente a lição só poderá ser que a única forma de fazer bem é como diz o provérbio – não olhar a quem. O mesmo é dizer que este tipo de reformas, realistas e na procura da eficácia, só acontecem se se estabelecer uma regra técnica fortemente apoiada na evidência. Há que ter a coragem de primeiro definir a regra, explicando o porquê daquela e não de qualquer outra, e depois de definida aplicá-la sem olhar a filhos ou enteados.

Quando começam a aparecer as excepções por amizade, por apelo à terra dos avós ou por mera contabilidade político-partidária, aí está tudo estragado, ninguém mais compreende coisa nenhuma e a Reforma acaba como todas as antecedentes – um papel guardado na prateleira das oportunidades perdidas...

TSF 22

Estava definitivamente com falta de inspiração e, contrariamente ao que é hábito, esta semana o Governo não ajudava.

O fecho das maternidades seguia o seu curso sem novidades ou tropeços de maior. Aparentemente o bom senso imperava e a contestação, se bem que esperada e natural, não me suscitava motivo para esta crónica semanal.

Como sempre acontece nestas ocasiões, quando alguém que deve falar da realidade não encontra facto inspirador, a mesma realidade impõe-se-lhe criando os factos necessários, por vezes mesmo com escusada abundância.

No meu caso estes consistiram numa inopinada e estúpida queda na entrada da Ordem que me fez passar rapidamente da condição de profissional à de utente do Serviço Nacional de Saúde.



Com um pé devidamente fracturado, diagnóstico que não foi difícil de estabelecer nem exigiu complexos exames complementares, lá me convenci a deixar-me levar para o serviço de urgência do Centro Hospitalar em que trabalho e viver a experiência de ver a partir da horizontal os corredores que habitualmente percorro na vertical.

Entre a triagem, o diagnóstico, a intervenção cirúrgica, o recobro, o transporte e o internamento noutra unidade e a alta, múltiplas pequenas histórias ficarão retidas na memória e poderiam servir de alavanca a pequenas crónicas como esta.

Quis, naturalmente fugir ao óbvio. Por um lado a banalidade do meu caso clínico, igual a milhares de outros que os hospitais tratam diariamente, não vos deve interessar por aí além, por outro a TSF não me dá tempo de antena para falar de mim próprio mas para perspectivar o que pode ser importante para o País.

Falar-vos de uma equipa médica eficaz, desembaraçada, tecnologicamente diferenciada e disponível não deveria ser importante porque é pressuposto todas as equipas serem-no. Além do mais ao dizê-lo poderiam sempre suspeitar que sendo eu pessoa da casa poderia ter tido qualquer privilégio que pagaria com público elogio.

Falar-vos de equipas de enfermagem de gente jovem, altamente profissional, simpática e calorosa também não deveria merecer nota pois é isso que se espera de todas as equipas de enfermagem e o bilinguismo português e castelhano até dá um toque mais europeu nestas ocasiões.

Dizer-vos que todo o restante pessoal, dos técnicos aos auxiliares, desempenhou com tranquilidade as suas funções também não deveria ser notícia porque é dos livros que só é notícia o que corre mal.

Eivado então deste estado de crítica permanente que se espera de quem utiliza os meios de comunicação, deveria agora discorrer sobre o que não esteve bem, do que faltou, dos direitos espeznados deste intrépido utente.

Com jeito sempre se dirá que encontraria tema. Por exemplo o *sui generis* estacionamento da ambulância sem telheiro protector que assegura que o recém-operado, meio nu, passe do conforto do aquecimento central à climatização da chuvada deste país de clima ameno. Por exemplo a estranha carência de uma toalha para limpar depois do banho sumário.

Estou certo que com mais umas consultas de seguimento e umas horas em salas de espera apinhadas estaria suficientemente acicatado para debulhar um rol de lamentações, de críticas impiedosas e de “estados a que isto chegou” para garantir a posição adequada a comentador de matérias de Saúde.

Os acontecimentos estão, no entanto, muito frescos na memória. Ainda sinto a ansiedade que antecede a entrada no bloco operativo, a consciência da perda da autonomia, o momento em que

se passa de determinante das acções a sua vítima.

É talvez por essa consciência muito aguda, mais do domínio da emoção que da razão, que entendi dever elencar como tema da semana esta pioneira experiência como utente do tão falado Serviço Nacional de Saúde.

Adequa-se aliás a temática porque na próxima quinta-feira começa o Congresso Nacional da Medicina este ano precisamente subordinado ao tema: Trinta anos de Serviço Nacional de Saúde, onde estamos? Para onde vamos?

Como Presidente da Ordem cabe-me abrir o Congresso e naturalmente falar do tema.

Não sei ainda, exactamente, o que vou dizer. Estou certo que ao falar me recordarei da tranquilidade que a banalidade da sua existência me assegurou.

É que no momento em que o azar bate à porta, chamar simplesmente o transporte como quem levanta a mão para um táxi que passa vazio na avenida. É que ser levado ao hospital sem mais nada ter que fazer ou preocupar-se, sem nada ter de pedir, sem mesmo a comezinha preocupação económica que nos assalta quando levamos o carro à oficina, tem um valor incalculável.

Pode ser de uma enorme banalidade, pode não merecer o tempo que gastaram a ouvir-me, mas garanto-vos que esta semana percebi a característica mais importante do Serviço Nacional de Saúde:

- O facto incontornável – de existir...

TSF 23

É dos livros que em jornalismo se o cão morde o homem não é notícia. Só passa a ser notícia quando o homem, transcendendo o esperado na sua condição, se exaspera e ferra o dente no animal.

Cumprindo os cânones, a notícia da semana quase não foi notícia. Com efeito, na abertura do Congresso Nacional da Medicina, o Ministro da Saúde declarou que com a breve publicação do Estatuto do Medicamento o infeliz impresso da receita será alterado e o novo modelo assegurará que aquilo que o médico prescreve não é pressuposto alguém alterar.

Encerra-se assim um período, felizmente curto, em que imperou o convite implícito à substituição, pondo em causa a vigilância que aos médicos cabe fazer sobre as acções inesperadas e potencialmente negativas inerentes ao uso de medicamentos.

Em oposição ao actual quase silêncio, quando o actual modelo foi lançado não faltaram parangonas de primeira página e uma convergência notável dos analistas em como, por fim, se inventara a pólvora.

Na altura alguém vendeu ao Ministro, economista sem experiência de Saúde, que a culpa da factura dos medicamentos ser eleva-



da estaria nas escolhas dos médicos eventualmente conluídos com os inconfessáveis interesses da indústria farmacêutica.

Partidários das teses neo-liberais e das piedosas crenças das autoridades da concorrência logo exultaram com mais esta oportunidade do mercado demonstrar as virtualidades da sua invisível mãozinha. Imaginou-se que os farmacêuticos logo aconselhariam os doentes a comprar em vez do receitado pelo médico um equivalente mais barato classificado com a mágica palavra de genérico.

Aumentar a quota de mercado dos genéricos tornou-se assim a universal panaceia para todos os males do nosso Sistema de Saúde e razão suficiente para a sua futura sustentabilidade. Não terá sido estranho a esta estranha crença, passe o pleonasma, o facto dos seus fiéis serem oriundos de escolas de gestão, como tal desejosos de demonstrar que o mundo só existe depois que o inventaram e todos os outros exercem há séculos profissões hoje obsoletas.

Claro que a realidade, como aliás é hábito em ocasiões que tais, rapidamente se encarregou de seguir o seu curso fazendo evidentes os factos e deixando as teorias na dimensão dos desejos e das boas intenções, das quais, como é sabido, estão cheios os infernos...

Como seria de esperar os médicos não pactuaram com tais dislates e opuseram-se dentro da lei à substituição das suas prescrições. Como deveria ter sido óbvio para todos não é possível exigir de alguém responsabilidade e depois tornar livremente alteráveis as suas decisões. Quando o medicamento prescrito é alterado perde-se o conhecimento a montante do que está a acontecer e qualquer ocorrência perde o seu significado na medida em que não é possível estabelecer uma relação causa-efeito. Tal é obviamente insustentável e demasiado perigoso para quem leva a sério aquilo que faz e assume responsabilidade perante os que trata.

Felizmente que em Portugal não se levou ao extremo a deriva economicista, como aconteceu noutros países, e não se tornou obrigatória a famigerada substituição pelo genérico mais barato. Contrariamente ao que aconteceu nesses países em que a prescrição de medicamentos genéricos se tornou residual, em Portugal os médicos passaram a receitar genéricos mas associando-lhes o nome do fabricante impedindo a substituição.

Era esperável este resultado. De todos os interventores no circuito de produção e comercialização de medicamentos, os médicos são os únicos que nada têm a ganhar ou perder com o preço destes. Assim, naturalmente defendem o interesse dos seus doentes e receitam, dentre os que confiam, os mais baratos.

Promover a substituição das receitas dos médicos nas farmácias é lançar sobre os médicos um pressuposto de desconfiança ao mesmo tempo que se transfere a decisão para um grupo profissional que tem efectivamente alguma coisa a ganhar com a promoção do mais caro. Estou certo que entre os médicos e os farmacêuticos há a mesma proporção de gente bem intencionada e de gente

nem tanto, a diferença radicar-se-á assim no estímulo. Não foi seguramente por acaso que há mais de duzentos anos os médicos estão proibidos de vender medicamentos aos seus doentes.

O que também nunca percebi foi o argumento de que o direito de substituição era um reforço democrático dos direitos dos doentes. Que eu saiba uma receita médica difere de uma multa de estacionamento na exacta medida que cada um é livre de a rasgar e não a levar em consideração. Quem argumentava com os tais direitos dos doentes tinha a óbvia intenção de esconder um facto, esse sim infeliz e a carecer de solução urgente, o facto de os doentes em Portugal não terem o elementar direito de substituição do médico sempre que nele deixem de confiar.

Hoje, poucos anos volvidos, pode dizer-se que a experiência falhou e as consequências só não foram gravosas por esta habilidade particular dos Portugueses em contornar à custa de bom senso alguns disparates com que são confrontados por via legislativa. De uma forma geral os médicos opuseram-se à substituição, tendo aproveitado a oportunidade do lançamento de inúmeros genéricos no mercado para tratar os doentes de forma mais económica. Os doentes opuseram-se à substituição excepto quando confrontados com a inexistência efectiva do produto prescrito. Os farmacêuticos, de uma forma geral privilegiaram a manutenção das suas boas relações com os médicos evitando um conflito generalizado de que todos saíam perdedores.

Com a nova legislação agora anunciada ultrapassa-se um mau e inútil período e abre-se a janela de oportunidade de melhor controlar o mercado. Com o futuro mecanismo em que uns receitam e os outros confirmam, informam e vendem, restabelecem-se as tradicionais relações de confiança mútua, repõem-se os mecanismos de segurança e naturalmente o mercado escolherá os fármacos sobreviventes autoregulando-se com a mão bem visível da qualidade.

Nesta regulação os médicos serão naturalmente determinantes pois assumem o óbvio papel de escolher no mercado em nome dos seus doentes. Se quisermos pensar um pouco logo veremos que foi precisamente isto que ao longo dos séculos os doentes os encarregaram de fazer.

Confiar nos médicos e contar com eles para controlar de forma inteligente o Sistema de Saúde e os seus custos parece ser a aposta política do actual Ministro. Corresponder com lealdade vai ser uma tarefa exigível da parte dos médicos. Uma tarefa bem mais complexa que estar na oposição a todas as medidas.

Tal tarefa, seguramente bem mais eficaz em termos de garantir a Saúde aos portugueses é muito mais lógica e esperável de gente desenvolvida e bem intencionada que as lutas estereis do passado. Talvez por ser tão lógica e esperável não tenha merecido o mesmo destaque de comunicação social que há poucos anos mereceu o caminho trilhado no sentido inverso.

Definitivamente, no caso presente, o homem comportou-se como esperável da sua condição e não mordeu o canídeo...

Parecer sobre “limitações da liberdade de prescrição pelas farmácias hospitalares”

Parecer emitido a pedido do C. N. E. e C. R. S. e que foi homologado em CNE de 29 de Novembro de 2005.

Grupo de Trabalho redactor do parecer:

- Pedro Ponce, Coordenador do Grupo; António Vaz Carneiro; Pedro Póvoa; Melo Gouveia, Director da Farmácia Hospitalar do I.P.O.F.G.

A liberdade e independência de prescrição. Um valor absoluto, ... Com nuances

A liberdade e independência de prescrição é um valor sagrado para profissão médica, mas tal como outros, o sigilo médico por exemplo, não pode ser entendido como um valor absoluto, devendo ser qualificado, já que outros valores e interesses, igualmente ponderosos, estão também em jogo.

A total liberdade de prescrição, expressa numa prática de prescrição arbitrária e sem limites, e habitualmente sinónima de má prática médica.

É precisamente na medicina hospitalar, em que tratarmos doentes mais graves, com maior volume de prescrição medicamentosa, por vezes com vários médicos prescrevendo simultaneamente terapêutica para um mesmo doente, com margem terapêutica e de segurança particularmente estreitas, que erros terapêuticos ou prescrições menos racionais terão consequências mais nefastas em termos de morbilidade e de custos suportados pela instituição em causa, com menos flexibilidade financeira que uma ARS, responsável pelas despesas de prescrição no ambulatório. No ideal, a prescrição deveria ser orientada, sempre que possível, por protocolos ou recomendações terapêuticas, vulgo “guidelines”. Estes são elaborados de acordo com a melhor evidência científica à data da sua elaboração, pelo que devem ser periodicamente avaliados e revistos. Por esse facto, não devem constituir um instrumento rígido de prescrição mas pelo contrário um instrumento de orientação e adaptação a cada caso individual.

A existência de protocolos escritos é em geral considerada um sinal de qualidade e pode mesmo melhorar a morbilidade e mortalidade da instituição.

Registe-se, no entanto, que com a generalização de comissões de peritos encarregues de gerar as referidas recomendações (guidelines) ao serviço de várias instituições, agências oficiais ou sociedades científicas, se tem vindo a perder qualidade e independência dessas comissões, que aparecem a servir interesses por vezes indesejáveis, que lhes minam a credibilidade. Por outro lado, para muitas situações da nossa clínica quotidiana, ou não existem quaisquer recomendações ou protocolos, ou os que existem são apenas baseados em opinião e como tal de legitimidade discutível, além do que, é frequente que as ditas

recomendações não sejam generalizáveis de forma a incluir o nosso doente - problema.

Ética e deontologicamente, a procura de uma prescrição de qualidade deverá ter em conta em primeiro lugar a eficácia do medicamento, em segundo lugar a sua segurança e só depois o preço.

Liberdade de prescrição deve ser, portanto, entendida como a liberdade e o dever de prescrever de forma objectiva, disciplinada e adequada a cada situação clínica.

A discussão dever-se-á deslocar então da questão da racionalização, a qual é aceitável, para uma outra questão mais complexa e por vezes não entendida, de quais os compromissos que são aceitáveis “ Uma vez que o compromisso é inevitável face aos recursos limitados que temos, deveremos aprender a praticar a medicina com mais eficácia, isto é conseguir os mesmos resultados com menos custos. O FHNM e as CFT poderão ser um importante instrumento para atingir estes objectivos.

Missão, âmbito e articulação do formulário hospitalar nacional de medicamentos (FHNM) e das comissões de farmácia e terapêutica (CFT)

De acordo com a Portaria n.º 1231/97, de 15 de Dezembro «O Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos (FHNM) é uma publicação oficial de divulgação no âmbito dos serviços de saúde que o adoptem e que, através da selecção, feita por peritos, dos medicamentos que à luz de determinado conjunto de critérios foram considerados como os mais aconselháveis, tem como objectivo ajudar o médico a escolher o medicamento a prescrever, fornecendo-lhe, para tanto e numa perspectiva de orientação e disciplina terapêutica, uma informação clara e isenta sobre o mesmo,» A mesma Portaria define que o FHNM é elaborado por uma Comissão constituída por peritos e aprovada pelo Ministro da Saúde, sendo simultaneamente um órgão consultivo do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED). É competência da referida Comissão “*elaborar, rever, actualizar e acompanhar a publicação do FHNM, bem como emitir pareceres sobre os assuntos com estes conexos, por sua iniciativa ou solicitação do conselho de administração do INFARMED,*” Este facto é novamente reforçado na alínea e) do n.º 2 do artigo 20.º do Decreto-Lei n.º 495/99, de 18 de Novembro que mais uma vez define que o “*FHNM é uma publicação oficial elaborada pela comissão técnica especializada do INFARMED (...).* O citado formulário é, por isso mesmo, um verdadeiro instrumento da política do medicamento, na medida em que promove a prescrição e, conseqüentemente, a utilização racionais dos medicamentos, com inegáveis vantagens para o Estado e para os utentes.”

Apesar da grande importância que o legislador reconhece ao FHNM como instrumento orientador, racionalizador e

disciplinador da prescrição hospitalar; aquando da criação e regulamentação das Comissões de Farmácia e Terapêutica (CFT) dos hospitais (ver Despacho n.º 1083/2001, de 1 de Dezembro de 2003) foram introduzidas normas que geram conflito com a missão anteriormente prevista para o FHNM. Com efeito, de acordo com o referido Despacho (alínea 2.4), compete às CFT “*Velar pelo Cumprimento do FHNM*” (...), o que está em total contradição com a possibilidade de poder “*Elaborar as adendas privativas de aditamento ou exclusão ao FHNM*” (alínea 2.2). Por outras palavras, a CFT tem obrigação de implementar o FHNM mas simultaneamente pode livremente fazer adendas e também exclusões ao Formulário. Isto significa o esvaziamento da importância do FHNM previamente reconhecida pelo legislador. Posteriormente, foi decidido (Despacho n.º 5542/2004, de 26 de Fevereiro) que as CFT deveriam enviar trimestralmente ao INFARMED pareceres e relatórios sobre os fármacos não inseridos no FHNM e que constassem das suas adendas, provavelmente para disciplinar eventuais abusos das CFT. Estes pareceres seriam analisados pelo Observatório do Medicamento, outra estrutura entretanto criada no INFARMED, divulgando-se posteriormente o resultado, quer positivo quer negativo, desta apreciação a todas as CFT, “*para uma maior uniformidade de critérios e poupança de tempo e recursos afectos a essa actualização.*” Dadas as ambiguidades resultantes da legislação acima referida foi publicado o Despacho n.º 13885/2004, de 25 de Junho para tentar “*reforçar o carácter vinculativo do FHNM como instrumento de apoio à prescrição nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.*” O mesmo despacho determina que a utilização hospitalar do FHNM é obrigatória e que as adendas ao FHNM deverão ser, após devida fundamentação, sempre postas à consideração do INFARMED para apreciação e eventual aprovação. Contudo não faz qualquer referência à necessidade das CFT justificarem as exclusões ao FHNM.

Além das incongruências da legislação já referidas, existem outras situações que não se encontram bem clarificadas. Não existe qualquer mecanismo de controlo do INFARMED sobre as CFT que não elaborem os referidos pareceres sobre as adendas e exclusões. De igual modo, não está claro se após a reprovação pelo INFARMED da inclusão de uma adenda fica a CFT em causa impossibilitada de o continuar a incluir. A legislação também é omissa relativamente à vigilância do cumprimento pelas CFT do FHNM, nomeadamente através de auditorias aleatórias realizadas aos hospitais.

As CFTs deverão, portanto, constituir-se em **Organizações de Transferência de Conhecimento.**

Ao contrário do Prontuário Terapêutico onde constam todos os fármacos disponíveis na Farmácia Comunitária, a elaboração da lista de fármacos pelo FHNM rege-se por critérios de eficácia reconhecida tendo “*como filosofia a terapêutica limitada*” (FHNM

8.ª edição). Essa lista é elaborada por uma comissão diversificada de peritos, através de uma selecção entre a plethora de fármacos existentes, muitos com diferenças mínimas entre si e outros de eficácia duvidosa. Salienta-se ainda que este não é um instrumento coercivo da prescrição médica pois é sempre possível, se adequadamente justificado, a correcção pelas CFT de alguma omissão.

Função e regulamento das farmácias hospitalares (FH) e sua articulação com a comissões de farmácia e terapêutica (CFT)

As Farmácias Hospitalares, por si, não podem exercer qualquer actividade que ponha em causa a prescrição médica, excepto no estrito respeito pela legislação que regulamenta o acto farmacêutico, a saber o Decreto-Lei 288/2001, de 10 de Novembro, que na alínea g) do artigo 77.º impõe ao farmacêutico a obrigação de “(...) interpretação e avaliação das prescrições médicas (...)”, e que na alínea c) do artigo 87.º impõe ao farmacêutico hospitalar em particular o dever de “(...) dispensar ao doente o medicamento em cumprimento da prescrição médica ou exercer a escolha que os seus conhecimentos permitem e que melhor satisfaça as relações benefício/risco e benefício/custo.”

Em resumo, a Farmácia Hospitalar não pode, em caso algum, coarctar a prescrição médica, excepto quando o farmacêutico é legal e deontologicamente obrigado a tal, quer por considerar haver risco para o doente (interpretação da prescrição), quer pelo fornecimento de um medicamento essencialmente similar. Já as Comissões de Farmácia e Terapêutica, que nos termos do Despacho 1083/2004 de 1 de Dezembro de 2003, são constituídas paritariamente por médicos e farmacêuticos, e presididas pelo Director Clínico, as mesmas têm algumas obrigações específicas que importa realçar:

- Elaborar as adendas (...) de aditamento ou exclusão do Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos.
- Pronunciar-se sobre a correcção da terapêutica prescrita aos doentes, **quando solicitado pelo seu presidente**, sem quebra das normas deontológicas.

Isto é, assumem a função de assegurar o cumprimento do FHNM e a sua adenda. Para tal, o sistema previsto terá algum equilíbrio, ao consagrar a superioridade da Instituição enquanto fórum gerador de consensos científico, o que faz através da intervenção obrigatório do Director de Serviço dos serviços clínicos, pressupondo assim que uma alteração ao FHNM é resultado de um consenso alcançado no serviço. Por outro lado, a própria composição paritária e multidisciplinar da Comissão pressupõe uma validação Institucional alargada desse consenso.

Existe ainda uma outra função da Comissão de Farmácia e Terapêutica, que tem a ver com a análise da correcção da terapêutica. No entanto, esta função apenas se efectiva a **pedido do Director Clínico**, i.e., na prática a Comissão funciona como um órgão consultivo do Director Clínico, cabendo a este a identificação das situações em que considera necessário que uma Comissão multidisciplinar se pronuncie sobre uma terapêutica prescrita.

Concluindo, a Comissão de Farmácia e Terapêutica tem de facto competências que condicionam a livre prescrição médica, directamente a pedido do Director Clínico, ou indirectamente pela observância do FHNM. No entanto estas estão conceptualmente definidas de forma a gerar consensos clínicos, e a induzir a reflexão no âmbito dos Serviços no sentido de uma terapêutica mais racional e adequada ao doente.

Condicionamento da prescrição por imperativos económicos

No que diz respeito às condicionantes económicas, a legislação apenas recomenda que seja “Apreciado (...) os custos da terapêutica”.

Considera-se que a condicionante económica apenas será legítima quando, da análise técnico-científica da terapêutica, não resulta para o doente uma mais valia significativa (*não é fácil de definir significativa*) de uma determinada opção terapêutica em detrimento de outra. Apenas e só nesta situação deve o factor custo ser decisivo. Obviamente que a análise científica referida deve também procurar aferir os reais benefícios das alternativas terapêuticas, existindo para tal ferramentas adequadas.

Expressões como “racionalização da prescrição”, “utilização racional dos medicamentos” ou outras de igual significado, estão presentes em diversos textos e intervenções públicas dos órgãos de gestão da saúde. Entre os médicos, o termo racionalização tem habitualmente uma conotação negativa porque, em regra, traduz a tomada de decisões baseadas apenas no custo de um determinado tratamento. Contudo, a escolha de um determinado tratamento mais barato, apesar de se saber à partida que é menos eficiente, não traduz racionalização mas antes reflecte aquilo que se pode denominar por compromisso. Por isso, a nossa escolha enquanto médicos deve sempre recair sobre o melhor tratamento disponível independentemente do preço se o segundo melhor tratamento tiver uma menor probabilidade de obter os mesmos resultados, em par-

ticular quando o risco clínico é elevado.

Mecanismos de recurso e arbitragem das decisões da CFT

A legislação em vigor não prevê o recurso de decisões das Comissões de Farmácia e Terapêutica, levando a que este recurso se repita sobre a mesma instância que se pronunciou inicialmente. Provavelmente a única solução efectiva passaria pela institucionalização da possibilidade de recurso à Comissão do FHNM, uma vez que esta contém uma base pericial mais alargada, podendo assim constituir-se como uma instância de recurso efectiva. Seria de propor ao Ministério da Saúde a institucionalização desta situação.

Harmonização e conclusões:

1) Considera-se do maior interesse para a classe médica, para as administrações dos serviços de saúde e para a sociedade em geral, a defesa intransigente da liberdade e independência do médico na prescrição terapêutica; 2) Esta liberdade pressupõe a responsabilidade por uma prescrição baseada, sempre que possível, em rigorosa evidência científica quanto à eficácia e segurança da terapêutica proposta, bem como uma preocupação pela obtenção dos resultados pretendidos com o menor custo e maior poupança de recursos, que são finitos e sobre os quais recai o imperativo moral de uma justiça distributiva; 3) No caso especial da prescrição nas instituições hospitalares, as CFT actuam como um órgão regulador e disciplinador, garantindo que uma prescrição livre obedeça aos critérios de qualidade acima descritos, utilizando como instrumento o FHNM. Limitações à liberdade de prescrição, que deverão ser excepcionais, justificam-se em casos especiais identificados pelo Director Clínico da instituição e discutidos amplamente, na sua vertente técnico-científica, com os clínicos do serviço hospitalar visado; 4) Nessas decisões, o critério económico nunca se sobreporá ao da eficácia e segurança terapêutica; 5) Em nenhum caso pode a Farmácia Hospitalar alterar uma prescrição, devendo, no entanto, adiar o cumprimento dessa prescrição até confrontar o clínico com o que pensa ser um erro, ou uma prescrição que possa pôr em risco a saúde do doente; 6) Reconhece-se que, infelizmente, em muitos casos a evidência científica de suporte a uma prescrição terapêutica é escassa e os parâmetros que informam um cálculo de custo/utilidade subjectivos e enviesados, baseados em opinião ou tradição, sem cálculos de custos realistas; 7) A procura de consensos entre os vários agentes decisórios deve ser incessante, aos médicos cabe elevarem o nível da fundamentação das suas escolhas, às CFT responderem com uma crescente capacidade pedagógica e de análise crítica da evidência científica disponível, apagando a imagem de terem como principal prioridade os interesses de tesouraria da instituição. Ficarão por resolver poucos casos de conflito insanável, para os quais urge definir mecanismos de recurso e arbitragem supra institucional; 8) A prescrição terapêutica continua a ser no essencial um acto de decisão clínica individual e solitário, imperfeito, é certo, mas de que o único responsável moral, civil e criminal é o médico. A qualquer comissão exige-se respeito por esta posição no fim da cadeia de responsabilidades.

Cuidados primários, reforma e qualidade

Decorreu em Vilamoura de 8 a 11 de Março últimos o 23º Encontro Nacional de Clínica Geral, organizado pela Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, cujo tema central foi «medicina familiar: proximidade e qualidade». Os desafios e responsabilidades do sindicalismo médico, carreiras e remunerações e a complexidade da MGF, nomeadamente no que se refere à relação médico/doente, foram alguns dos temas debatidos neste encontro. Um encontro em que Pedro Nunes, Bastonário da Ordem dos Médicos, falou da reforma dos cuidados primários, da necessidade de proporcionar realização profissional aos especialistas em medicina geral e familiar e do compromisso da Ordem dos Médicos de pugnar pelo sucesso de tal reforma, não só aplaudindo os sucessos mas efectuando também as necessárias e construtivas críticas a todo e qualquer erro que seja cometido. Um sucesso que «se mede pela adesão dos profissionais, a satisfação dos utentes e a avaliação de qualidade que à Ordem e só à Ordem, enquanto entidade reguladora do exercício da Medicina, compete».

Em seguida transcrevemos a intervenção do Bastonário da OM no âmbito deste congresso.

«Cumpre-me, em nome de todos os médicos que a Ordem regula e representa, agradecer a oportunidade que a APMCG, mais uma vez com o seu Encontro, proporciona de trocarmos impressões, de fazer o “ponto da situação”. Este ano num momento particular em que tanta coisa está a mover-se, em que tanta é a ansiedade, tantas as incertezas, tantas as preocupações e simultaneamente as esperanças... Quando hoje falo aqui deste lugar para tantos colegas, rejeito tantas caras amigas, não posso deixar de recordar outras ocasiões, quiçá mais difíceis mas de enorme vivacidade em que Vilamoura serviu para passar uma mensagem clara de resistência, de crer intransigente na sua razão, de testemunho deste estar tão característico dos médicos que é o nunca vergar...

Hoje os tempos são de maior tranquilidade mas de igual complexidade. Já passou o tempo das acusações sistemáticas aos médicos, desde a corrupção no acesso aos Congressos à mais comezinha fraude nos tempos de trabalho, tempos em que tudo servia para denegrir uma Classe honrada e esforçada que cometera o pecado supremo de ter a confiança dos seus concidadãos.

Já lá vai o tempo do combate permanente da Ordem contra o poder político como se fora um partido diletante e amador, ora revolucionário ora do mais imobilista conservadorismo, mas sempre da oposição. Hoje uma postura sensata e vertical em que criticar e concordar estão por igual valorizadas, em que nada depende de estados de alma, tudo dependendo de factos e ideias, permitiu trabalho construtivo e mútua confiança.

Um Regulamento de Internato Médico moderno e potenciador da melhor formação é a prova evidente que um Ministro ousou confiar nos médicos e a Ordem dos Médicos ousou não ter medo de ser acusada de subserviência ou compadrio. Fechou-se o tempo da política de campanário e dos pequenos truques da esperteza salãoia para se abrirem os tempos da inteligência e do bem fazer.

Não enjeitamos o nosso quinhão de responsabilidade mas, porque também o devemos ao Ministro, é justo que ao Ministro prestemos o devido público tributo.

Este tributo é também a nossa manifestação de confiança no futuro vivido com igual abertura, com igual disponibilidade, com igual procura do bem público, mesmo quando estejam em causa certezas não provadas, antigos fantasmas ou o mais difícil de gerir – o vil metal...

Que melhor ocasião que este Encontro para nos juntar-

mos e reflectirmos sobre o tema do momento – A Reforma dos Cuidados Primários.

Sendo as propostas de Reforma ainda muito recentes e pouco claros os seus contornos finais, todos estão à espera de saber mais e o Sr. Ministro vai ter uma oportunidade excelente de desmistificar receios, de matar no ovo todas as dúvidas.

Penso, aliás, que esta reunião é o espaço de todas as oportunidades. Pode ser o espaço do futuro melhor mas pode, evidentemente, ser o espaço de todas as oportunidades perdidas...

A chave do sucesso vai ser clareza e confiança. A segunda obviamente decorrerá da primeira. Sem clareza de propósitos e uma total transparência de processos não será possível ganhar a confiança dos Médicos de Família e sem esta não haverá Reforma.

Os Médicos de Família portugueses são um grupo particular de profissionais.

São maioritariamente de uma geração.

São gente de uma enorme disponibilidade e vontade de bem fazer.

São médicos que na sua maioria abraçaram a especialidade por vocação.

São médicos que apesar do desgaste e dos ataques de que mais que nenhuns outros foram vítimas, ainda não deixaram de sonhar.

Se todos estes factores são importantes para o sucesso de uma reforma, igualmente é de contabilizar nos activos a credibilidade, pragmatismo e bom senso de quem a corporiza – o Dr. Luís Pisco.



Em qualquer balanço há, no entanto, também o passivo. E neste caso ele é pesado e capaz só por si de levar à falência da empresa.

São muitos anos de enganar e falsas partidas. São muitos anos de apregoar respeito pela Clínica Geral e uma praxis política de sinal inverso com um despuddorado aproveitamento da boa vontade e sentido do dever que estes médicos sempre deram provas.

É importante que se compreenda e publicamente se diga que se construíram dezenas de novos e bonitos Centros de Saúde por todo o país, pouco, para além do betão, se fez para proporcionar realização profissional aos médicos. É fácil dizer que são os Clínicos Gerais a primeira interface com os doentes, mas é igualmente muito fácil a seguir não disponibilizar meios, obrigando-os a fazer urgências quase sempre sozinhos, ao arpejo de qualquer norma técnica, sem colega, tantas vezes sem equipa pluridisciplinar, quantas vezes um mero serviço de porta aberta para a rua.

É simples falar de modelo bio-psico-social e propor o desenvolvimento da medicina preventiva, da promoção da Saúde, da educação da comunidade. Infelizmente também é simples exigir o aumento do número de utentes da lista de cada médico, num mero exercício contabilístico destinado a apresentar contas em ano de eleições, alegando ter conseguido diminuir o número de portugueses sem médico de família.

É simples falar de modernidade, de consultório virtual, de receita electrónica e de telemedicina. Infelizmente tem-se revelado mais complicado pôr tudo isto em prática, com equipamentos que se tornaram obsoletos sem nunca te-



31 de Maio de 2006 - Eleições

As eleições para os Colégios da Especialidade, secções de sub-especialidades e comissões de competência marcadas para o próximo dia 31 de Maio incluem todos os Colégios de Especialidades, o Conselho Nacional do Médico Interno, as subespecialidades de Hepatologia, Electrofisiologia Cardíaca, Oncologia Pediátrica, Cuidados Intensivos Pediátricos, Nefrologia Pediátrica, Neonatologia, Gastrenterologia Pediátrica, Neuropediatria/Neurologia, Neuropediatria/Pediatria e EEG/Neurofisiologia Clínica e as Competências de Medicina Farmacêutica, Acupunctura e Hidrologia Médica.

rem sido utilizados, porque esperaram encaixotados que alguém decidisse qual dos software existentes no mercado deveria ser escolhido.

Falar de Medicina Geral e Familiar não pode ser, hoje, somente falar da poesia de uma vida dedicada ao seu semelhante, lidando com ele integrado no seu meio de vida, conhecendo-o globalmente, percebendo-o na interação com todos os seus. Falar hoje de Medicina Geral e Familiar é obrigatoriamente, e por uma questão de lealdade, falar de um sistema que não privilegia quem melhor faz, a todos remunerando e agradecendo por igual.

Falar hoje de Clínica Geral é falar de burocracias perturbadoras do Acto Médico, de duzentos motivos diferentes de pedir atestados, de receitas imaginadas por um manga de alpaca que considerou mais importante os carimbos e as vinhetas que o espaço para explicar ao doente como tomar o medicamento.

Falar hoje de Clínica Geral deveria ser pedir desculpa a toda uma geração de médicos bem intencionados pelas exigências despudoradas, pela funcionalização desmotivadora, pela “Sapização” da especialidade, pelas sucessivas desvirtuações dos paradigmas profissionais. Pelas intermináveis horas passadas a transcrever em impressos inenarráveis, pedidos de exames complementares que outros fizeram, receitas que outros passaram, relatórios que outros pediram.

Pedir desculpa pelo cinismo com que se estribaram as obrigações nas necessidades imperativas de doentes a quem foi vedada qualquer outra forma de obter direitos básicos.

Nos vinte e poucos anos que a Clínica Geral leva de carreira, muito do que foi feito pelos responsáveis políticos não o foi por incompetência ou distração. Foi-o para ocultar carências e incapacidades. Foi-o pelo puro pragmatismo de fazer recair sobre outros a expiação de culpas próprias.

Em tal enquadramento pedir voluntários para um novo sistema carregado de obrigações e ainda nebuloso quanto a vantagens é um duro exercício de optimismo político.

Pode, no entanto ser uma oportunidade. Uma oportunidade de reencontrar o prazer, sustentado na ética, de exercer uma notável profissão. Uma oportunidade de reencontrar de forma expressa um respeito que verdadeiramente nunca deixou de existir. Um respeito que tem andado oculto pelos comportamentos dos utentes, daqueles a quem alguém convenceu ser titular de direitos, sem se dar ao trabalho de explicar o enquadramento dos deveres.

Pela nossa parte, por parte da Ordem dos Médicos, tudo faremos para que a Reforma seja um sucesso. Fá-lo-emos da forma necessária, isto é, criticando todos os erros e pontos fracos para poder aplaudir todos os sucessos e

pontos fortes.

Não perderemos de vista que o sucesso, num caso como este, se mede pela adesão dos profissionais, a satisfação dos utentes e a avaliação de qualidade que à Ordem e só à Ordem, enquanto entidade reguladora do exercício da Medicina, compete.

Sr Ministro da Saúde, Excelência:

- A satisfação dos profissionais poderá V.Ex.^a apreciá-la à medida que as propostas de adesão chegarem, a malha de ocupação do território se tornar concreta e objectivável. À medida que este projecto se torne estruturante e não uma mera experiência que cativa os mesmos eternos, notáveis poetas da causa pública.

- A satisfação dos utentes poderá senti-la nas manifestações de agrado que a comunicação social ou as urnas eleitorais lhe transmitirem como mensagem.

- A avaliação de qualidade essa é connosco. Conte com ela leal e transparente. E é com essa mesma transparência que me permito reafirmar-lhe aquilo que seguramente tem a certeza.

O nosso apoio não dependerá de qualquer pragmatismo político ou pretensão de intervenção na dinâmica dos grupos que em qualquer sociedade humana ou partido político se formam. Ninguém poderá contar connosco para

criar dificuldades desnecessárias para benefício das guerrilhas do quem é quem.

Não podem igualmente contar connosco os que quiserem introduzir no sistema desvios da ética ou do paradigma técnico da nossa profissão. Não contem connosco para fechar os olhos a formas encapotadas de retirar ao médico a sua liberdade ou aos doentes o direito à terapêutica tecnicamente mais eficaz. São eticamente insustentáveis formas de condicionar os rendimentos dos médicos, ou a adesão aos contratos, a compromissos prévios em termos de escolhas de terapêutica.

Temos a certeza, Sr. Ministro, que sabe como nós que o bom médico não é o que gasta pouco ou o que gasta o que o Estado ou algum iluminado gestor pretende. Também não é o que gasta muito, escondendo a sua ignorância atrás de múltiplos exames ou terapêuticas dispendiosas. O bom médico, que seguramente V.Ex.^a pretende privilegiar, é o que gasta adequadamente, fornecendo ao seu doente tudo aquilo que ele necessita.

O bom médico, ética e tecnicamente cabe a nós, Ordem dos Médicos apreciar.

Temos a certeza que V.Ex.^a pensa como nós. Porque tenho essa certeza cabe-me agradecer a paciência com que me ouviu e desejar-lhe as maiores felicidades no seu mandato...»

Em tal enquadramento pedir voluntários para um novo sistema carregado de obrigações e ainda nebuloso quanto a vantagens é um duro exercício de optimismo político.

Ordem dos Médicos homenageia doutores-palhaços



A Ordem dos Médicos atribuiu um diploma de mérito à Operação Nariz Vermelho pelo seu contributo activo para a melhoria da saúde de muitas crianças espalhadas por 14 hospitais nacionais. A cerimónia decorreu no dia 24 de Fevereiro, dia em que a sede da Ordem dos Médicos se encheu de sorrisos perante a presença dos doutores-palhaços.

Isabel Caixeiro, presidente do Conselho Regional do Sul, definiu o dia 24 de Fevereiro como sendo «um dia diferente (...) em que se reconhece o mérito destes doutores-palhaços que ajudam a desmistificar a doença e que contribuem para a recuperação das crianças hospitalizadas».

O representante da GlaxoSmithKline, o médico e presidente da GSK Manuel Gonçalves, referiu na sua intervenção o orgulho que sente por pertencer a uma Ordem aberta a este tipo de iniciativas, salientando o papel desempenhado por Pedro Nunes neste tipo de postura que a instituição tem actualmente. Sobre a parce-





ria da GSK com a Operação Nariz Vermelho, salienta que a mesma será «para o resto da vida», mas que espera que surjam mais apoios para este e outros projectos de igual mérito.

«Quem é que humaniza o espaço do profissional de saúde?» questionou Beatriz Quintella, representante da Associação Nariz Vermelho, e acrescentou «a arte tem uma importância fundamental nos hospitais». Em seu entender, músicos, contadores de histórias, artistas plásticos, etc. devem ter uma presença nas enfermarias onde «seres humanos muito bons tratam de outros seres humanos», uma presença que considera que deve ser feita em consonância com as necessidades do espaço te-





rapêutico, dos profissionais de saúde que aí trabalham e dos doentes. Emocionada, Beatriz Quintella falou da magia inerente às palavras de um conto, ou à presença de um palhaço, momentos mágicos que se traduzem no sorriso de uma criança.

Agradecendo à Ordem dos Médicos, a representante dos doutores-palhaços explicou como o sonho da Operação Nariz Vermelho começou com uma equipa de três pessoas, e como foi crescendo até ser hoje constituída por 14 pessoas.

Nesta homenagem, Pedro Nunes definiu a medicina como «pura comunicação e apoio humano», referindo que a tecnologia é «apenas um instrumento que utilizamos». Reconhecendo a dificuldade inerente a comunicar com uma criança, o bastonário da OM referiu como «os palhaços sempre o souberam fazer», frisando: «os meus colegas palhaços são alguém que nos ajuda a aprender a comunicar». Uma ajuda preciosa que se traduz numa simples frase: «este diploma não precisava de um discurso, fala por si».



Unidades de Saúde Familiar

Decorreu na Ordem dos Médicos uma reunião de esclarecimento sobre a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF) no contexto da reforma dos cuidados de saúde primários. Nessa reunião estiveram presentes, além de Isabel Caixeiro, presidente do Conselho Regional do Sul da Ordem dos Médicos, representantes da Missão para os Cuidados de Saúde Primários que falaram sobre os pressupostos para o sucesso da implementação das USF.

Luís Pisco, na qualidade de coordenador da Missão para os Cuidados de Saúde Primários, fez uma apresentação realçando os pontos mais pertinentes desta temática. «Todas as sociedades ocidentais enfrentam neste momento o mesmo problema em relação aos seus sistemas de saúde: custos elevados, ineficiência dos sistemas e falta de qualidade são o denominador comum aos vários países.

Sendo a função do sistema responder às necessidades de saúde da nossa população e devendo manter princípios de equidade e solidariedade de forma a que todos os grupos populacionais possam partilhar dos avanços científicos e tecnológicos que estão ao serviço da saúde e do bem estar».

Apesar do longo percurso que existe ainda por percorrer, «houve uma melhoria sustentada dos nossos serviços de saúde nos últimos anos, temos equipamentos de qualidade e uma população consciente dos seus direitos, facto com que devemos ficar satisfeitos; os serviços estão mais acessíveis, adequados e eficientes. Temos melhores cuidados e melhor saúde».

A criação das USF não deve no entender de Luís Pisco ser olhada como uma ameaça mas antes como uma oportunidade de melhorar o desempenho dos Centros de Saúde. Para que essa melhoria ocorra, define como essencial que exista uma política de recursos humanos consequente, contratualização e «novos fluxos financeiros para os cuidados de saúde primários», bem como um sistema de informação «que permita desenvolver-nos, algo que pedimos há muitos anos».

Também é fundamental reforçar os incentivos para atrair os jovens para a especialidade de Medicina Geral e Familiar.

Os Centros de Saúde vão desaparecer?

Questão que tem sido colocada algumas vezes, essencialmente devido à falta de informação, e a que Luís Pisco respondeu de forma peremptória: «Não. Os centros de saúde são para manter, constituídos por um conjunto de serviços de apoio e por unidades de saúde familiares. Está reconhecido que os CS são um pilar central do sistema de saúde; Temos orgulho dos nossos centros de saúde que constituem, de facto, um património institucional, técnico e cultural que é necessário preservar, modernizar e desenvolver, porque, goste-se ou não, são o meio mais acessível e efectivo de proteger a saúde da população».

Referência ainda para o que se pretende que sejam os CS no futuro: «têm que estar mais orientados para a população, têm que ter uma maior flexibilidade organizativa e de gestão, têm que ser desburocratizados, tem que haver mais trabalho em equipa, tem que haver autonomia e responsabilização, e melhoria continua da qualidade». Um futuro ideal que como referiu Luís Pisco não se conseguirá atingir sem que haja contratualização e avaliação, responsabilidade e transparência. Na definição de Henrique Botelho, elemento da Unidade de Missão, «um centro de saúde é um serviço de proximidade, pequeno na dimensão, leve na estrutura, simples na organização, afável na relação que estabelece com os utilizadores e fácil no contacto», «isto de facto

é aquilo que nós pensamos que deve ser um CS», acrescentou Luís Pisco.

Quanto às USF, que são «apenas um dos oito pontos da reforma que a Missão pretende abordar», podem assumir diferentes enquadramentos jurídicos na sua gestão pois poderão pertencer ao sector público administrativo mas também ao sector cooperativo, social e privado.

Nas USF a responsabilidade focaliza-se num grupo de cidadãos que varia entre 4.000 e 14.000 utentes, sendo estes limites meramente indicativos pois poderão variar consoante as realidades locais.

Os médicos de família que se queiram candidatar à gestão de USF, sendo remunerados pelo número de utentes que acompanhem e em função das características destes, à semelhança do que sucede com o Regime Remuneratório Experimental, poderão fazê-lo pela internet. Os formulários de candidatura estão disponíveis na homepage da Unidade de Missão dos Cuidados de Saúde Primários em www.mcsp.min-saude.pt/mcsp

Dificuldades de uma reforma

No Canadá, mais precisamente em Ontário, está em curso uma reforma cujos objectivos e princípios são idênticos aos referidos por Luís Pisco para Portugal. Como qualquer processo reformista, no Canadá também existem barreiras: «cepticismo e cinismo, relutância e dificuldade em encontrar parceiros para trabalhar em equipa, atrasos nos sistemas de informação e em disponibilizá-los para todas as pessoas, atrasos em alguns financiamentos e dificuldades em criar equipas multidisciplinares». Como pontos a favor da reforma, no Canadá, realça-se a vontade política e o apoio das associações médicas e de associações de doentes.

Este exemplo foi referido por Luís Pisco para explicitar que este é de facto um processo que exige a conjugação de sinergias, e que juntar um grupo de profissionais de saúde não é o mesmo que criar uma equipa. A criação de uma equipa exige muito trabalho.

«Terá que haver processos de melhoria de qualidade e auto-avaliação dentro das equipas», referiria Armando Brito Sá, um dos elementos da Missão para os Cuidados de Saúde Primários, mais à frente neste debate.

Encontro sobre CLONAGEM E CÉLULAS ESTAMINAIS

21 DE ABRIL

O Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas realiza no dia 21 de Abril na sede da Ordem dos Médicos, em Lisboa, uma reunião sobre clonagem e células estaminais.

A participação neste encontro é por inscrição obrigatória e destina-se exclusivamente a médicos.

Manhã: perspectivas biológica e médica

Tarde: perspectivas filosófica, bioética, jurídica e teológica

LOCAL: Sede da Ordem dos Médicos

HORA: 10.15H

INSCRIÇÃO GRATUITA

(limitadas ao número de lugares disponíveis)

INSCRIÇÃO e CONTACTO:

Tel.: 218 427 100; Fax: 218 427 199; E-mail: omcne@omsul.com

III CONGRESSO NACIONAL MÉDICO INTERNO 2006 - SPRING MEETING OF PWG PORTO - 27 de Abril a 1 de Maio - 2006

Sábado - 29/04/2006:

08.00 h. - Abertura de Secretariado
08.30 h. - Reunião dos Moderadores das Reuniões do PWG
08.45 h. - 17.30 h.» Cursos Pré - Congresso:
Curso de Iniciação ao Trauma
Curso Introdução à Laparoscopia
Curso Básico de Pequena Cirurgia
Ventilação Não-invasiva
Abordagem da Dor Aguda
Avaliação Médico-desportiva e Avaliação funcional do Aparelho Locomotor
Recursos alternativos em situações de urgência - McGYVER”
10.15 h. - Intervalo
10.30 h. - Assembleia Geral do PWG
12.45 h. - Almoço - Hotel
14.00 h. - Continuação da Assembleia Geral do PWG
18.00 h. - Cerimónia de Encerramento PWG
Abertura do III Congresso Nacional Médico Interno
18.00 h. - Conferência - Prof. Doutor Nuno Grande
18.45 h. - Programa Social
21.00 h. - Jantar Oficial / Honra do PWG - Barco Douro Azul no Rio Douro.

Domingo - 30/04/2006:

08.30 h. - Abertura de Secretariado
09.00 h. - “**A Reforma do Internato Médico**”
Moderador: - Dr. Carlos Magalhães
Palestrantes:
- Dr. Correia de Campos - Ministro da Saúde
- Dr. Pedro Nunes - Bastonário Ordem Médicos
- Dr. Serafim Guimarães - Presidente do CNIM
- Dr. Rui Guimarães - Presidente do CNMI
- Rita Rapazote - Presidente da ANEM
Comentadores:
- Prof. Doutor Nuno Grande - Presidente de Honra do Congresso
- Nuno Fradinho - Presidente da AEICBAS - UP
10.30 h. - Intervalo
10.45 h. - “**Doenças Transmissíveis no séc. XXI**”
Moderador: - Dr. Francisco George - DGSaúde
Palestrantes:
- Prof. Doutor José Manuel Costa - IRJorge
- Parasitologia
- Prof. Doutor Henrique Lecour - FMUP - UP - Virologia

- Prof. Romero - ICBAS-UP - Medicina de Catástrofe
- Dra. Graça Freitas - DGSaúde - H5N1
Comentadores:
- Prof. Doutor António Sarmento
- Dra. Laurinda Queirós - Mestre Saúde Pública/Centro Regional Saúde Pública do Norte
13.00 h. - Almoço - Hotel
14.30 h. - “**As Migrações Médicas**”
Moderador: - Dr. Gomes da Silva - HGSA/ SRN - Ordem Médicos
Palestrantes:
- Dra. Gina Guerreiro - Licenciada Medicina na República Checa
- Dr. Oleg - Licenciado Medicina na Ucrânia
- Dr. Arnaldo Duran - Licenciado em Medicina pelo ICBAS-UP
- Dra. Kristina Allkvee - Licenciada em Medicina - Estónia
- Dra. Catia Caldas - Licenciada em Medicina em Espanha
Comentadores:
- Dra. Isabel Caixeiro - Presidente da UEMO
- Presidente SRS - Ordem dos Médicos
- Dr. Rui Marques - Comissariado Imigração e Minorias Étnicas
15.45 h. - Intervalo
16.00 h. - “**Medicina Geral e Familiar - uma área em mudança**”
Moderador: - Dr. José Pedro Moreira Silva - Presidente da SRN - Ordem dos Médicos
Palestrantes:
- Dra. Carla Pereira - IC MGF - “Porque escolhi a MGF”
- Dra. Luciana Monteiro - Responsável Internato MGF - Norte
- Dr. Eduardo Mendes - Presidente da APMCG
- Dr. Carlos Nunes - Missão Cuidados de Saúde Primários
- Dr. Jaime Correia de Sousa -
Comentadores:
- a designar
- Dra. Cláudia Pimentel - IC MGF - CS Carvalhosa - Porto
18.00 h. - Programa Social - Visita Cidade do Porto
21.00 h. - Jantar Oficial / Honra do Congresso

Segunda-feira - 01/05/2006:

09.00 h. - Conferência - Temas clínicos/Sessões Interactivas:
Avaliação do politraumatizado
Moderador: - Dr. António Marques - HGSA
Palestrantes:

- Dra. Raquel Silva - UCIP - HGSA
- Dr. John Preto - Grupo de Trauma - HSJ
10.30 h. - Intervalo
10.45 h. - “**Investigação pós-graduada e as novas tecnologias na Medicina**”
Moderador: - Prof. Doutor António Sousa Pereira - ICBAS-UP
Palestrantes:
- Dra. Fátima Carneiro - IPATIMUP
- Dra. Clara Sá Miranda - Instituto de Genética / IBMC
- Dra. Laura Vilarinho - investigação clínica
- Dr. José Carlos Noronha - “Factores de crescimento - suas aplicações”
- Dr. Jorge Guimarães - O programa Alert e suas aplicações
- Dr. Armando Rozeira - Telemedicina: a sua aplicação prática - Serviço de Dermatologia - Hospital Pedro Hispano
Comentadores:
- Prof. Doutor João Sentieiro - Presidente da FCT
- Dra. Isabel Palmeirim - Universidade do Minho
12.45 h. - Almoço - Hotel
14.00 h. - Comunicações livres
15.00 h. - Concurso de Posters - Apresentação FASE FINAL
16.00 h. - Intervalo
16.30 h. - “**Que perspectivas para o futuro dos Jovens Médicos**”
Moderador: - Dr. Eurico Castro Alves - Entidade Reguladora da Saúde
Palestrantes:
- Representante do MS - Dr. Rui Gonçalves
- Secretário-geral do Ministério da Saúde
- Representante da OM - Prof. Doutor José Manuel Silva - Presidente da SRC - Ordem dos Médicos
- Prof. Doutor José Amarante - FMUP - a perspectiva das Faculdades
- Dr. Serafim Guimarães - Presidente do CNIM
- Presidente SIM /FNAM
- Financiamento - Dr. Luís Portela - Fundação BIAL
Comentadores:
- Dr. Sollari Allegro - Presidente do CA do HGSA - Porto
- Dr. Hugo Esteves - IC de Saúde Pública - CS da Parede
18.00 h. - Entrega de Prémios
18.30 h. - Encerramento

Terça-feira - 02/05/2006

08.30 h. - 18.00 h. - Curso Pós-Congresso - Curso de Suporte Imediato de Vida

PREÇOS DE INSCRIÇÃO

Cursos Pré-congresso: 29/04/2006: 08.45 h. às 17.30 h.

- Curso Básico de Pequena Cirurgia – 40 Euros
» 15 + 15 + 15 participantes – Hotel Porto Palácio
- Curso de Iniciação ao Trauma – 100 Euros
» 25 participantes – Hotel Porto Palácio
- Curso de Introdução à Laparoscopia – 75 Euros
» 20 participantes – Hotel Porto Palácio (manhã) e Centro de Formação da Johnson em Vila do Conde (tarde)
- Curso de Ventilação Não-invasiva – 75 Euros
» 25 participantes – Hotel Porto Palácio
- Curso Abordagem da Dor Aguda – 75 Euros
» 25 participantes – Hotel Porto Palácio
- Recursos alternativos em situações de urgência – McGYVER® – 75 Euros

» 35 (manhã) + 35 (tarde) participantes – Hotel Porto Palácio

- Curso de Avaliação Médico-desportiva e Avaliação Funcional do Aparelho Locomotor – 75 Euros
» 20 participantes – Centro Medicina Desportiva do Porto

Curso Pós-congresso: 02/05/2006: 08.45 h. às 17.30 h.

- Curso de Suporte Imediato de Vida – 125 Euros
» 20 a 25 participantes – local a definir (Hotel Porto Palácio ou Centro de Congressos da Casa do Médico – Porto)

A inscrição num Curso:

- Inclui Pasta, documentação, diploma, 2 intervalos café e almoço
- Obriga a inscrição no Congresso
- Apenas será efectuada aquando do respectivo pagamento de inscrição junto do Secretariado do Congresso (factor que determina a ordem de inscrição)
- Pode ser efectuada como suplente noutra curso consoante as vagas sobrantes existentes

Congresso – preço inscrição por participante:

	Até 14 de Abril	Após 14 de Abril	No Secretariado do Congresso
Inscrição	25 €	50 €	55 €
Inscrição e 2 Almoços	55 €	75 €	80 €
Alojamento, inscrição e 2 almoços	130 € - single 115 € - duplo (por noite)	130 € (por noite)	130 € (por noite)
Acompanhante - Programa Social e 2 almoços	50 €	50 €	50 €
Jantar de Honra do Congresso	30 €	35 €	35 €

Inscrição de estudantes no Congresso – Grátis (Não inclui refeições)

Concurso de Posters e de Comunicações Livres:

- serão premiados os 3 melhores trabalhos em cada uma das áreas
- prazo limite para entrega de resumos – 14 de Abril de 2006

CONTACTOS:

Secretariado: Cristina Moreira; Ordem dos Médicos - Secção Regional do Norte; Rua Delfim Maia, 405 - 4200-256 Porto.

Tel.: 225 070 164; **Fax:** 225 502 547;

Email: secretaria@nortemedico.pt; congmi.porto@gmail.com;

Site do Congresso: www.-www.medicointerno.com/IIICNMI; Carlos Magalhães: **Email:** carlosmagiara@gmail.com

III CONGRESSO NACIONAL DO MÉDICO INTERNO

Spring Meeting of PWG

BOLETIM DE INSCRIÇÃO

APELIDO / SURNAME: _____ PRIMEIRO NOME / NAME: _____

DIREÇÃO PARA CORRESPONDÊNCIA / ADDRESS: _____

TELEFONE / PHONE: _____ FAX / FAX: _____ E-MAIL / E-MAIL: _____

TÍTULO / TITLE: _____ ASSINATURA / SIGNATURE: _____

CURSOS PRÉ E PÓS-CONGRESSO: 1ª Opção 1 2 3 4 5 6 7 8

Suplentes 1 2 3 4 5 6 7 8

VALOR DA INSCRIÇÃO: € _____ Inscrição simples

€ _____ Inscrição e 2 almoços

€ _____ Alojamento, inscrição e almoço

Data de entrada: ___ / ___ / 06 Data de saída: ___ / ___ / 06

CHEQUE EMITIDO À ORDEM DE: SECÇÃO NORTE DA ORDEM DOS MÉDICOS

CHEQUE NÚMERO: _____ BANCO: _____



De novo «acerca da “Medicina baseada na evidência”»

Barros Veloso fez publicar no nº 61 da Revista da Ordem dos Médicos (Outubro 2005) um artigo de opinião que intitulou: «acerca da “Medicina baseada na evidência”»¹. Nele tece considerações sobre a forma como vê a “Medicina baseada na evidência”, sobre aquilo que menciona como a ameaça à Medicina baseada na experiência e sobre personagens que identifica como “evidencistas”. Barros Veloso acha mesmo que “Apesar da rejeição por parte de um grande número de clínicos portugueses (digo propositadamente clínicos e não “licenciados em medicina”) a maré da “medicina baseada na evidência” não tem parado de subir a ponto de levar a Ordem dos Médicos a criar um “Conselho Nacional para a Evidência em Medicina”. Contudo, Barros Veloso (BV) no segundo parágrafo do seu texto afirma que “A “medicina baseada na evidência” não merece da minha parte qualquer contestação se tiver como objectivo seleccionar e por à disposição dos clínicos, informação obtida através de metodologias científicas. Aliás, nada tem de novo porque, pelo menos desde o início do século XX, se tem procurado que seja assim.”

Creio que BV toca em dois pontos centrais que pela sua importância merecem toda a atenção:

➤ Como lidar com a informação em Medicina

➤ Como saber qual da informação disponível é útil para a prática médica

Não tenho capacidade nem formação para discorrer em profundidade filosófica e histórica sobre o problema, como BV o faz no seu texto, pelo que me limitarei a acompanhar as suas reflexões com o entendimento de um clínico, convidado a integrar o Conselho Nacional de Evidência em Medicina”. A minha formação base também é a Medicina Interna tal como BV, apesar de ulteriormente me ter dedicado à Medicina Intensiva. Entendo bem algumas das suas preocupações

no que se refere à secundarização da clínica em proveito da abstracção estatística sem aplicação no doente concreto.

O exercício da Medicina Intensiva, como eu o entendo, é um excelente paradigma da abordagem holística, do doente na sua condição de pessoa. O Intensivista intervéem “num momento” em que o risco de vida é determinante na avaliação e na decisão. A intervenção do Intensivista, tem a particularidade de ser determinada pelo imperativo de prontidão na resposta, pelo recurso a tecnologias avançadas e logísticas organizacionais complexas e pela necessidade absoluta de se articular com a sua equipa. A decisão no âmbito da Medicina Intensiva é dominada pela necessidade imediata de preservar a vida numa fase em que é frequente não ter, ainda, o diagnóstico da doença, mas tão só o reconhecimento da síndrome que ameaça a vida.

Neste contexto e com a minha experiência pessoal formatei metodologias de pensamento e de procedimento que gostaria de partilhar, mencionando alguns pontos de reflexão:

➤ Porque é que eu gosto de ter linhas de orientação (“guidelines”),

➤ Porque é que gosto de ter ajuda na selecção das fontes de informação,

➤ Porque é que gosto de ter protocolos de actuação,

➤ Porque é que eu gosto de conhecer os critérios de avaliação das instituições em que trabalho.

Gostaria de partilhar estas preocupações exemplificando com situações da minha experiência quotidiana, para tanto socorrer-me-ei, a título de exemplo, das recomendações para a reanimação, recentemente revistas e publicadas pelo European Resuscitation Council², com base no “... evidence evaluation process for the 2005 International Consensus Conference on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science

with treatment recommendations ...”³.

Até 1960 a ocorrência de paragem cardio-respiratória (PCR) era igual a morte. O conceito de morte era mesmo definido pelo reconhecimento da PCR. Contudo, nos anos 50 Safar et al, ao observarem parteiras a reanimar recém-nascidos que não tinham iniciado ventilação eficaz, reconheceram que a ventilação boca a boca permitia insuflar ar para os pulmões e por essa via reanimar pessoas em paragem respiratória. A técnica é antiga, mas o reconhecimento de que poderia ter aplicações clínicas mais extensivas só é feito em 1960.

Na mesma década, Zoll et al verificam que a aplicação de um choque eléctrico no tórax permite recuperar, para ritmo sinusal, corações em paragem cardíaca por fibrilhação ventricular.

No final dos anos 50 Kouwenhoven et al constatarem que as compressões torácicas externas permitem manter circulação em doentes em paragem cardíaca e recuperar para a vida algumas vítimas de paragem cardíaca. A associação destes conhecimentos permitiu descrever, no início dos anos 60, a reanimação cardio-respiratória (RCR) como técnica capaz de recuperar doentes em PCR. A partir dessa data PCR deixou de ser igual a morte.

Estes procedimentos, quando executados em tempo oportuno e de forma correcta, permitem impedir mortes evitáveis. Constituem uma prática recomendada, porque são conformes ao estado da arte e permitem, em casos concretos “the conscientious, explicit and judicious use of current best evidence in making decisions about individual patients” (definição de Medicina Baseada na Evidência proposta por Sackett D, Richardson W, Rosenberg W, Haynes R., in How to practice and teach EBM)⁴. Ou por outras palavras permitem no caso concreto em que o procedimento está indicado, executá-lo, de acordo com o estado da arte (de acordo com as



António M. M. Henriques Carneiro
Chefe de Serviço de Medicina Interna - Director da UCIP do Hospital Geral de Sto. António – PORTO

recomendações internacionalmente aceites), com consciência e conhecimento das suas indicações e limitações (decidindo com o meu critério a aplicação daquele tratamento a um doente concreto numa situação específica), explicitando a fonte da metodologia utilizada para o executar (recomendações internacionais).

Para um clínico, poucos momentos há mais compensadores do que prevenir uma morte evitável, assistindo depois à reintegração social da pessoa que ajudou a salvar. Mas poucos momentos há de maior angústia do que aqueles em que o mesmo clínico sabe que é possível evitar aquela morte, mas o contexto, a logística, o momento em que iniciou a reanimação ou até os seus próprios conhecimentos são insuficientes para o fazer.

Este é o exemplo de uma situação extrema em que os resultados estão directamente ligados à correcção dos procedimentos e ao tempo de intervenção. Se os procedimentos não estiverem clara e explicitamente definidos, antes da ocorrência e se a organização não estiver antecipadamente preparada para activar as equipas de profissionais e a logística necessária para acorrer a essa pessoa em perigo, o mais provável é que o risco de vida não seja identificado em tempo oportuno e que a resposta, a acontecer, não seja eficaz.

Se a morte era evitável não será evitada.

Nesta situação, o que está em causa sou eu próprio e o meu doente concreto e não uma abstracção estatística ou um considerando filosófico. A frustração decorrente dum insucesso desta natureza inactiva a consciência de cada um de nós na sua dimensão ética, moral e científica. E se o direito a ser assistido em situação de emergência for entendido como um direito de cidadania então essa “incomodidade pessoal” passa a ter implicações de índole legal e organizacional.

Se eu me confrontar como uma situação destas, na minha prática profissional e na minha condição de clínico responsável pela vida daquele doente:

➤ Quero saber quais são as linhas de orientação (guidelines) recomendadas

para aquela situação,

➤ Quero que toda a equipa tenha as mesmas linhas de orientação e

➤ Quero que a logística disponível me permita proceder de acordo como o que estiver recomendado.

Não quero:

➤ Que cada um dos presentes tenha uma opinião pessoal sobre o que se deve ou não fazer;

➤ Andar à procura dos utensílios necessários para os procedimentos urgentes e inadiáveis;

➤ Que me surja alguém a dizer que o que é preciso é administrar este ou aquele fármaco e outro a contradizê-lo insistindo que deve administrar um choque ou outro ainda que acha que o mais importante é a entubação traqueal e a ventilação.

Nesta situação extrema (por isso mais facilmente ilustrativa) quero que todos conheçam as recomendações ERC 2005, para a reanimação, publicadas em português pelo CPR e que toda a equipa se mobilize para as fazer cumprir de imediato e com eficácia. Quero a máxima disponibilidade para salvar aquela vida caso ela esteja ameaçada por uma morte evitável. A maior parte dos que lidam com doentes em contexto de urgência sabem bem do que falo porque, já lidaram com uma situação como esta, p. ex. num indivíduo que fez PCR por isquemia do miocárdio ou que foi vítima de acidente de viação grave.

Mas porquê estas recomendações e não outras?

Porque estas recomendações foram actualizadas em 2005, na sequência de um processo de revisão sistemática da literatura (Consenso para a Ciência – publicado no Resuscitation de Nov/Dez 2005³) feita por peritos qualificados e dedicados a essa missão (ILCOR – International Liaison Committee On Resuscitation), peritos esses, indigitados pelos seus pares em função das suas reconhecidas competências e qualificações. Devem ser estas recomendações e não outras porque elas resultaram de um longo, exigente e complexo processo de consensualização da evidência disponível com base nos co-

nhcimentos publicados na literatura mundial. Reuniram-se e analisaram-se: pareceres, resultados de estudos, resultados de auditorias e de avaliações de procedimentos e de opiniões já publicados na literatura e por essa razão já revistos entre pares (peer reviewed) de forma a identificar os factos mais solidamente documentados e com melhores resultados. Os revisores por sua vez são clínicos, como eu, investigadores, fabricantes de equipamentos, estatísticos e um sem número de outros contribuintes para o conhecimento que ajudam a enriquecer o conhecimento médico e que contribuem com saberes que eu não domino, mas dos quais, posso passar a usufruir.

Equipado com esta informação estou melhor preparado, na minha condição de clínico, para contribuir para que o processo de cuidar dos doentes que me foram confiados tenha maior probabilidade de ser o mais correcto e de acordo como estado da arte, nas condições de trabalho da minha instituição. Acresce que as minhas responsabilidades institucionais me exigem decisões e capacidade de planificação organizacional que assegure o mesmo nível de eficiência sempre que um dos doentes que nos são confiados estiver em risco de vida. Assim sendo quero ter recomendações consensualizadas por peritos qualificados, aceites pela administração da minha instituição e implementadas no terreno, para que todos os profissionais possam corresponder de acordo com o estado da arte e o doente tenha acesso ao melhor tratamento que lhe é devido.

Acresce ainda que as minhas responsabilidades pedagógicas e de formação inter pares me exigem que esteja actualizado e que eu próprio, bem como a equipa pedagógica em que me integro, recomende procedimentos que todos (médicos e não médicos), reconheçam como válidos credíveis e fundamentados. Não devo pois

limitar-me a dar opiniões pessoais mas antes confrontar a minha experiência com o estado da arte. Dessa confrontação devem decorrer consequências e responsabilidades organizacionais que devem ser avaliadas segundo critérios pré-definidos e fundamentados em recomendações baseadas em dados da literatura já estudados e avaliados por outros.

Contudo, a decisão de intervenção é minha. Por isso, o facto de estar melhor equipado com o conhecimento científico actualizado não me dispensa em nenhuma circunstância de decidir em consciência e com os dados de que disponho naquele exacto momento. A minha experiência clínica e a qualidade organizacional da minha instituição são determinantes para a melhor aplicação dos meus conhecimentos científicos e para a rentabilização da minha experiência profissional. Ninguém, em consciência, me desculparia se por negligência, desleixo ou preconceito me afastasse do que é tido como referência na prática médica neste caso concreto. É de esperar que este meu entendimento tenha igual aceitação noutros profissionais. A Medicina de hoje exige colaboração e trabalho em equipa, inter pares e inter profissões, pelo que a melhor forma de consensualizar procedimentos, é referenciá-los, de forma planeada e programada, ao que se aceita ser o estado da arte.

O cidadão, leia-se o meu doente, espera ser assistido, com qualidade e competência pelo que é espectável que ao recorrer à minha organização ou à minha consulta lhe sejam assegurados os melhores cuidados disponíveis. A organização por sua vez espera poder proporcionar os melhores serviços com os recursos de que dispõe. Nem o cidadão nem a Administração são peritos em Medicina pelo que confiam no meu critério, mas têm o direito, e no caso da Administração, a obrigação, de confrontar a minha opinião com o que estiver estabelecido pelas organizações de referência. Assim sendo, en-

quanto profissional serei sempre confrontado com outras opiniões para além da minha.

Creio estar agora claro e fundamentado porque é que:

➤ Na minha prática clínica, gosto de ter linhas de orientação (“guidelines”).

Porque essa é a melhor forma de saber como proceder, mesmo em situação de tensão a exigir intervenção imediata, com a consciência de que não vou improvisar uma solução pontual, mas pelo contrário vou proceder de acordo com o que está estabelecido inter pares e de acordo com o estado da arte

➤ Gosto de ter ajuda na selecção das fontes de informação.

Porque a minha capacidade para conhecer e digerir toda a informação disponível, é limitada. Há conhecimentos e procedimentos que exigem saberes que me ultrapassam pelo que gosto de me referenciar a recomendações provenientes de fontes creditadas, mais aptas e qualificadas do que eu para opinar com credibilidade sobre muitos dos assuntos com que lido todos os dias;

➤ Gosto de ter protocolos de actuação, Porque quero que todos os membros da minha equipa saibam como proceder, qual a sequência de procedimentos recomendados, não omitam ou esqueçam nenhum dos passos recomendados e registem os seus procedimentos e as circunstâncias em que ocorreram. Equipado com estes dados estou em melhores condições para reflectir sobre a minha experiência individual, da minha equipa, da minha instituição, do meu País, o que me permite confrontar a minha / nossa prática com as experiências de outros, permitindo-me a mim e à minha equipa, melhorar e evoluir do ponto de vista pessoal e profissional;

➤ Gosto de conhecer os critérios de avaliação das instituições em que trabalho.

Porque gosto de ter “regras do jogo” definidas à partida e gosto que essas regras

estejam conformes ao estado da arte. Gosto que a administração da minha instituição saiba quais são as referências a que se deve indexar para que os seus profissionais trabalhem com qualidade e respondam segundo os melhores padrões internacionais (benchmarking).

Em todas estas circunstâncias prefiro estar fundamentado e apoiado na força da evidência disponível, para que no momento da minha decisão pessoal, em função da minha experiência vivencial e profissional me sentir o mais apto possível para tomar as melhores decisões, nas circunstâncias concretas em que for chamado a decidir. Acresce que se a minha decisão e os procedimentos que daí advêm implicarem o envolvimento de toda a equipa, quero que todos funcionem com a mesma lógica, perseguindo os mesmos objectivos, com as mesmas linhas de orientação, em proveito do doente que nos foi confiado.

Ou seja quero que a minha prática e a da minha equipa seja “consciente, clara e criteriosa, fundamentada na melhor evidência disponível para proporcionar o melhor tratamento possível a cada doente concreto na situação concreta em que o avalio e decido actuar e intervir”⁴.

Referências:

1. António José de Barros Veloso, Acerca da “Medicina baseada na evidência”, Revista da Ordem dos Médicos, 2005, Outubro, ano 21 - nº61, 24-33
2. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005, edited by Jerry Nolan and Peter Baskett, Resuscitation, Dec 2005, Vol. 67 supplement 1
3. International Liaison Committee on Resuscitation. Part 1. Introduction. 2005 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. Resuscitation, Nov/Dec 2005, Vol. 67 issues 2-3
4. Sackett D, Richardson W, Rosenberg W, Haynes R. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. London: Churchill Livingstone; 1997

Esclarecimento

A pedido do autor do artigo ‘O fígado, a hepatologia’, Rui Tato Marinho, publicamos o seguinte esclarecimento: «Em 1982 foi criado o Núcleo de Hepatologia da Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia. O Núcleo de Hepatologia teve como primeiro presidente Miguel Carneiro de Moura. No biénio de 1993-1995 esse núcleo veria alterado o seu nome para Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado».

REGULAMENTO DO INTERNATO MÉDICO

REGULAMENTO DO INTERNATO MÉDICO

A publicação do novo Regulamento do Internato Médico no passado dia 22 de Fevereiro é o corolário de longos meses (anos) de trabalho por parte da Ordem dos Médicos, com vista a, em colaboração com a tutela, encontrar as melhores soluções, e, em alguns casos, as soluções possíveis, para resolver alguns dos problemas da formação pós-graduada, problemas esses que se verificavam há muitos anos e que, entre outros constrangimentos, se traduziam numa desigualdade efectiva entre os médicos internos portugueses e os seus congéneres que vinham fazer o internato em Portugal.

Publicamos nesta edição a Portaria n° 183/2006 que desenvolve o disposto no Decreto-Lei n° 203/2004, e que dá vida ao novo RIM.

Nas páginas seguintes, além do próprio RIM, divulgamos um pequeno inquérito feito a médicos internos, em que os mesmos expressam as suas opiniões sobre este novo regulamento, a reportagem relativa à reunião geral dos Colégios da Especialidade onde o principal tema debatido foi o RIM e um artigo de opinião de Rui Guimarães, presidente do Conselho Nacional do Médico Interno.

REGULAMENTO DO INTERNATO MÉDICO

MINISTÉRIO DA SAÚDE Portaria n.º 183/2006 de 22 de Fevereiro

A presente portaria aprova o novo Regulamento do Internato Médico, em desenvolvimento do disposto no Decreto-Lei n.º 203/2004, de 18 de Agosto, que define o regime jurídico da formação médica após a licenciatura em Medicina, com vista à especialização, e estabelece os princípios gerais a que deve obedecer o respectivo processo.

De acordo com este diploma legal, o internato médico corresponde a um processo único de formação médica especializada, teórica e prática, tendo como objectivo habilitar o médico ao exercício tecnicamente diferenciado na respectiva área profissional de especialização.

Este novo modelo carece de regulamentação específica, exigida pelo citado Decreto-Lei n.º 203/2004, de 18 de Agosto, cujo normativo prevê matérias a regular por instrumento próprio, designadamente quanto à composição, nomeação, competência e funcionamento dos órgãos do internato médico, reconhecimento de idoneidade e capacidade formativa dos estabelecimentos e serviços para a sua frequência, condições de acesso e forma de vinculação, regimes e condições de trabalho, transferências de serviços e mudanças de área profissional, bem como processo de avaliação e atribuição de equivalências.

Foram observados os procedimentos decorrentes da Lei n.º 23/98, de 26 de Maio, e foi ouvida a Ordem dos Médicos.

Assim:

Em cumprimento do n.º I do artigo 29.º do Decreto-Lei n.º 203/2004, de 18 de Agosto: Manda o Governo, pelo Ministro da Saúde, o seguinte:

1.º É aprovado o Regulamento do Internato Médico, anexo a esta portaria e da qual faz parte integrante.
2.º São revogadas as Portarias n.ºs 695/95, de 30 de Junho, e 1223/82, de 28 de Dezembro.

Pelo Ministro da Saúde, *Carmen Madalena da Costa Gomes e Cunha Pignatelli*, Secretária de Estado Adjunta e da Saúde, em 1 de Fevereiro de 2006.

REGULAMENTO DO INTERNATO MÉDICO

CAPÍTULO I Princípios gerais

Artigo 1.º

Regime do internato médico

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

2 - O internato médico de medicina legal rege-se pelo disposto no número anterior com as especificidades constantes de regulamento próprio.

3 - A frequência do internato médico por médicos internos oriundos das Forças Armadas obedece às condições estabelecidas em protocolo celebrado entre os competentes departamentos dos Ministérios da Saúde e da Defesa.

Artigo 2.º

Noção e finalidade

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

2 - O exercício autónomo da medicina é reconhecido a partir de dois anos de formação de internato médico com aproveitamento, nos termos estabelecidos pela Ordem dos Médicos.

3 - O internato médico pode estruturar-se por ramos de diferenciação profissional que abrangem as diversas áreas profissionais de especialização, de acordo com o proposto pela Ordem dos Médicos, ouvido o conselho nacional do internato médico, tendo em conta as áreas profissionais que constam do anexo I deste Regulamento.

CAPÍTULO II

Responsabilidade pela formação médica

SECÇÃO I

Dos órgãos do internato médico

Artigo 3.º

Designação e finalidade dos órgãos

1 - Cabe à Secretaria-Geral do Ministério da Saúde a gestão e a coordenação geral do internato médico, sem prejuízo da intervenção de outros serviços centrais, regionais e locais, no âmbito das suas competências.

2 - A Secretaria-Geral pode promover auditorias operacionais com incidência nas componentes processuais

REGULAMENTO DO INTERNATO MÉDICO

ais, administrativas e técnicas, podendo recorrer, para o efeito, a entidades especializadas nestes domínios.

3 - O alto comissário da Saúde e a Direcção-Geral da Saúde emitem orientações nas respectivas áreas de competência, a considerar pelos órgãos de gestão e de coordenação em cada internato médico.

4 - São órgãos específicos do internato médico:

- a) O conselho nacional do internato médico, adiante designado por CNIM;
- b) As comissões regionais do internato médico, adiante designadas por comissões regionais;
- c) As direcções do internato médico das áreas profissionais hospitalares, adiante designadas por direcções do internato;
- d) As coordenações das áreas profissionais de medicina geral e familiar, de saúde pública e de medicina legal, adiante designadas por coordenações.

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

Artigo 4.º

Orientadores de formação

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

SECÇÃO II

Conselho nacional do internato médico

Artigo 5.º

Constituição

I - O CNIM é constituído pelos seguintes membros:

- a) Um vogal de cada conselho de administração das administrações regionais de saúde, adiante designadas por ARS;
- b) Os presidentes das comissões regionais do internato médico das zonas Norte, Centro e Sul e das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, desde que não integrem o CNIM ao abrigo das alíneas seguintes;
- c) Dois directores de internato dos hospitais ou grupos de hospitais de cada zona que sejam membros da comissão executiva da respectiva comissão regional;
- d) Os três coordenadores da área profissional de medicina geral e familiar;

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

f) O coordenador nacional da área profissional de medicina legal indicado pelo Instituto Nacional de Medicina Legal;

g) Um médico militar indicado pelo Ministério da Defesa;

h) Cinco médicos com vínculo ao Serviço Nacional de Saúde, adiante designado por SNS, indicados pela Ordem dos Médicos, sendo dois das Regiões Autónomas, um da Madeira e outro dos Açores.

2 - O CNIM é presidido por um dos seus membros, proposto de entre eles, nomeado pelo Ministro da Saúde, por um período de três anos, renovável.

3 - Os membros referidos na alínea c) do n.º I são indicados pela respectiva comissão regional e nomeados por um período de três anos.

4 - A constituição nominal do CNIM é homologada por despacho do Ministro da Saúde e divulgada pela Secretaria-Geral do Ministério da Saúde.

Artigo 6.º

Organização e funcionamento

I - O CNIM funciona junto da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde e reúne, pelo menos, mensalmente, podendo as reuniões realizar-se noutras locais, sempre que se mostre conveniente.

2 - O CNIM pode reunir extraordinariamente sempre que convocado pelo seu presidente ou por solicitação do secretário-geral do Ministério da Saúde.

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

4 - Nas reuniões ordinárias e extraordinárias e nas comissões eventuais podem participar outros profissionais a convite do presidente do CNIM ou do secretário-geral do Ministério da Saúde.

Artigo 7.º

Competências

O CNIM exerce as suas funções ao nível nacional, competindo-lhe, nomeadamente:

- a) Dar parecer relativamente às modificações dos internatos médicos, incluindo as que resultem de alterações aos programas de formação e criação de internatos médicos em novas áreas profissionais, em conformidade com as especialidades definidas pela Ordem dos Médicos;

REGULAMENTO DO INTERNATO MÉDICO

- b) Apreciar, do ponto de vista da estrutura e da adequação formal, os programas elaborados e propostos pela Ordem dos Médicos, assim como a sua actualização ou alteração, assegurando com esta Ordem a formulação adequada, com vista à sua sujeição a aprovação ministerial;
- c) Dar parecer sobre os critérios propostos pela Ordem dos Médicos, a que deve obedecer a determinação de idoneidade e capacidade formativa dos estabelecimentos e serviços de saúde para a realização do internato médico, assegurando com aquela Ordem a formulação adequada com vista à sua sujeição a aprovação ministerial;
- d) Elaborar anualmente, por área profissional, o mapa de capacidades formativas, tendo em atenção as idoneidades e capacidades formativas atribuídas pela Ordem dos Médicos, e submetê-lo à aprovação superior;
- e) Elaborar para o ano comum de cada internato médico uma proposta base para distribuição de vagas por estabelecimento de saúde, de acordo com os critérios de idoneidade e capacidade formativa definidos pela Ordem dos Médicos;
- f) Emitir orientações visando um desenvolvimento harmonioso do internato médico e a aplicação uniforme, ao nível nacional, dos programas de formação;
- g) Elaborar estudos e emitir pareceres sobre os assuntos que lhe sejam submetidos, relativos à formação médica pós-graduada;
- h) Acompanhar e avaliar o desenvolvimento do internato médico, em articulação com as comissões regionais;
- i) Propor a transferência de médicos internos, em correspondência com o artigo 58.º do presente Regulamento;
- j) Propor mudanças de área profissional, em correspondência com o artigo 60.º do presente Regulamento;
- l) Coordenar o processo conducente à realização das provas de avaliação final do internato médico;
- m) Autorizar, em conformidade com o parecer técnico da Ordem dos Médicos, a concessão de equivalências a estágios de formação do internato médico;
- n) Emitir parecer sobre assuntos da sua competência, designadamente quando solicitado pelo secretário-geral do Ministério da Saúde;
- o) Propor ao secretário-geral do Ministério da Saúde o que julgar conveniente para a melhoria do internato médico.

SECÇÃO III

Comissões regionais do internato médico

Artigo 8.º

Constituição

1 - As comissões regionais do internato médico exercem a sua competência nas zonas Norte, Centro e Sul e nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, sendo compostas por directores de internato das áreas profissionais hospitalares e pelos coordenadores das áreas profissionais de medicina geral e familiar, de saúde pública e de medicina legal da respectiva zona, bem como por um elemento indicado pelas respectivas ARS e dois membros com vínculo ao SNS indicados pela Ordem dos Médicos.

2 - A operacionalidade de cada uma das comissões regionais é garantida por uma comissão executiva, constituída no máximo por 12 elementos, distribuídos do seguinte modo:

- a) Directores de internato médico dos hospitais;
- b) Os coordenadores das áreas profissionais de medicina geral e familiar, de saúde pública e de medicina legal;
- c) O membro indicado pela ARS, sendo que a zona Sul integra os elementos indicados pelas ARS de Lisboa e Vale do Tejo, do Alentejo e do Algarve;
- d) Os membros indicados pela Ordem dos Médicos, sendo um deles médico interno.

3 - A constituição das comissões executivas regionais é divulgada pela Secretaria-Geral do Ministério da Saúde.

Artigo 9.º

Organização e funcionamento

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

2 - As comissões regionais das zonas Norte e Centro funcionam junto das respectivas ARS, funcionando a comissão regional da zona Sul junto da ARS de Lisboa e Vale do Tejo.

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

4 - As comissões executivas reúnem com os seus membros fixos, pelo menos quinzenalmente, podendo reunir

REGULAMENTO DO INTERNATO MÉDICO

fora das ARS habituais quando as necessidades do seu funcionamento ou as matérias a tratar o requeiram.

Artigo 10.º **Competências**

As comissões regionais do internato médico exercem funções de natureza predominantemente executiva, de acordo com as orientações e critérios emitidos pelo CNIM, competindo-lhes, nomeadamente:

- a) Garantir a aplicação dos programas de formação das áreas profissionais, em estreita colaboração com as direcções e coordenações de internato, designadamente no que se refere a sequência, locais de formação e datas de realização dos estágios;
- b) Prestar apoio às direcções e coordenações de internato médico dos estabelecimentos e serviços de saúde da sua zona;
- c) Solicitar à Ordem dos Médicos a avaliação da idoneidade e capacidade formativa dos serviços e elaborar os respectivos mapas e enviá-los ao CNIM;
- d) Propor ao CNIM a transferência de internos, nos termos do presente Regulamento;
- e) Propor ao CNIM a mudança de área profissional, nos termos do presente Regulamento;
- f) Apresentar ao CNIM as propostas conducentes a uma maior eficiência do internato;
- g) Emitir parecer sobre os assuntos que lhe sejam submetidos pelo CNIM.

Artigo 11.º

Comissões regionais nas Regiões Autónomas

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

SECÇÃO IV

Direcções e coordenações do internato médico

Artigo 12.º

Direcções do internato médico das áreas profissionais hospitalares

1 - Nos estabelecimentos hospitalares onde se realizem internatos médicos existe uma direcção do internato médico.

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

Artigo 13.º

Coordenações das áreas profissionais de medicina geral e familiar, de saúde pública e de medicina legal

1 - Nos internatos médicos de medicina geral e familiar e de saúde pública, as funções de direcção do internato médico competem à coordenação de zona ou de região autónoma, sem prejuízo do disposto nas alíneas seguintes:

- a) As ARS nomeiam os directores do internato médico por proposta dos coordenadores e com a concordância da comissão regional respectiva, quando o número de médicos internos ou condições especiais o justifiquem;
- b) Os coordenadores das áreas profissionais de medicina geral e familiar e de saúde pública são nomeados, de entre médicos das respectivas carreiras com reconhecida competência e experiência na formação de médicos internos, por despacho do secretário-geral do Ministério da Saúde, sob proposta das comissões regionais respectivas, ouvidas as ARS;
- c) As coordenações exercem as suas competências nas zonas Norte, Centro e Sul, correspondendo as duas primeiras às áreas de intervenção das respectivas ARS e a última às áreas de intervenção das ARS de Lisboa e Vale do Tejo, do Alentejo e do Algarve.

2 - Cabe ao Instituto Nacional de Medicina Legal nomear os coordenadores do internato médico de medicina legal.

3 - Cabe aos serviços regionais das Regiões Autónomas nomear os respectivos coordenadores dos internatos médicos de medicina geral e familiar e de saúde pública.

Artigo 14.º **Competências**

Compete às direcções e às coordenações do internato médico:

- a) Programar o funcionamento e desenvolvimento do internato médico e dos estágios a efectuar dentro e fora do estabelecimento, com observância dos

REGULAMENTO DO INTERNATO MÉDICO

- programas aprovados e das normas estabelecidas;
- b) Orientar e acompanhar o desenvolvimento geral do internato médico e a avaliação dos médicos internos, em estreita colaboração com os directores ou responsáveis dos serviços e orientadores de formação;
 - c) Verificar e avaliar as condições de formação, comunicando à comissão regional qualquer alteração que possa implicar perda de idoneidade do serviço;
 - d) Organizar os elementos do processo individual dos médicos internos relevantes para o internato, através de registos autenticados pelo director de serviço e orientador de formação;
 - e) Promover e coordenar a realização de actividades de carácter formativo que se integrem nos objectivos dos programas;
 - f) Requerer, através das respectivas comissões regionais, a concessão de idoneidade e de capacidade formativa aos serviços;
 - g) Orientar a distribuição dos médicos internos pelos diferentes serviços de acordo com a respectiva capacidade;
 - h) Recolher periodicamente junto dos directores ou responsáveis dos serviços, dos orientadores de formação e dos médicos internos informações pertinentes para um melhor funcionamento do internato;
 - i) Coordenar as avaliações;
 - j) Nomear, com observância do disposto no artigo 15.º, os orientadores de formação;
 - l) Planear as actividades e estágios dos médicos internos, com observância do disposto no artigo 16.º;
 - m) Pronunciar-se sobre os assuntos relativos à formação sempre que solicitados pelos órgãos de gestão dos estabelecimentos ou pelas comissões do internato médico;
 - n) Substituir os orientadores de formação ou responsáveis de estágio, em situações devidamente fundamentadas.

SECÇÃO V

Orientação e planeamento da formação

Artigo 15.º

Orientadores de formação

I - Os médicos internos têm um orientador de formação no serviço de colocação oficial, a quem compete a orientação personalizada e permanente da for-

mação e a sua integração nas equipas de trabalho das actividades assistenciais, de investigação e ensino, de acordo com os programas de formação.

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

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

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

5 - Na designação dos orientadores de formação ou responsáveis de estágio a regra é de um médico interno por orientador, podendo ser até três médicos internos por orientador, desde que sejam asseguradas as condições exigidas para a qualidade de processo formativo.

6 - Aos orientadores de formação e responsáveis de estágio é facultado o tempo necessário para o desempenho das funções de formação, o qual deve obedecer a uma programação regular, compatível com as diferentes actividades médicas a que estão obrigados, e com as recomendações da Ordem dos Médicos referidas nos programas de formação.

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

8 - As funções de orientador de formação não podem ser exercidas por directores de departamento, directores de serviço ou equiparáveis, salvo situações excepcionais, aprovadas pelo CNIM.

9 - O desempenho de funções de orientador de formação implica a existência de vínculo contratual no SNS, cuja duração terá em atenção a previsível duração do internato médico.

Artigo 16.º

Planeamento das actividades formativas

De acordo com os programas de formação aprovados, o planeamento das actividades e estágios dos

REGULAMENTO DO INTERNATO MÉDICO

médicos internos é preparado, nas áreas profissionais hospitalares, pelo respectivo director de serviço e, nas áreas profissionais de saúde pública e de medicina geral e familiar, pelos coordenadores de zona, com a colaboração, em qualquer dos casos, dos orientadores de formação e do próprio médico interno.

SECÇÃO VI

Normas comuns aos órgãos do internato médico

Artigo 17.º

Substituição

1 - As alterações que se verifiquem nas direcções e coordenações do internato médico implicam a substituição dos correspondentes membros no CNIM e nas comissões regionais.

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

Artigo 18.º

Dispensa de funções

1 - Aos membros dos órgãos do internato médico são facultados o tempo de serviço e as condições necessárias para o desempenho eficiente das suas funções.

2 - Aos médicos indicados pela Ordem dos Médicos para a verificação de idoneidades e capacidades formativas é facultado o tempo de serviço necessário para o desempenho eficiente das suas funções.

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

Artigo 19.º

Responsabilidade pelas remunerações e encargos

Para além das remunerações base, os encargos com os suplementos a que os membros dos órgãos do internato médico e os orientadores de formação tenham direito pelo exercício dessas funções, designadamente ajudas de custo e subsídios de transporte, são da responsabilidade dos estabelecimentos a que pertençam.

Artigo 20.º

Apoio aos órgãos e responsáveis pela

formação

Os serviços ou estabelecimentos de saúde que sejam local de funcionamento, permanente ou ocasional, dos órgãos do internato médico ou em que se realizem internatos médicos devem fornecer-lhes as instalações e o apoio logístico necessário, bem como afectar-lhes os recursos materiais e humanos exigidos pelas tarefas a executar.

CAPÍTULO III

Comissões de médicos internos

Artigo 21.º

Constituição

1 - Nos estabelecimentos hospitalares e nas zonas de coordenação do internato médico pode constituir-se uma comissão de médicos internos.

2 - Cada comissão de médicos internos é representada, no máximo, por três médicos.

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

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

Artigo 22.º

Funções

Às comissões de internos é reconhecida competência para:

- 1) Representar os médicos internos do respectivo estabelecimento junto dos órgãos do internato médico;
- 2) Contribuir para a melhoria das condições de frequência e de funcionamento dos processos formativos;
- 3) Promover, com o apoio da direcção do internato médico, a organização de cursos, debates, sessões clínicas e jornadas;
- 4) Acompanhar o processo formativo dos colegas, promovendo reuniões periódicas entre todos os médicos internos;
- 5) Comunicar ao CNIM e à Ordem dos Médicos quaisquer factos relevantes que ocorram no decurso do processo formativo, dando conhecimento à di-

REGULAMENTO DO INTERNATO MÉDICO

recção do internato, às coordenações e às comissões regionais respectivas.

CAPÍTULO IV

Áreas profissionais e programas de formação

Artigo 23.º

Criação de áreas profissionais

- 1 - A criação de áreas profissionais de especialização do internato médico deve ter correspondência no elenco das especialidades definidas pela Ordem dos Médicos.
- 2 - A criação de áreas profissionais de especialização do internato médico é feita por portaria do Ministro da Saúde, ouvida a Ordem dos Médicos e o CNIM.

Artigo 24.º

Autonomia, estrutura e objectivos dos programas

- 1 - Para cada área profissional é aprovado, por portaria do Ministro da Saúde, um programa de formação, proposto pela Ordem dos Médicos ao secretário-geral do Ministério da Saúde, que sobre ele ouvirá o CNIM.
- 2 - O programa de cada área profissional deve ser estruturado por uma sequência de estágios e dele deve constar, designadamente: a) Duração total da formação; b) Sequência dos estágios; c) Duração de cada estágio; d) Local de formação para cada estágio; e) Objectivos de desempenho e de conhecimentos para cada estágio ou períodos de 12 meses em estágios de duração superior; f) Descrição do desempenho em cada estágio; g) Avaliação de desempenho e de conhecimentos em cada estágio, nomeadamente tipo e momentos da avaliação, parâmetros a avaliar, factores de ponderação e documentos auxiliares da avaliação.
- 3 - O tempo dedicado à frequência de estágios opcionais não poderá ultrapassar 20% do tempo total da formação fixada para cada especialidade.

Artigo 25.º

Revisão dos programas

Os programas de formação, para além das alterações e actualizações que lhes sejam pontualmente introduzidas, devem ser revistos, por portaria do Ministro da Saúde, de cinco em cinco anos, sob proposta da Ordem dos Médicos à Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, ouvido o CNIM.

Artigo 26.º

Sequência e articulação de estágios

- 1 - Compete aos órgãos do internato médico e aos responsáveis directos pela formação, com a necessária colaboração dos serviços e estabelecimentos, promover e zelar pela sequência e correcta articulação entre os vários estágios, particularmente daqueles que sejam efectuados fora do serviço onde o interno se encontra colocado.
- 2 - A programação da formação de cada médico interno deve expressar quais os estágios do programa que o mesmo deve desenvolver e os serviços e instituições em que são realizados, de acordo com a idoneidade atribuída aos serviços.

Artigo 27.º

Programas doutorais em investigação clínica

- 1 - Através de regulamento próprio serão fixadas as condições em que os médicos do internato médico podem frequentar programas doutorais em investigação clínica.
- 2 - A realização destes programas não prejudica a frequência do internato médico, podendo ocorrer interpolada ou concomitantemente, reflectindo-se, neste caso, na duração do internato médico, de modo a não pôr em causa a obtenção dos conhecimentos e aptidões inerentes ao exercício especializado para o qual o respectivo internato habilita.
- 3 - O regulamento referido neste artigo será aprovado por diploma conjunto dos Ministros da Saúde e da Ciência e do Ensino Superior.

CAPÍTULO V

Idoneidade formativa

SECÇÃO I

Estabelecimentos de formação e serviços idóneos

Artigo 28.º

Princípios gerais

- 1 - O internato médico realiza-se em serviços e estabelecimentos de saúde públicos ou privados, reconhecidos como idóneos para o efeito e de acordo com a sua capacidade formativa.
- 2 - Com a finalidade de garantir o cumprimento integral do programa e de proporcionar uma formação quantitativa e qualitativamente diversificada, os internos podem frequentar estágios, partes de estágio ou

REGULAMENTO DO INTERNATO MÉDICO

actividades formativas em estabelecimentos diferentes daqueles em que foram oficialmente colocados, nos termos do disposto no artigo seguinte.

Artigo 29.º

Estabelecimentos de formação no internato médico

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

2 - A agregação para efeitos de formação dos médicos internos é fixada por despacho do secretário-geral do Ministério da Saúde, sob proposta do CNIM e tendo em atenção o parecer técnico da Ordem dos Médicos.

Artigo 30.º

Serviços idóneos

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

2 - A idoneidade dos estabelecimentos hospitalares está condicionada à existência de serviços que garantam o cumprimento de, pelo menos, metade dos estágios específicos das diversas áreas profissionais, excluindo os estágios opcionais ou aqueles que devam ser cumpridos por força do estabelecido nos respectivos programas de formação, sem prejuízo do disposto no número seguinte.

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

Artigo 31.º

Idoneidade de estabelecimentos e serviços privados

1 - A realização do internato em estabelecimentos do sector social, privados, estabelecimentos públicos com natureza empresarial, com contrato de gestão privada ou em regime de convenção, ou em hospitais sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos depende da celebração de acordos, convenções ou

contratos-programa entre o Ministério da Saúde e esses estabelecimentos, dos quais constarão, entre outras, cláusulas referentes às condições de formação e processos de avaliação.

2 - O reconhecimento de idoneidade está condicionado à existência de organização equiparável à do regime legal das carreiras médicas do Ministério da Saúde e à garantia dos níveis e diversidade de cuidados de saúde necessários à formação dos médicos internos.

SECÇÃO II

Critérios de idoneidade

Artigo 32.º

Critérios de idoneidade

Os critérios para a determinação de idoneidade dos estabelecimentos e serviços de saúde são definidos, até 30 de Setembro de cada ano, pela Ordem dos Médicos, com a colaboração do CNIM, sendo a sua divulgação assegurada, durante o mês de Outubro, pela Secretaria - Geral do Ministério da Saúde.

SECÇÃO III

Reconhecimento de idoneidade e fixação da capacidade formativa

Artigo 33.º

Processo de reconhecimento de idoneidade

1 - O reconhecimento de idoneidade dos estabelecimentos de saúde é feito por despacho do Ministro da Saúde, sob proposta da Ordem dos Médicos, ouvido o CNIM.

2 - Os estabelecimentos e serviços de saúde devem, obrigatoriamente, enviar às comissões regionais dos internatos médicos, até 1 de Março de cada ano, depois de devidamente preenchidos, os respectivos formulários de caracterização, os quais estarão disponíveis na página da Internet da Secretaria - Geral do Ministério da Saúde, e conceder as facilidades necessárias à instrução da proposta da concessão de idoneidade.

3 - As comissões regionais dos internatos médicos remetem aqueles formulários à Ordem dos Médicos para, em colaboração com o CNIM, elaborar as propostas de reconhecimento de idoneidades dos estabelecimentos e serviços de saúde.

4 - A Ordem dos Médicos poderá desencadear, para cumprimento do disposto nos números anteriores, me-

REGULAMENTO DO INTERNATO MÉDICO

canismos de avaliação de idoneidade, nomeadamente através de visitas de avaliação, audição dos formadores e médicos internos actuais ou médicos formados recentemente nos respectivos serviços.

Artigo 34.º

Capacidade formativa

1 - A capacidade formativa dos serviços está dependente da sua idoneidade e corresponde ao número máximo de médicos internos que podem receber, simultaneamente, formação.

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

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

4 - Com vista à homologação, o CNIM apresenta ao secretário-geral do Ministério da Saúde anualmente, até ao final do mês de Junho, proposta de fixação das capacidades formativas disponíveis por estabelecimento de saúde, tendo em atenção o parecer técnico da Ordem dos Médicos quanto ao reconhecimento de idoneidades e capacidades formativas.

CAPÍTULO VI

Ingresso no internato médico

SECÇÃO I

Disposições gerais e comuns

Artigo 35.º

Ingresso no internato médico

O ingresso no internato médico faz-se através de prova de exame de âmbito nacional, cabendo a sua organização à Secretaria-Geral do Ministério da Saúde.

Artigo 36.º

Requisitos de admissão

1 - Constituem requisitos gerais de admissão:

- a) Licenciatura em Medicina por universidade portuguesa, respectiva equivalência ou reconhecimento ao abrigo de lei especial ou acordo internacional;
 - b) Nacionalidade portuguesa, de país que integre a União Europeia ou, quando aplicável, autorização para o exercício das funções em território português;
 - c) Inscrição na Ordem dos Médicos;
 - d) Aprovação na prova de comunicação médica.
- 2 - Os médicos que não tenham ocupado a vaga que

lhes foi atribuída no âmbito de um concurso não podem candidatar-se a novo concurso durante o prazo de um ano, salvo se escolherem, após a prova de exame, vagas sobranes.

SECÇÃO II

Da prova de comunicação médica

Artigo 37.º

Âmbito

1 - Os candidatos ao exame de ingresso no internato médico são obrigatoriamente submetidos à prova de comunicação, sem prejuízo do disposto no n.º 4 deste artigo.

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

3 - A prova é realizada pela Ordem dos Médicos, que emite certidão quando o candidato seja considerado apto.

4 - Os licenciados em Medicina por universidade em que o ensino tenha sido ministrado em língua portuguesa estão dispensados da realização da prova de comunicação médica.

Artigo 38.º

Regulamento

1 - A Ordem dos Médicos elabora no prazo máximo de 90 dias, a contar da data da entrada em vigor do presente diploma, o regulamento da prova de comunicação médica.

2 - Compete à Secretaria-Geral do Ministério da Saúde a divulgação do regulamento da prova de comunicação médica, bem como de quaisquer alterações que sobre ele recaiam.

Artigo 39.º

Recurso do resultado da prova

Dos resultados da prova de comunicação médica cabe recurso para o secretário-geral do Ministério da Saúde.

SECÇÃO III

Do concurso

Artigo 40.º

Programação das vagas por área profissional

1 - A programação das vagas a pôr a concurso tem em conta as necessidades previsionais de médicos espe-

REGULAMENTO DO INTERNATO MÉDICO

cialistas em cada área profissional, obedecendo às idoneidade e capacidades formativas disponíveis.

2 - Em anexo ao aviso de abertura do concurso de admissão ao internato médico são fixadas vagas por área profissional de especialização e por estabelecimento e serviço de saúde, podendo ser, igualmente, identificadas vagas protocoladas.

Artigo 41.º

Estabelecimentos de colocação

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

SUBSECÇÃO I

Admissão ao concurso

Artigo 42.º

Abertura do concurso

I - O concurso de ingresso no internato médico é aberto por aviso publicado no *Diário da República* e dele devem constar:

- a) Número de vagas postas a concurso por área profissional;
- b) Indicação dos estabelecimentos onde pode ser realizada a formação;
- c) Forma, prazo e local de apresentação das candidaturas;
- d) Requisitos gerais e especiais de admissão;
- e) Documentos que devem acompanhar o requerimento;
- f) Data da realização da prova de exame de âmbito nacional;
- g) Indicação da forma e local ou locais de divulgação das listas de admissão e classificação dos candidatos;
- h) Identificação dos elementos que integram o júri do concurso;
- i) Data limite para a entrega do documento comprovativo de que foi considerado apto na prova de comunicação médica;
- j) Outros elementos julgados necessários ou úteis para melhor esclarecimento dos interessados.

Artigo 43.º

Processo de candidatura

I - Os requerimentos devem ser entregues nos locais previstos no aviso de abertura do concurso e devem

conter:

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

2 - Os requerimentos devem ser acompanhados dos seguintes documentos, que podem ser substituídos por fotocópia de documento autêntico ou autenticado:

- a) Cópia do bilhete de identidade ou autorização para o exercício das funções em território português, quando exigível;
- b) Certificado de licenciatura ou equiparação, com informação final da nota obtida, convertida à escala de 0 a 20 valores, arredondada à casa decimal de maior detalhe obtida;
- c) Documento comprovativo da inscrição na Ordem dos Médicos e emitido, no máximo, três meses antes da data de apresentação da candidatura;
- d) Documento comprovativo da situação militar ou cívica, quando for caso disso, o qual pode ser substituído por declaração, sob compromisso de honra, de que cumpriu as obrigações decorrentes da Lei do Serviço Militar ou de outro que o substitua, quando obrigatório;
- e) Certificado do registo criminal, o qual pode ser substituído por declaração, sob compromisso de honra, de que nada consta do seu registo criminal;
- f) Documento comprovativo de que foi considerado apto na prova de comunicação médica, se aplicável;
- g) Outros elementos que o candidato considere úteis ou que estejam previstos no aviso de abertura do concurso.

3 - Os candidatos que, sendo já médicos internos, pretendam mudar de área profissional estão dispensados da apresentação dos documentos constantes das alíneas b), d) e f) do n.º 2 do presente artigo.

Artigo 44.º

Inscrições condicionais

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

REGULAMENTO DO INTERNATO MÉDICO

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

3 - Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, são igualmente admitidos condicionalmente os candidatos a que se refere o n.º 2 do artigo 36.º, até à escolha das vagas nele previstas.

Artigo 45.º

Lista dos candidatos admitidos

1 - A lista provisória dos candidatos admitidos, admitidos condicionalmente e excluídos é afixada nos locais indicados no aviso de abertura do concurso no prazo máximo de 10 dias úteis após a data limite para a apresentação das candidaturas, dela cabendo reclamação para o secretário-geral do Ministério da Saúde, a apresentar no prazo de cinco dias úteis.

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

3 - Os candidatos excluídos podem recorrer, no prazo de cinco dias, para o secretário-geral do Ministério da Saúde.

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

Artigo 46.º

Constituição e competências do júri da prova de exame do concurso

1 - O júri da prova de exame é composto por um presidente e por, pelo menos, quatro vogais, designados de entre médicos com vínculo ao SNS, indicados pela Ordem dos Médicos, e nomeado pelo secretário-geral do Ministério da Saúde.

2 - O júri é responsável por todas as operações da prova do exame, competindo-lhe:

- a) Elaborar as provas de exame de âmbito nacional;
- b) Presidir e coordenar a realização do exame;
- c) Emitir parecer sobre assuntos relativos ao concurso.

3 - O júri pode promover a designação de delegados nos locais onde se realizam os exames.

SUBSECÇÃO II **Prova de exame**

Artigo 47.º **Prova de exame**

1 - A prova de exame é de âmbito nacional e serve para ordenar os candidatos para escolha da área profissional.

2 - A prova de exame realiza-se no 4.º trimestre de cada ano e incide sobre as matérias que constarem da prova de ingresso no internato médico realizada em 2004, sem prejuízo de alteração, a elaborar em colaboração com a Ordem dos Médicos e divulgada com pelo menos três anos de antecedência.

3 - Todos os candidatos devem realizar esta prova na data estabelecida pela Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, podendo haver segunda chamada para os candidatos que justifiquem a falta, nos termos legais, ficando estes limitados na escolha de áreas profissionais de especialização nos termos do artigo 101.º

Artigo 48.º

Classificação da prova

A prova de exame do concurso é classificada na escala de 0 a 100.

SUBSECÇÃO III

Correcção da prova de exame, recurso e ordenação dos candidatos

Artigo 49.º

Afixação

1 - A chave da prova de exame de âmbito nacional bem como o projecto de lista de classificação final e a lista de classificação final são afixados nas datas e locais indicados no aviso de abertura.

2 - Os candidatos podem reclamar para um júri de recurso no prazo de cinco dias a contar da data da afixação da chave e do projecto de lista de classificação final.

3 - O júri de recurso dispõe do prazo de 10 dias para decidir as reclamações.

4 - Findo este prazo, o júri da prova do exame elabora a ordenação definitiva dos candidatos, tendo em consideração as decisões do júri de recurso.

5 - O júri de recurso, distinto do referido no artigo 46.º deste Regulamento, é composto por um presidente e por pelo menos quatro vogais, designados de entre médicos indicados pela Ordem dos Médicos com vínculo ao SNS, todos nomeados por despacho do secretário-geral do Ministério da Saúde.

Artigo 50.º

REGULAMENTO DO INTERNATO MÉDICO

Ordenação final dos candidatos

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

2 - Em caso de igualdade na classificação final dos candidatos, prefere o candidato com classificação mais elevada na licenciatura em Medicina.

3 - Se subsistirem empates após a aplicação do número anterior, procede-se a sorteio presidido pelo júri da prova de exame, que elabora a respectiva acta.

SUBSECÇÃO IV

Distribuição e colocação por áreas profissionais

Artigo 51.º

Distribuição dos candidatos

1 - Na data e nos locais de afixação da lista definitiva de classificação final dos candidatos são indicados a data e o local em que estes devem manifestar as suas opções.

2 - A escolha do estabelecimento e da especialidade pelos candidatos é feita de acordo com seguintes regras:

- a) No aviso de abertura é indicado o número máximo de vagas por área profissional de especialização, bem como a sua distribuição por estabelecimento e serviço de saúde;
- b) Os candidatos escolhem a área profissional e o estabelecimento ou serviço, seguindo a lista de ordenação final da prova de exame de âmbito nacional;
- c) Os candidatos admitidos condicionalmente por força do n.º 3 do artigo 44.º só podem escolher vagas com as características referidas no n.º 2 do artigo 36.º

Artigo 52.º

Colocação dos candidatos

A lista de colocação dos candidatos, organizada por especialidade e estabelecimento ou serviço, é homologada por despacho do secretário-geral do Ministério da Saúde.

Artigo 53.º

Início do internato

O internato médico inicia-se no dia 1 de Janeiro de cada ano, podendo este prazo ser alterado por despacho do secretário-geral do Ministério da Saúde.

CAPÍTULO VII

Regime e condições de trabalho

SECÇÃO I

Regime de trabalho

Artigo 54.º

Princípios gerais

1 - Os internos do internato médico são colocados mediante contrato administrativo de provimento ou nomeação em regime de comissão de serviço extraordinária, caso sejam funcionários públicos.

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

3 - O regime de trabalho durante o internato médico implica a prestação de quarenta e duas horas por semana.

4 - Os médicos internos devem dedicar à formação teórica e prática toda a sua actividade profissional, estando impedidos de acumular outras funções públicas, salvo funções docentes, ao abrigo do Decreto-Lei n.º 312/84, de 26 de Setembro, e, quando necessário, em escolas dependentes ou sob tutela do Ministério da Saúde, mediante autorização nos termos da lei.

5 - O horário dos médicos internos é estabelecido e programado em termos idênticos ao dos médicos integrados nas carreiras médicas, tendo em conta as actividades específicas de cada área profissional.

Artigo 55.º

Férias

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

Artigo 56.º

Adiamento do início do internato

1 - Os médicos admitidos à frequência do internato médico podem, desde que o requeiram, ser autorizados pelo secretário-geral do Ministério da Saúde a adiar o início do internato, ouvido o CNIM, por motivo de doença, maternidade e paternidade, prestação de serviço militar ou cívico ou de força maior, devida e tempestivamente justificado e aceite, ficando a sua

REGULAMENTO DO INTERNATO MÉDICO

vaga cativa.

2 - Estes médicos devem iniciar funções no dia seguinte ao da cessação do impedimento, salvo nos casos justificados por prestação de serviço militar ou cívico, em que pode verificar-se até 30 dias após a data da sua cessação.

Artigo 57.º **Interrupção de internato**

1 - Em casos excepcionais, nomeadamente os relacionados com actividades desportivas de alta competição ou de relevante natureza cultural ou humanitária, e a pedido justificado dos médicos internos, pode ser autorizada, pelo secretário-geral do Ministério da Saúde, a interrupção da frequência do internato, com os efeitos previstos para a licença sem vencimento por um ano.

2 - Os pedidos de interrupção do internato devem conter os motivos que os fundamentam e são autorizados apenas quando considerados justificados pelo secretário-geral do Ministério da Saúde, mediante parecer dos estabelecimentos e serviços de colocação e do CNIM.

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

SECÇÃO II **Transferências**

Artigo 58.º

Transferência de estabelecimento de saúde

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

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

3 - A título excepcional pode haver transferência de estabelecimento a requerimento do médico interno, desde que se verifique um motivo relevante e exista parecer favorável dos estabelecimentos de colocação e de destino e das ARS envolvidas;

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

5 - As transferências a que se referem os números

anteriores são autorizadas por despacho do secretário-geral do Ministério da Saúde, sendo o interno colocado em estabelecimento indicado pela ARS respectiva, de acordo com proposta formulada pelo CNIM, tendo em conta as capacidades formativas existentes e a proximidade do estabelecimento de colocação.

SECÇÃO III

Mudança de área profissional por concurso

Artigo 59.º

Mudança de área profissional mediante nova colocação

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

2 - O processo obedece ao previsto nas subsecções II, III e IV, com as necessárias adaptações, nos termos do aviso da abertura do concurso.

Artigo 60.º

Mudança de área profissional por motivo superveniente de saúde

1 - Os médicos internos que, por motivo superveniente de saúde devidamente comprovado pela junta médica prevista no número seguinte, fiquem incapacitados para o exercício na área profissional que frequentemente podem ser autorizados a mudar para outra compatível, sempre que possível no mesmo estabelecimento, tendo em conta a capacidade formativa dos serviços e dando cumprimento às condições a seguir mencionadas:

- a) Que a mudança se dê para uma área profissional pela qual o médico interno pudesse ter optado, de acordo com a nota obtida na prova de exame de ingresso;
- b) Que a mudança se dê para uma área profissional com a maior afinidade de programa curricular e de formação já obtida;
- c) Que a mudança se verifique, se possível, no mesmo estabelecimento.

2 - Para operacionalizar este processo, o CNIM propõe ao secretário-geral do Ministério da Saúde a constituição permanente de uma junta médica de âmbito nacional, que é constituída do seguinte modo: a) Três elementos efectivos, respectivamente das zonas Nor-

REGULAMENTO DO INTERNATO MÉDICO

te, Centro e Sul do País; b) Três elementos suplentes, um por cada zona, o qual substitui, em situação de impedimento, o elemento efectivo da sua zona.

3 - A junta médica reúne mensalmente e analisa os pedidos de mudança de área profissional requeridos pelos médicos internos.

4 - Sempre que necessário, a junta médica pode solicitar pareceres especializados, através das comissões regionais, aos serviços do SNS.

5 - Os requerimentos solicitando mudança de área profissional devem conter as seguintes indicações:

- a) Razões, em termos de saúde, que justificam a pretensão;
- b) A especialidade frequentada, o estabelecimento de colocação, os estágios já desenvolvidos e a respectiva duração.

6 - Os pedidos de mudança de área profissional devem ser acompanhados de relatório médico circunstanciado e actualizado da situação clínica, devidamente documentado com elementos auxiliares de diagnóstico com interesse para a apreciação dessa situação.

7 - Sendo as razões invocadas pelos médicos internos consideradas atendíveis pela junta médica, esta indica à comissão regional respectiva as áreas profissionais que o requerente está incapacitado de frequentar.

8 - Das decisões da junta médica pode recorrer-se para uma junta médica de recurso, cuja composição, proposta pela Ordem dos Médicos ao secretário-geral do Ministério da Saúde, é idêntica à referida no n.º 2 deste artigo.

9 - Compete à comissão regional, depois de ouvido o médico interno, propor à ARS respectiva a área profissional para a qual a mudança pode ser efectuada, nos termos legais.

10 - Compete à ARS, em articulação com o CNIM, identificar o estabelecimento onde o médico interno deve realizar a formação, tendo em conta o disposto no n.º 1 deste artigo.

11 - Compete ao CNIM, de acordo com parecer técnico da Ordem dos Médicos, indicar a parte do programa de formação que considera idêntica ou afim ao programa da nova área profissional, para efeitos de equivalência formativa.

12 - Compete ao secretário-geral do Ministério da Saúde autorizar a mudança proposta.

SECÇÃO IV

Comissões gratuitas de serviço

Artigo 61.º

Condições de concessão

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

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

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

3 - A frequência no estrangeiro de estágios ou cursos que correspondam a estágios ou áreas de formação da especialidade só será autorizada nos casos de especial interesse para a formação.

Artigo 62.º

Autorização

As comissões gratuitas de serviço são concedidas:

- a) Pelo órgão dirigente máximo do estabelecimento de colocação do médico interno, quando as acções de formação a frequentar não ultrapassem os 30 dias por ano, seguidos ou interpolados, ouvido o director ou coordenador do internato;
- b) Por despacho do secretário-geral do Ministério da Saúde, nos casos em que este limite seja excedido, sob proposta do CNIM e com parecer técnico da Ordem dos Médicos.

Artigo 63.º

Instrução do processo

1 - Os pedidos de comissão gratuita de serviço devem ser apresentados com a antecedência mínima de 15 ou 90 dias, conforme se enquadrem nas alíneas a) ou b) do artigo 62.º

REGULAMENTO DO INTERNATO MÉDICO

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

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

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

4 - As comissões gratuitas de serviço que dependam de despacho do secretário-geral do Ministério da Saúde devem-lhe ser remetidas dentro dos 10 dias seguintes ao seu registo de entrada.

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

6 - O despacho sobre comissões gratuitas de serviço deve ser comunicado ao estabelecimento com pelo menos 15 dias antes do seu início.

Artigo 64.º

Ausência de encargos

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

Artigo 65.º

Apresentação de relatório

A frequência de acções de formação obriga à apresentação de relatório de actividades sobre a acção de formação frequentada, o qual integrará o processo individual do médico interno após ser visado pelo director de serviço.

CAPÍTULO VIII

Sistema de avaliação e aproveitamento no decurso do internato médico

SECÇÃO I

Avaliação contínua

Artigo 66.º

Natureza e momentos da avaliação contínua

1 - A avaliação do aproveitamento, no decurso do internato, é contínua e de natureza formativa.

2 - Os resultados da avaliação contínua são expressos de forma a diferenciar a aptidão dos médicos internos, com base nos quais se aplica de forma inequívoca o que se estabelece nos artigos 70.º e 73.º

3 - Os resultados da avaliação contínua são devidamente registados no processo individual do médico interno para serem considerados no âmbito da prova de discussão curricular que integra a avaliação final.

Artigo 67.º

Componentes da avaliação contínua

A avaliação de cada médico interno, no âmbito de cada estágio, tem como finalidade aferir os seguintes componentes:

- a) Desempenho individual;
- b) Nível de conhecimentos.

Artigo 68.º

Avaliação do desempenho

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

2 - A avaliação do desempenho é feita de acordo com o previsto no artigo 66.º 3 - Na avaliação de desempenho de cada estágio são considerados os seguintes parâmetros:

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

Artigo 69.º

Avaliação de conhecimentos

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

2 - A avaliação de conhecimentos é feita de acordo

REGULAMENTO DO INTERNATO MÉDICO

com o previsto no artigo 66.º 3 - O programa de cada área profissional fixa o tipo de prova e os períodos de avaliação, tendo em conta a adequação da mesma aos objectivos estabelecidos.

4 - A avaliação no final de cada estágio realiza-se através de uma prova que pode consistir, designadamente, na apreciação e discussão de um relatório de actividades ou de trabalho escrito.

Artigo 70.º **Aproveitamento**

O médico interno cuja avaliação revele aptidão em cada uma das componentes, desempenho e conhecimentos, transita para o período seguinte de um estágio ou para outro estágio.

Artigo 71.º **Competência para avaliar**

1 - As avaliações de desempenho competem:

- a) Nas áreas profissionais hospitalares, ao director de departamento, ao director de serviço, ou equiparados, onde se realizam os estágios, mediante proposta do orientador de formação ou responsável de estágio;
- b) Nas áreas profissionais de medicina geral e familiar e de saúde pública, aos orientadores de formação.

2 - As avaliações de conhecimentos competem:

- a) Nas áreas profissionais hospitalares, ao director de departamento, ao director de serviço, ou equiparados, bem como aos orientadores de formação ou responsáveis de estágio;
- b) Nas áreas profissionais de medicina geral e familiar e de saúde pública, aos respectivos coordenadores, com a participação de orientadores de formação.

Artigo 72.º **Responsabilidade pela informação**

1 - Os responsáveis pela avaliação dos médicos internos referidos no artigo anterior devem comunicar aos directores do internato ou coordenadores, conforme a área profissional, os resultados das avaliações formalizadas durante o internato.

2 - Os resultados referidos no número anterior devem ser enviados às direcções ou coordenações de internato no prazo de oito dias após a avaliação.

SECÇÃO II

Falta de aproveitamento

Artigo 73.º **Falta de aproveitamento na avaliação, repetição e compensação**

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

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

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

4 - Atingido o limite previsto nos números anteriores, o orientador de formação deve informar de imediato as estruturas a que reporta, designadamente a direcção ou coordenação do internato, os quais informarão a comissão regional respectiva, juntando parecer que identifique, dentro do previsto neste Regulamento, as soluções alternativas que se consideram mais adequadas.

5 - Aplica-se também o estabelecido no número anterior sempre que um médico interno apresente registadas no seu processo individual avaliações revelando falta de aproveitamento que, pelo número e circunstâncias, possam constituir fundamento para questionar a viabilidade do internato.

6 - A não comparência a avaliações que requeiram a presença do médico interno determina a suspensão do contrato administrativo de provimento até que se realizem novas avaliações, salvo se justificada pelos motivos e nos termos constantes do número seguinte.

7 - As faltas devidas a doença, maternidade, paternidade ou motivo de força maior, devidamente justificadas, devem ser compensadas, pelo tempo considerado necessário ou suficiente, com o limite máximo de duração dos períodos de formação fixados no programa.

8 - Um número de faltas superior a 10% da duração do período de formação ou estágio a avaliar determina a necessidade de se compensar a formação pelo tempo que excede o número de faltas permitido.

9 - O gozo de férias durante a frequência de estágios com duração igual ou inferior a quatro meses deve

REGULAMENTO DO INTERNATO MÉDICO

ser compensado.

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

11 - Após aplicação do que se estabelece neste artigo, o CNIM pode propor ao secretário-geral do Ministério da Saúde a exclusão de um médico interno, esgotadas todas as possibilidades de prosseguimento adequado do internato.

12 - Da decisão tomada cabe recurso para o Ministro da Saúde.

CAPÍTULO IX **Avaliação final**

SECÇÃO I **Princípios gerais**

Artigo 74.º **Avaliação final**

1 - Os médicos internos que tenham concluído a sua formação são submetidos a uma avaliação final de carácter somativo.

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

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

Artigo 75.º **Épocas de avaliação final**

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

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

3 - Os médicos internos devem apresentar-se à primeira época de avaliação imediatamente a seguir à conclusão com aproveitamento do programa de formação.

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

5 - Os médicos internos que não se apresentem à

época de avaliação determinada nos n.ºs 3 e 4 do presente artigo, nos termos do n.º 2 do artigo 85.º, ou que não apresentem os elementos de instrução necessários às provas de avaliação, podem, por determinação da respectiva ARS, ser colocados até à época de avaliação seguinte num serviço da área de especialização do candidato com necessidade de recursos médicos e que possua hierarquia médica competente.

6 - A apresentação à avaliação final em época diferente da estabelecida nos n.ºs 3 e 4 deste artigo deve ser fundamentada por motivo de força maior, devidamente justificado, e fica sujeita a autorização do Ministério da Saúde, após parecer do CNIM.

SECÇÃO II **Júri**

Artigo 76.º

Composição e constituição dos júris

1 - A composição do júri obedece ao seguinte:

- a) Para cada área profissional são constituídos júris de âmbito nacional, compostos por um presidente, quatro vogais efectivos e dois vogais suplentes, nomeados pelo secretário-geral do Ministério da Saúde;
- b) O orientador de formação do médico interno é obrigatoriamente um dos vogais efectivos do júri, sendo os restantes membros indicados pela Ordem dos Médicos de entre os inscritos no respectivo colégio de especialidade;
- c) Todos os elementos do júri devem possuir vínculo ao SNS e encontrar-se habilitados, pelo menos, com o grau de assistente na área profissional dos médicos internos a avaliar;
- d) Por decisão do CNIM, os júris podem desdobrar-se sempre que, a nível nacional, o número de médicos internos a avaliar o justifique.

2 - A constituição dos elementos dos júris obedece ao seguinte:

- a) As direcções de internato e as coordenações remetem à respectiva comissão regional, até 30 de Junho, para a época de Janeiro, e até 28 de Fevereiro, para a época de Junho, a relação dos internos a avaliar em cada uma das épocas;
- b) As comissões regionais enviam ao CNIM as listas consolidadas dos internos a avaliar;
- c) Os locais de realização das provas são determinados por sorteio, realizado pelo CNIM, de entre os serviços que possuam idoneidade formativa na respectiva área profissional e que, nessa época, não

REGULAMENTO DO INTERNATO MÉDICO

- apresentem candidatos a avaliação final;
- d) No caso de não haver serviços nas condições enunciadas na alínea anterior, o sorteio incidirá sobre todos os serviços idóneos;
 - e) O CNIM remete à Ordem dos Médicos a relação de todos os médicos internos a avaliar, bem como a identificação dos locais de realização das provas, até 30 de Setembro, para a época de Janeiro, e até 31 de Março, para a época de Junho;
 - f) A Ordem dos Médicos indica os membros do júri até 31 de Outubro, para a época de Janeiro, e até 30 de Abril, para a época de Junho, obedecendo ao disposto no n.º 1 do presente artigo.

Artigo 77.º

Funcionamento do júri

- 1 - O júri só pode funcionar quando estiverem presentes todos os seus membros, devendo as respectivas deliberações ser tomadas por maioria e sempre por votação nominal.
- 2 - Em qualquer uma das provas, o candidato deve ser interrogado, no mínimo, por três elementos do júri.
- 3 - Os júris elaboram actas de cada uma das provas, nas quais devem constar as classificações atribuídas, respectiva fundamentação e classificação final.
- 4 - Às actas são apensados os suportes de avaliação utilizados em cada uma das provas autenticadas pelo júri.

Artigo 78.º

Responsabilidade pelos encargos

- 1 - O pagamento das ajudas de custo e das deslocações dos membros do júri compete ao estabelecimento de origem de cada um dos seus membros, mediante comprovação escrita emitida pela instituição onde se realiza cada avaliação final.
- 2 - Compete ao estabelecimento onde se realizam as provas prestar todo o apoio logístico necessário à realização da avaliação final.

SECÇÃO III

Provas de avaliação final

Artigo 79.º

Calendário e organização das provas

- 1 - Antes do início de cada época de avaliação final, o CNIM publicita o serviço onde se realizam as provas de cada especialidade, bem como a constituição do júri.

2 - É da responsabilidade do presidente do júri a definição do calendário das provas de avaliação final, o qual será publicitado atempadamente.

3 - A avaliação final do internato médico é constituída por provas públicas, nos termos estabelecidos nos artigos 74.º e seguintes, realizadas por essa ordem, sendo qualquer delas eliminatória.

4 - Para a prestação das provas de avaliação final, o médico interno deve endereçar aos serviços administrativos do estabelecimento a que pertence o presidente do júri, até 10 de Janeiro ou até 20 de Maio, consoante a época, sete exemplares do *curriculum vitae*, que poderão ser remetidos em formato electrónico.

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

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

7 - As provas de avaliação final são classificadas na escala de 0 a 20 valores e resultam da média aritmética da classificação atribuída por cada um dos elementos do júri, sendo este valor arredondado para a décima mais próxima, considerando-se apto o médico interno que obtenha uma classificação igual ou superior a 10 valores.

Artigo 80.º

Prova de discussão curricular

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

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

- a) Descrição e análise da evolução da formação ao longo do internato, com incidência sobre os registos de avaliação contínua previstos no n.º 3 do artigo 66.º;
- b) Descrição e análise do contributo do trabalho do candidato para os serviços e funcionamento dos mesmos;

REGULAMENTO DO INTERNATO MÉDICO

- c) Frequência e classificação de cursos cujo programa de formação seja de interesse para a área profissional de especialização;
- d) Publicação ou apresentação pública de trabalhos;
- e) Trabalhos escritos e ou comunicados, feitos no âmbito dos serviços e da área profissional de especialização;
- f) Participação, dentro da área de especialização, na formação de outros profissionais;
- g) Actividades desenvolvidas de acordo com o previsto no artigo 27.º do presente Regulamento.

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

4 - A falta de apresentação do *curriculum vitae* no prazo estabelecido no n.º 4 do artigo anterior é equiparada à falta de comparência às provas, nos termos previstos no artigo 85.º do presente Regulamento.

5 - A falta de aproveitamento dos internos nesta prova pode implicar a revisão da idoneidade formativa do respectivo estabelecimento ou serviço.

Artigo 81.º

Prova prática

1 - A prova prática destina-se a avaliar a capacidade do médico interno para resolver problemas e actuar, assim como reagir em situações do âmbito da área profissional de especialidade, dela constando a observação de um doente, a elaboração de história clínica e sua discussão ou análise de casos, com elaboração de relatório e sua discussão, conforme aplicável e de acordo com os programas de formação.

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

3 - Aplicam-se ainda as seguintes regras:

- a) O doente referido no n.º 1 é sorteado, no próprio dia em que se realiza a prova, de entre um número mínimo de três doentes, escolhidos pelo júri;
- b) A observação do doente, efectuada na presença de, pelo menos, um dos membros do júri alheio à instituição, não se poderá prolongar para além de uma hora e trinta minutos, podendo o candidato, no decurso da observação, tomar as notas que entenda necessárias;

- c) Terminado o período de tempo destinado à observação do doente, o candidato redige a história clínica, dispondo de noventa minutos para a sua conclusão;
- d) A história clínica a que se refere o número anterior deve conter a anamnese, o resultado da observação, as hipóteses diagnósticas mais prováveis, bem como a sua discussão;
- e) O candidato deve ainda elaborar uma listagem justificada de exames complementares ou especializados que considere necessários a um melhor esclarecimento da situação clínica em causa;
- f) O relatório e a lista de exames complementares ou especializados são entregues ao júri, que os encerra em envelope nominal, rubricado pelos intervenientes na prova;
- g) O júri fornece ao candidato os resultados dos estudos requisitados, sempre que estes constem no processo clínico do doente;
- h) O candidato dispõe de sessenta minutos para, face aos elementos fornecidos pelo júri, elaborar um breve relatório, do qual devem constar o diagnóstico mais provável, o respectivo plano terapêutico e o prognóstico e plano de seguimento.

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

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

Artigo 82.º

Prova teórica

1 - A prova teórica destina-se a avaliar a integração e o nível de conhecimentos do candidato e reveste a forma oral, podendo parcial ou totalmente ser substituída por uma prova escrita ou por teste de escolha múltipla, conforme o estabelecido no programa de formação.

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

SECÇÃO IV

REGULAMENTO DO INTERNATO MÉDICO

Classificação e aproveitamento

Artigo 83.º

Classificação da avaliação final

A classificação da avaliação final resulta da média aritmética das classificações obtidas nas provas curricular, prática e teórica, sendo este valor arredondado para a décima mais próxima, cumprindo-se o disposto no n.º 3 do artigo 79.º

Artigo 84.º

Classificação final do internato

1 - A classificação final atribuída pelo júri ao médico interno assim como a classificação em cada uma das provas são afixadas em local público do serviço onde se realizam, dispondo o médico interno de 10 dias úteis para exercer o seu direito de reclamação para o júri.

2 - Decorrida a tramitação referida no número anterior, a classificação final atribuída ao médico interno deve constar da lista homologada pelo CNIM.

3 - A lista classificativa final do internato médico, depois de homologada pelo CNIM, é afixada em local público no serviço de colocação dos médicos internos, que dispõem de 10 dias úteis, após a afixação, para exercer o seu direito de recurso para o secretário-geral do Ministério da Saúde.

4 - A obtenção pelo candidato de média inferior a 10 valores será comunicada, pela direcção ou coordenação do internato, à respectiva comissão regional, sendo desencadeados os mecanismos previstos no artigo 86.º

Artigo 85.º

Falta de comparência

1 - A falta de comparência às provas de avaliação final por parte do candidato em qualquer dos dias de prova em que seja exigida a sua presença determina a falta de aproveitamento no internato e a cessação do contrato administrativo de provimento ou da comissão extraordinária de serviço, salvo se aceite como justificada por motivo de doença, maternidade, paternidade ou por motivo de força maior.

2 - A falta justificada de comparência às provas de avaliação final determina a realização das provas na época seguinte e deve ser comunicada pela direcção ou coordenação do internato médico à respectiva comissão regional, aplicando-se o disposto no n.º 5 do artigo 75.º

Artigo 86.º

Falta de aproveitamento

1 - O serviço que tenha aprovado um candidato que não tenha obtido aproveitamento na prova de avaliação final poderá ser sujeito a um processo especial de revisão de idoneidade formativa.

2 - O médico interno classificado com média inferior a 10 valores deverá frequentar um programa intensivo de formação, com conteúdo formativo a definir pelo júri, durante um período máximo de seis meses, após o qual se submete a nova avaliação final.

3 - Cessa de imediato o vínculo contratual do médico interno que, na sequência do processo referido no número anterior, obtenha classificação final inferior a 10 valores.

4 - Ao médico interno que se encontre na situação referida no número anterior é facultada a possibilidade de requerer, ao secretário-geral do Ministério da Saúde, a realização de prova de avaliação final definitiva.

5 - O prazo para formalização do requerimento referido no número anterior é de um ano a partir da data da prova a que se refere o n.º 2.

CAPÍTULO X

Obtenção do grau de assistente

Artigo 87.º

Obtenção do grau de assistente

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

Artigo 88.º

Diploma

1 - A aprovação final no internato médico é comprovada por diploma, conforme modelo constante do anexo II deste Regulamento, emitido pelo secretário-geral do Ministério da Saúde, mediante requerimento do interessado.

2 - De cada diploma é exarado registo na Secretaria-Geral do Ministério da Saúde.

CAPÍTULO XI

Equivalências de formação

SECÇÃO I

Equiparação ao grau de assistente

Artigo 89.º

REGULAMENTO DO INTERNATO MÉDICO

Reconhecimento de diplomas, certificados ou outros títulos

Pode ser concedida equiparação ao grau de assistente, designadamente através do reconhecimento de diplomas, certificados ou outros títulos obtidos no estrangeiro, ao abrigo de directivas comunitárias ou outros acordos ou tratados internacionais.

SECÇÃO II Equivalências

Artigo 90.º Princípios gerais

Podem ser concedidas equivalências pela Ordem dos Médicos a estágios frequentados em estabelecimentos nacionais ou estrangeiros, desde que correspondam a habilitações de idêntica natureza, nos termos estabelecidos nos artigos seguintes.

Artigo 91.º Equivalência parcial

1 - As equivalências parciais ao internato médico apenas podem ser requeridas por médicos que nele tenham sido admitidos nos termos deste Regulamento.
2 - A concessão de equivalência de estágios é homologada pelo secretário-geral do Ministério da Saúde, mediante parecer técnico da Ordem dos Médicos.
3 - Em caso de parecer negativo, são indicadas as insuficiências formativas encontradas e o modo de as colmatar, nomeadamente em termos de tempo de formação.

Artigo 92.º Instrução do pedido de equivalência

1 - A equivalência a estágios do internato médico é solicitada mediante requerimento entregue na Secretaria-Geral do Ministério da Saúde e cópia entregue na Ordem dos Médicos do qual devem constar:
a) Os estágios a que é requerida equivalência;
b) O programa ou curso em que se integraram;
c) O estabelecimento onde foram realizados;
d) A área profissional a que dizem respeito.
2 - O requerimento é instruído com os elementos curriculares e documentos comprovativos da frequência e da classificação, se atribuída, podendo ser solicitados ao candidato elementos adicionais considerados necessários para apreciação do pedido, nomeadamente documentos comprovativos das condições de admissão, regulamentos e programas de estudos ou

de formação.

CAPÍTULO XII Disposições finais e transitórias

SECÇÃO I Ano comum

Artigo 93.º Noção

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

Artigo 94.º Admissão

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

Artigo 95.º Elaboração do mapa de vagas

O mapa de vagas para o ano comum é elaborado pela Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, tendo em conta as idoneidades dos estabelecimentos e serviços estabelecidas nos termos referidos no capítulo V, com as devidas adaptações.

Artigo 96.º Aviso de abertura

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

Artigo 97.º Processo de candidatura

Para além dos documentos constantes do n.º 2 do artigo 43.º do presente Regulamento, os requerimentos de admissão ao concurso devem ser acompanhados de indicação, por ordem de preferência, das opções de colocação no ano comum.

Artigo 98.º

REGULAMENTO DO INTERNATO MÉDICO

Distribuição dos candidatos

Os candidatos à frequência do ano comum são distribuídos pelos estabelecimentos e serviços de saúde por ordem decrescente da nota de classificação final da licenciatura em Medicina, de acordo com as suas opções de colocação, procedendo-se, em caso de igualdade da nota obtida, a sorteio, presidido pelo secretário-geral do Ministério da Saúde, sendo lavrada acta para o efeito.

Artigo 99.º

Colocação dos candidatos

A lista de colocação dos candidatos para a frequência do ano comum é homologada por despacho do secretário-geral e comunicada aos estabelecimentos e serviços pela Secretaria-Geral do Ministério da Saúde.

Artigo 100.º

Realização dos estágios

A realização de estágios integrados no programa de formação do ano comum, em estabelecimento ou serviço diferente do de colocação, é feita por acordo entre os dois estabelecimentos ou serviços, no respeito pelas respectivas idoneidades e capacidades formativas.

Artigo 101.º

Escolha das áreas profissionais de especialização

1 - A escolha das áreas profissionais de especialização pelos médicos internos ocorre durante o último trimestre do ano, por ordem decrescente da classificação final da prova do concurso de ingresso no internato médico.

2 - Os médicos internos que tenham realizado em segunda chamada a prova do concurso de ingresso ficam limitados, na escolha das áreas profissionais de especialização, às vagas sobranes que resultarem das escolhas dos candidatos que realizaram a prova em primeira chamada.

3 - O mapa de vagas por área profissional de especialização e por estabelecimento e serviço de saúde é, depois de aprovado, divulgado e publicado no *Diário da República*.

4 - Nos casos em que seja necessário repetir ou compensar estágios ou períodos de formação, assim como em todas as situações que impeçam o início da formação específica na data prevista no artigo 103.º, os internos devem iniciá-la no dia seguinte a cessarem as

mesmas situações, com as excepções previstas no n.º 2 do artigo 56.º

Artigo 102.º

Colocação dos candidatos à formação específica

A lista de colocação dos candidatos na formação específica, organizada por estabelecimentos ou serviço de saúde, é homologada por despacho do secretário-geral do Ministério da Saúde e comunicada aos estabelecimentos e serviços.

Artigo 103.º

Início do ano comum e da formação específica

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

2 - A formação específica pode iniciar-se em data posterior à prevista no número anterior nas situações constantes dos artigos 56.º e 86.º, com as devidas adaptações.

Artigo 104.º

Lista de distribuição

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

SECÇÃO II

Normas de transição

Artigo 105.º

Situações existentes à data da entrada em vigor deste Regulamento

1 - Os requerimentos relativos, designadamente, a pedidos de transferência, comissão gratuita de serviço, equivalência e mudança de área profissional por motivo superveniente de saúde regem-se pela legislação em vigor à data em que foram apresentados.

2 - As normas constantes deste Regulamento relativas à avaliação contínua aplicam-se aos médicos internos que iniciam em 2006 o ano comum ou a formação em áreas de especialidade.

Artigo 106.º

Concurso excepcional

REGULAMENTO DO INTERNATO MÉDICO

1 - Excepcionalmente é aberto um concurso de ingresso para a formação específica do internato médico no 4.º trimestre de 2005.

2 - Podem candidatar-se ao concurso referido no n.º 1 os médicos internos que tenham concluído o antigo internato de policlínica ou o internato geral, ou que tenham obtido a respectiva equiparação.

Artigo 107.º

Programas do internato

As especificações curriculares referentes às especialidades de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral) e Cirurgia Cardiorotáica, constantes do quadro anexo à Portaria n.º 1223-B/82, de 28 de Dezembro, e os programas de formação em vigor continuam a ser aplicados até à aprovação dos novos programas.

ANEXO I

Relação das áreas profissionais do internato médico a que se refere o n.º 3 do artigo 2.º

Anatomia patológica.
Anestesiologia.
Angiologia/cirurgia vascular.
Cardiologia.
Cardiologia pediátrica.
Cirurgia cardiorotáica.
Cirurgia geral.
Cirurgia maxilofacial.
Cirurgia pediátrica.
Cirurgia plástica, estética e reconstrutiva.
Dermatovenereologia.
Doenças infecciosas.
Endocrinologia/nutrição.
Estomatologia.
Gastroenterologia.
Genética médica.
Ginecologia/obstetrícia.
Hematologia clínica.
Imunoalergologia.
Imuno-hemoterapia.
Medicina física e de reabilitação.
Medicina geral e familiar.
Medicina interna.
Medicina legal.
Medicina nuclear.
Nefrologia.
Neurocirurgia.

Neurologia.
Neurorradiologia.
Oftalmologia.
Oncologia Médica.
Ortopedia.
Otorrinolaringologia.
Patologia clínica.
Pediatria.
Pneumologia.
Psiquiatria.
Psiquiatria da infância e da adolescência.
Radiodiagnóstico.
Radioterapia.
Reumatologia.
Saúde pública.
Urologia.

ANEXO II

Modelo de diploma a que se refere o n.º 1 do artigo 88.º

MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria-Geral do Ministério da Saúde	
(1) _____	
O(A) licenciado/a em Medicina _____, portador/a de Bilhete de Identidade número _____, emitido pelo Centro de Identificação Civil e Criminal de _____ em _____ de _____, foi aprovado/a na Avaliação Final do Internato Médico em _____ de _____ de _____, tendo obtido o grau de Assistente em _____(2), a que se refere o artigo 87.º do Regulamento do Internato Médico, aprovado pela Portaria número _____ de _____ de _____, pelo que lhe é conferido o presente diploma.	
A Comissão Regional do Internato Médico,	A Secretaria-Geral,
_____, de _____ de _____,	_____, de _____ de _____
(1) Hospital ou coordenação	
(2) Área profissional em que é conferido o grau de Assistente	

Têm a palavra os médicos internos.

Com a entrada em vigor do novo Regulamento do Internato Médico (RIM), publicado no dia 22 de Fevereiro em Diário da República e que se encontra reproduzido integralmente nesta edição, quisemos saber a opinião dos destinatários da Portaria n.º 183/2006 que vem desenvolver o disposto no Decreto-Lei n.º 203/2004, que define o regime jurídico da formação médica após a licenciatura em medicina, com vista à especialização, e estabelece os princípios gerais a que deve obedecer o respectivo processo. Das respostas ao breve inquérito que dirigimos a alguns médicos internos, podemos concluir que, de uma forma geral, o saldo é positivo.

Questionário

1. Qual é para si o ponto que destaca como o mais positivo do novo RIM?
2. Que medida gostaria de ter visto consagrada que não tenha sido contemplada?
3. Existem alguns pontos que lhe causem particular preocupação?
4. Considera que houve um saldo positivo com a publicação deste novo Regulamento do Internato?



Bernardo Bollen Pinto
Médico Interno do Serviço de Anestesiologia
Hospital Geral de Santo António

1. O processo de atribuição da idoneidade de formação aos estabelecimentos e serviços em que se realizam Internatos Médicos está bem estruturado e é, a ser aplicado correctamente, um bom princípio de que exista qualidade no processo de formação dos Internos. Saliente a relevância que a Ordem dos Médicos possui neste âmbito.

2. Relativamente ao acesso ao Internato Médico o diploma é pouco ambicioso no sentido em que:

a) Não avança com um projecto concreto para um novo modelo da prova de conhecimentos, sendo o actual exame claramente um mau instrumento de avaliação de conhecimentos médicos nucleares (aqueles que pertencem às áreas

da Saúde da Mulher e da Criança, Cirurgia Geral e Medicina Interna) ou aptidões que permitam diferenciar capazmente os Internos;

b) Não tem em conta as diferentes curvas de distribuição dos valores das médias finais de licenciatura das diferentes Escolas Médicas do país (com sistemas de ensino e avaliação distintos). Seria mais justa a utilização como segundo critério de seriação dos candidatos a utilização de médias ponderadas ou a utilização da média do Ano Profissionalizante, que sofre há já vários anos um esforço de uniformização;

c) Culturalmente é pouco valorizada em Portugal a prática de um desporto de alta competição. Embora de relevância distinta, tal como existe excepção para o acesso ao Internato Médico para membros das Forças Armadas, também o desporto de alta competição merece regulamentação própria no sentido de se promover a sua prática no decurso da Licenciatura em Medicina.

O Orientador ocupa um papel central no processo formação do Interno e a regra do razão de 1:1 consagrada no diploma é mais uma importante garantia da sua qualidade. Poderia ser reforçada através de:

a) Obrigatoriedade dos orientadores (progressiva em termos de aplicação) de frequência de programas de formação pedagógica;

Regulamento do Internato Médico

- b) Existência de outros tipos de compensação directa, nomeadamente financeira, para além da valorização curricular;
- c) Estabelecimento de um número mínimo de reuniões com o Interno;
- d) Esforço da Instituição para que nos casos aplicáveis pertencesse à mesma equipa de urgência que o Interno.

No processo de atribuição de idoneidades formativas deveriam ser considerados alguns dos sistemas de acreditação e qualidade em curso em muitas das Instituições do Serviço Nacional de Saúde.

3. O fim da existência do Ano Comum é uma possibilidade deixada em aberto neste documento.

Defendo, em consonância com o previsto neste diploma, um modelo de formação pós-graduada em Medicina em que o Exame de Acesso seja feito no ano de conclusão da licenciatura, seja frequentado o Ano Comum sendo usado como critério de acesso a nota da média final de licenciatura (mas ponderada por estabelecimento de ensino) e a escolha da área de especialização seja feita no final deste ano com base na nota do Exame de Acesso.

O Ano comum garante:

a) Um período de formação generalista pós-graduada nas áreas nucleares da Medicina exercida pelo Médico Interno após a realização do Exame de Acesso ao Internato Médico. Este conjunto de estágios possibilita que o Interno seja capaz de adquirir um conjunto de conhecimentos, atitudes e capacidades técnicas básicas com total dedicação. Mais tarde e em qualquer das áreas de especialização o médico especialista será capaz de fazer a avaliação de gravidade e risco de múltiplas situações clínicas e o adequado e atempado encaminhamento do doente para os cuidados de saúde mais ajustados à sua patologia, combatendo assim a tendência da ultra-especialização médica e contribuindo para uma adequada gestão dos Serviços de Saúde;

b) Uma formação mínima de qualidade garantida equivalente para todos os médicos a exercer funções em Portugal, independentemente do país em que se li-

enciaram em Medicina;

c) Um período de tempo para que o Interno escolha de modo consciente a sua área profissional de especialização. Estes três objectivos serão dificilmente substituídos pelo Ano Profissionalizante das licenciaturas em Medicina.

Preocupa-me a reduzida representatividade dos Internos nos Órgãos do Internato Médico, nomeadamente a não existência de um Interno na constituição do Conselho Nacional do Internato Médico (salvo a hipótese que me parece pouco provável de este ser um dos cinco nomeados pela Ordem dos Médicos).

Corre-se o risco de que o papel preponderante que o Conselho Nacional do Médico Interno da Ordem dos Médicos tem tido na defesa dos interesses dos Internos (em especial nos relacionados com a sua formação) se dilua nas responsabilidades e peso administrativo das Instituições relevantes e nos Órgãos do Internato Médico agora criados.

O modo como na prática vai ser gerida a falta de Autonomia Profissional dos Internos até ao segundo ano, sobretudo no ano após o Ano Comum, deixa-me apreensivo. Creio que o impacto será maior ao nível das instituições, e de modo particular na organização do funcionamento dos Serviços de Urgência, do que na desvalorização na formação dos Internos.

4. Sim.

Apesar do atraso na sua publicação (180 dias após o dia 18 de Agosto de 2004 já passaram há alguns meses...) e não esquecendo todos os pontos já referidos, o novo Regulamento do Internato Médico é um bom instrumento que ajuda a assegurar a qualidade da formação pós-graduada em Medicina no nosso país, no sentido da diferenciação do Interno dentro de uma área profissional de especialização.

Ainda de salientar o razoável incentivo à complementaridade do Internato Médico (formação profissional básica) com investigação científica e programas de Doutoramento, outros processos de for-

mação e mobilidade do Interno para a frequência de estágios em centros de referência reconhecidos no país ou estrangeiro.



Filipa Seabra Pereira

Médica Interna de Medicina Interna
Hospital da Universidade de Coimbra

1. A mudança mais importante a meu ver foi a alteração do modelo de avaliação final de especialidade, que valorizou o papel do orientador de formação do médico interno, alterou o âmbito do júri e do serviço em que se realiza o exame, caminhando no sentido de esbater discrepâncias antes sentidas e uniformizar critérios de avaliação.

Mas tenho que fazer referência a três dos aspectos mais mencionados por colegas sobre este novo regulamento: a inclusão de um médico interno nas comissões regionais do internato médico, a dispensa da prova de comunicação médica para os licenciados em Medicina por universidade de ensino em língua portuguesa e a divulgação das vagas disponíveis para cada concurso no momento de publicação de abertura do concurso. Destes, o mais positivo para mim é a não obrigatoriedade da prova de comunicação médica que era ultrajante para quem é português e fez o ensino secundário e obteve um curso superior em português. Quanto ao papel dado ao médico interno, tenho sérias dúvidas que se materialize em grandes mudanças mas já foi uma conquista conseguir-se a sua participação. E em relação ao mapa de vagas, mais importante será assegurar que se mantém e não é alterado antes do concurso (como se passou recentemente).

2. Sempre entendi que a melhor forma

de suprir alguns défices em certas especialidades e áreas regionais do país passaria pela criação de um plano de incentivos forte e claro, que atraísse os mais jovens e levasse à sua fixação. Em vez disso, desapareceram as vagas carenciadas (que apesar de tudo motivavam algumas escolhas e prolongavam a permanência nesses centros hospitalares com falta de profissionais) e surgem as vagas protocoladas. É um subterfúgio na medida em que no acto de escolha o protocolo é facultativo, acabando por levar as pessoas novamente para os hospitais centrais e permitindo que não se fixem na instituição original, não contribuindo para a resolução da questão essencial. Por outro lado, novo RIM mas em termos de regime de transferências de local de especialidade e mudança de área de formação continuaremos a conviver com as mesmas situações.

3. Já me fui referindo a alguns. Em termos gerais preocupa-me o facto deste regulamento continuar a deixar em aberto inúmeras questões de ordem prática e de funcionamento dos concursos, o que permite sempre depois algumas mudanças menos favoráveis a quem está envolvido. Este RIM incorre no mesmo erro dos outros – não expõe claramente os moldes em que tudo se processa, tem pontos dúbios que permitem sempre várias atitudes.

4. Decerto influenciada ainda pelo regime de transição confuso em que também me vi envolvida, não partilho da grande satisfação de muitos dos meus colegas com este RIM. Ainda assim, cumprindo-se e pondo em prática (que é sempre o mais difícil) o novo regulamento, a qualidade do Internato Médico sai reforçada o que é sempre positivo!

João Carlos Ribeiro

Médico Interno do Serviço de Otorrinolaringologia
Hospital da Universidade de Coimbra

1. Para mim o ponto de maior relevo deste novo RIM é a inclusão de internos nos diversos órgãos de internato. É a garantia de que todos estarão bem in-



formados e conscientes dos reais problemas dos internos e internatos. Esse é o primeiro passo para a resolução de muitos problemas.

Aplaudo também a decisão de se dispensar da prova de comunicação médica os licenciados em medicina de faculdades de expressão portuguesa. Já chegava de uma prova que tendo por base uma boa ideia, era essencialmente uma perda de tempo para muito boa gente ...

2. Não foi criado um programa de incentivos à fixação de jovens médicos em locais actualmente menos “aprazíveis”. Considero que a resolução de um problema que se vai agravando passa por medidas de discriminação positiva, e é pena estar perdida esta excelente oportunidade de resolução desse cada vez mais grave problema.

3. Fico preocupado com as implicações da data em que será dada a habilitação à prática autónoma de medicina. Transpondo a directiva comunitária, todos serão obrigados a entrar nalguma especialidade, e portanto o governo terá nas mãos a possibilidade de condicionar o futuro da medicina e de todos nós usando o número e tipo de vagas em cada concurso...

Se existe um acréscimo salarial por funções de direcção porque não existir o mesmo por razões de orientação da qualidade científica do futuro especialista? Será porventura menos importante? Ainda para mais com os previsíveis reflexos das medidas economicistas/ produtividade no tempo e qualidade de formação

4. Sem sombra de dúvida que sim, pois vem responder em grande medida às

pretensões da generalidade dos internos. Não sendo um documento perfeito, é um grande passo na afirmação da qualidade do internato médico em Portugal.



Paula Augusto

Médica Interna de Medicina Interna
Hospital Egas Moniz

1. O ponto positivo que mais se destaca neste RIM parece-me exactamente o facto de finalmente ter sido publicado, pois há muito que se aguardava um regime jurídico renovado para regulamentar mais adequadamente a formação médica após a licenciatura em Medicina. Essencial a salvaguarda de pontos como uma antecedência nunca inferior a 3 anos na alteração da prova de exame para ingresso no Internato Médico.

2. Mais clareza relativamente à repetição do exame e à introdução de uma segunda chamada, bem como no que diz respeito à fase de transição. Provas de avaliação final adequadas a especialidades não clínicas.

3. O exercício autónomo da medicina reconhecido apenas após dois anos de Internato Médico... continuarão a existir desigualdades com os médicos doutros sistemas com autonomia reconhecida logo após a licenciatura? O que acontece enquanto vigorar o ano comum? A regulamentação da fase de transição não é clara. O exame de ingresso é feito no último trimestre no ano de conclusão da licenciatura, porém a escolha da especialidade atrasa-se e só se processa um ano depois (no Artigo 101º parece implícito mas não explícito que

Regulamento do Internato Médico

o último trimestre do ano referido é o de frequência do ano comum - não se legisla nas entrelinhas).

4. Apesar das suas imperfeições este novo RIM tem sem dúvida um saldo positivo na regulamentação da formação médica no nosso país, que queremos cada vez melhor.



Marta Cardoso

Médica Interna de Medicina Geral e Familiar
Centro de Saúde de Sete Rios

1. Penso que a inclusão de médicos internos nas Comissões Regionais de Internato Médico (órgão consultivo do Ministério da Saúde) é de facto uma mais valia na execução das competências deste órgão, nomeadamente ao nível da aplicação dos programas de formação, e na avaliação da idoneidade e capacidade formativa dos serviços que é solicitada à Ordem dos Médicos.

Por outro lado, o facto de pela primeira vez estarem consagrados em regulamento as funções e competências das Comissões de Médicos Internos, pode aumentar a participação individual dos jovens médicos na sua formação.

2. O que gostaria de ter visto consagrado diz respeito à orientação e planeamento da formação, mais concretamente em relação aos orientadores de formação. Penso que para o desempenho destas funções deveriam estar previstos maiores incentivos: o tempo necessário para as funções de formação deveria estar à partida melhor definido; eventualmente um incentivo monetário; e penso que todos os orientadores depois de

nomeados pelas respectivas direcções de internato deveriam, eles próprios, ter acesso a um período formativo de forma a atingir uma determinada uniformidade e assertividade nas funções de orientação.

3. Um dos pontos é em relação à revisão dos programas das áreas profissionais. Penso que a revisão do tempo total de formação bem como as actualizações dos programas são alterações que se impõem num prazo relativamente curto e que não estão devidamente esclarecidas neste RIM.

Outro ponto é a questão das vagas, o facto de não estar claramente definido que cada médico com a licenciatura terá de facto acesso a uma vaga, independentemente da área de especialização.

4. Sim. Este RIM permitirá caminhar para uma formação de melhor qualidade, sendo este o objectivo de qualquer médico interno.



Cátia Gradil

Médica Interna de Cirurgia Geral
Hospital Geral de Santo António

1. O facto de se tratar indubitavelmente de um documento sério e abrangente.

2. Já que houve uma mudança radical na composição do primeiro ano de internato médico, tronco comum - área cirurgia/área médica, seria útil a sua inclusão na composição da estrutura do internato nas diferentes áreas de formação.

3. A autonomia profissional ser atingida apenas após 2 anos de formação de in-

ternato tem gerado controvérsia. A desejada homogeneização do 6º ano profissionalizante, deveria implicar entre outras, a necessidade de um menor período de tempo de medicina tutelada. A autonomia concedida ao fim de um ano de internato médico agilizaria internamente o desempenho das funções esperadas de um jovem interno.

Não querendo ocupar este espaço com críticas à forma de ingresso no internato médico deixo expresso o meu sincero desejo de mudança futura no respeito pela valorização da Qualidade do profissional e no Civismo que esta escolha implica. Continuamos a menosprezar a qualidade ao aceitarmos que o acesso ao desempenho de uma especialidade, com as suas inerências específicas, objecto final de sete anos de percurso, seja tão objectivo quanto redutor. Virá o dia em que exame teórico, avaliação prática e cv serão valorizados no contexto de uma entrevista individual com o candidato.

4. Considero a existência de orientadores de formação com as características contempladas no artigo 15º da Secção V uma garantia de extrema importância. O percurso individual do médico interno ao longo da sua formação depende essencialmente da sua dinâmica e do seu empenho, validado e enriquecido por alguém com perspectiva das tendências e oportunidades profissionais existentes.

As Comissões dos médicos internos de acordo com o disposto no artigo 21º do CAPÍTULO III são sem dúvida úteis quer na representação interna no estabelecimento de formação quer na sua articulação com o CNIM e Ordem dos Médicos.

É fundamental estarem previstos programas doutorais em investigação clínica. Nos hospitais portugueses não existe menor número de dados a serem trabalhados do que em locais em que a investigação é tida como prioridade. A verdade é que existe ainda pouca sensibilidade para sua utilidade e pouco método de trabalho que a torne possível. Este Regulamento relembra a sua existência.

Reunião Geral de Colégios

Realizou-se no dia 22 de Fevereiro a Reunião Geral dos Colégios da Especialidade. Por coincidência, foi precisamente esse o dia em que foi publicado o novo Regulamento do Internato Médico, assunto que foi o tema central do debate entre os representantes das direcções dos Colégios, os quais, apesar de algumas críticas, foram unânimes em encontrar pontos muito positivos no regulamento ora publicado.

«Este é o dia histórico em que foi publicada a portaria 182/2006 que aprova o novo Regulamento do Internato Médico. Globalmente, este documento corresponde a muito daquilo que é o desejo dos médicos há vários anos. Foi um projecto longo, que envolveu muitas pessoas e em que, naturalmente, nem todas ficaram satisfeitas», foi com estas palavras que Pedro Nunes, Bastonário da Ordem dos Médicos, deu início à reunião dos Colégios da Especialidade onde se tentou esclarecer dúvidas e debater as principais questões levantadas pelo novo RIM e as suas implicações futuras no trabalho a desenvolver pelos Colégios da Especialidade, nomeadamente no que se refere à revisão dos programas de formação, e pela própria Ordem dos Médicos. «As estruturas da Ordem têm que corresponder eficazmente e com celeridade perante as funções que nos são delegadas pelo Estado», afirmou, referindo-se especificamente à coordenação do ensino pós-graduado. Uma comunicação ágil e desburocratização de procedimentos foram referências do bastonário à forma como se devem processar as relações com os Colégios da Especialidade.





As opiniões expressas pelos representantes dos Colégios foram, de uma forma geral, positivas, embora se reconheça pelas várias intervenções que alguns pontos suscitaram dúvidas, tendo as mesmas sido esclarecidas pelo presidente da Ordem dos Médicos realçando a liberdade de cada especialidade dentro das suas matérias específicas, mas «desde que não desequilibrem os equilíbrios encontrados com este novo RIM», portanto, sem nunca ir contra a lei. Um exemplo dado para ilustrar esta situação foi a presença do orientador de estágio de formação no júri: «naturalmente que a presença do orientador não pode ser eliminada por nenhum Colégio».

Sobre a ausência das faculdades na composição do Conselho Nacional do Internato Médico (CNIM), Pedro Nunes esclareceu: «às faculdades cabe o ensino pré-graduado, enquanto que à Ordem dos Médicos compete a coordenação da formação pós-graduado, daí essa 'ausência'. Contudo, desta casa – Ordem dos Médicos – fazem parte todos os médicos sem excepção. Portanto nada impede que um professor universitário faça parte do CNIM através da OM».

Quanto a questões de avaliação, foi esclarecido que cada Colégio poderá propor ao CNE se prefere prova de interrogatório ou prova escrita,



Frases soltas...

«Este RIM foi uma evolução dentro do que estava estabelecido» - Lucindo Ormonde, secretário do Colégio de Anestesiologia

«O documento de alteração aos internatos é muito bom» - José Manuel Malheiro Holtreman Roquete, presidente do Colégio de Cirurgia Cardiorotáica

«É um regulamento com várias omissões. Tem aspectos fortemente positivos mas em meu entender os avanços não foram suficientes.» - Luís Filipe Gomes, vogal do Colégio de Medicina Geral e Familiar

«Este novo RIM é um grande avanço em termos de internato. Pode não ser o resultado ideal mas é muito positivo.» - Rui Guimarães, presidente do Conselho Nacional do Médico Interno

ficando a indicação de que o CNE «com certeza acolherá bem tais propostas». O alargamento dos tempos de formação foi uma questão levantada por representantes de várias especialidades, tendo Pedro Nunes elucidado que considera necessário aumentar o número de anos de formação mas que essa questão tem que ser analisada casuisticamente em consonância com o Ministério da Saúde. «Como existe uma grande falta de anestesistas, não será fácil o Ministério aceitar o prolongamento dos tempos de formação», exemplificou. «Os Colégios podem apresentar dois programas, o desejável e o possível. Tentaremos, naturalmente, que o desejável seja aprovado.»

Sobre algumas questões de implicação económica do novo RIM, foi esclarecido que essas não são naturalmente do âmbito da OM, não tendo a Ordem tido, portanto, intervenção nas mesmas. «A Ordem dos Médicos tem que ser cada vez mais uma associação de defesa estrita dos médicos, no sentido de ser uma entidade reguladora da prática médica e que defende a qualidade da medicina praticada».

Foram ainda debatidos e clarificados alguns outros pontos do RIM, nomeadamente sobre a cooperação com os países lusófonos, equivalências, composição do júri, métodos de avaliação e prova curricular.



A viagem do RIM



Rui Guimarães

Presidente do Conselho Nacional do Médico Interno

Mergulhei dentro do meu baú de memórias... Comecei por nadar até à pasta onde guardo, religiosamente, todos os apontamentos, documentos, notas e afins, e resolvi ordená-los por data. Fui aos mais antigos e iniciei, então, uma viagem que vou tentar reproduzir. Datam de antes de 2003 as mais antigas notas referentes às mais recentes propostas de alterações legislativas ao Internato Médico. Nessa altura, o Ministro da Saúde e alguns membros da sua equipa viviam obcecados em reduzir, a todo o custo, a duração da formação médica. Chegaram mesmo a ser propostas reduções significativas na maioria das especialidades! Cardiologia passaria, por exemplo, a apenas 3 anos; afinal, era assim no Reino Unido! Esquecia, ou queria esquecer, o Sr. Ministro os anos de Medicina Interna que eram necessários antes de começar Cardiologia nesse país. Valeu a pronta resposta da Ordem dos Médicos, que, dada a sua experiência e contactos internacionais, conseguiu em menos de uma semana deixar na secretária do Ministro um relatório do tamanho das Páginas Amarelas, que descrevia a situação na Europa e que não só fazia prova da ignorância demonstrada, como até, em algumas especialidades, colocou em evidência a necessidade de alargamento dos programas (como por exemplo no caso da Medicina Geral e Familiar e da Anestesiologia).

Mas as tentativas de cortes não se ficaram por aqui; foi também notória a intenção de amputar a formação médica generalista (o Internato Geral) usando (e abusando), uma vez mais, de falsos argumentos europeus. Sim, porque existem alguns casos na Europa de retorno a este modelo de formação comum inicial.

As reuniões sucederam-se; na memória recordo o dia 29 de Março de 2004, em que à mesma hora, no Norte, Centro e Sul do país se juntaram mais de mil colegas e de onde saiu uma posição de força, conjunta, responsável numa boa quota parte, pelo que desde aí conseguimos. Recordo-a como um ensinamento: a união faz mesmo a força!

Entre a insistência de uns e a teimosia de outros e depois de tempos muito conturbados lá acabou por sair o novo Decreto de Lei, o 203/2004. Foi publicado estrategicamente a 18 de Agosto; e mesmo havendo um parecer negativo, do Provedor de Justiça, acabou por ser promulgado (ainda que sob algumas condições e negociações menos visíveis) pelo então Presidente da República. Tudo isto se passou debaixo de muitas horas de trabalho, pareceres, documen-

tos escritos, cartas ao Pai Natal, tensão, desgaste, aleivosias e até traições! Algumas amizades saíram reforçadas, outras nem por isso...

Mas o trabalho estava longe, mesmo muito longe de concluído. Pelo caminho foi publicada a Portaria 1499/2004 que regulamentou, de forma rigorosa, a formação inicial, chamada agora de Ano Comum. Através de diversos argumentos, e em pleno cenário de contenção económica, conseguiu-se aumentar, em mais de um terço, o 1º salário do jovem médico. Foi possível passar a auferir um valor muito mais digno do estatuto profissional ocupado e ao mesmo tempo não reduzir significativamente o tempo de formação em relação ao anterior modelo do Internato Geral.

Pelo meio encontrei as notas sobre a Organização do Congresso Nacional do Médico Interno, na Guarda, que contou com perto de 400 inscrições e que teve salas sempre cheias e muito participativas. Aliás, e olhando para trás verifico que, os pontos mais positivos de todas estas alterações, foi mesmo a aproximação dos médicos internos entre si e entre estes e a opinião pública, bem como o surgimento de colegas interessados que, fruto da situação, se disponibilizaram para ingressar as fileiras do associativismo. Os médicos internos estavam definitivamente no mapa!

Pela mesma altura em que o Fórum do Médico Interno recebia o seu milésimo membro, foi marcada nova reunião nacional, para 6 de Março de 2005, na tentativa agora de procurar um regime de transição mais justo, mais equitativo; mesmo, apesar de sugerida uma forma de minimizar os estragos, o Ministério teimou por uma decisão diferente; esta decisão, sob o meu ponto de vista, veio criar um rol de injustiças escusadas e de mal-entendidos, alguns ainda por esclarecer! Foi uma altura complexa em que colegas tentam ultrapassar os seus outros colegas através de “bypasses” ao poder e recorrendo até aos seus próprios progenitores; sem dúvida fenómenos sociológicos interessantes!

Apanhados fomos, entretanto, por um verdadeiro “golpe de estado”, em que num curto espaço de tempo o executivo sofreu profundas alterações que passaram pela dança de Secretários de Estado e vieram a culminar com a mudança do próprio Governo e Ministro da Saúde. Com estas modificações todas é claro que tinha que sobrar para o mexilhão... Os prazos, previamente estipulados, foram ultrapassados, a incerteza cresceu e o descontentamento não

passou; as mudanças, com a criação de uma nova estrutura no Ministério, a Secretaria Geral e todo o tempo tomado na sua organização também não ajudaram; os médicos internos foram-se habituando a ver no site, sob a forma de circulares, as informações a correr a conta-gotas, apesar do tempo correr velozmente contra os candidatos que procuravam conhecer, legitimamente, as datas dos seus exames, as suas vagas, as condições de acesso... Enfim, manifesto aqui a minha revolta por não terem sido acolhidas as sugestões daqueles que foram afinal os próprios destinatários da transição!

Bem, mas esta viagem tem de terminar e tem de chegar, inevitavelmente, à recente publicação do RIM a que a Ordem dedicou esta edição da revista. Mais de um ano volvido após o prazo legal de publicação saiu a Portaria 183/2006: um bom exemplo daquilo que foi possível fazer em clima de franco diálogo entre a Ordem dos Médicos e o Ministério da Saúde, com a excelente colaboração do Conselho Nacional dos Internatos Médicos. Apesar de ter sido uma publicação difícil, este documento reflecte um esforço de entendimento. O CNMI congratula-se por ver incorporadas muitas das suas sugestões e poder perceber que o MS reconheceu na Ordem dos Médicos uma fonte de contributos credíveis. Aproveitamos também para reconhecer todos aqueles que conosco, contribuíram, desde os colegas que nos enviaram pequenas sugestões, até aos nossos colegas que, apesar de aparentemente “menos novos” vestiram a camisola dos internos e da formação médica. Um agradecimento especial aos colegas das diferentes Secções Regionais da Ordem dos Médicos e muito merecidamente ao Bastonário.

Junto listo alguns dos pontos que consideramos positivos bem como outros menos positivos esperando que ao longo desta viagem não vos tenha feito perder muito tempo ou paciência e que possam, como eu próprio, ter percebido que o importante não é o caminho por onde andamos, mas é, e será, o caminhar...

A Viagem

(...)

Mas corto as ondas sem desanimar.

Em qualquer aventura,

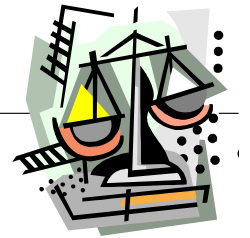
O que importa é partir, não é chegar.”

Miguel Torga - 1962

- Fim da obrigação da escolha de vaga protocolada (o protocolo funcionará como uma opção que o candidato pode aceitar ou rejeitar)
- Inclusão de Médicos Internos nas Comissões Regionais de Internato Médico (órgão consultivo do MS)
- Definição clara de competências para as comissões de

Internato - Presença do orientador no júri de avaliação final

- Possibilidade de interrupção do Internato Médico por causas humanitárias
- Dispensa da realização da prova de comunicação médica aos licenciados em Universidades em que o ensino tenha sido ministrado em língua portuguesa
- Instituição da regra de um médico interno por orientador de formação (embora em salvaguarda de casos especiais possa ir até 3:1)
- Introdução de programas doutorais em investigação clínica
- Definição clara da porta de entrada no internato médico: “O ingresso no internato médico faz-se através de prova de exame de âmbito nacional...”
- Passagem da prova de comunicação médica do MS para a OM
- Criação de um júri de recurso para a prova de acesso ao internato distinto do júri que a elabora
- Possibilidade de frequência de estágios ou cursos no estrangeiro
- Manutenção do Ano Comum
- Possibilidade de uma 2ª chamada na prova de acesso ao internato médico para quem não poder realizar em 1ª chamada (ficam contudo limitados às vagas sobranes da 1ª chamada)
- Divulgação das vagas a concurso com o aviso de abertura - Art 42º
- Escolha da especialidade ocorre demasiado tarde; não servindo os interesses de ninguém, deverá ser o mais rapidamente possível
- Está prevista a possibilidade de repetição de exame, mas com algumas reserva
- A introdução de programas doutorais em investigação é de louvar, mas limitar à investigação clínica é muito redutor
- Há ainda algumas questões que não estão exactamente coincidentes com as normas do DL 203/2004 mas que esperamos a curto prazo ver corrigidas.



JANEIRO - 1.ª Série

Decreto-Lei n.º 6/2006, de 2006-01-03

Ministério da Saúde

Prorroga até 30 de Junho de 2006 a majoração de 25% prevista no n.º 2 do artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 270/2002, de 2 de Dezembro.

Decreto-Lei n.º 8/2006, de 2006-01-04

Ministério da Saúde

Transpõe para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2004/43/CE, da Comissão, de 13 de Abril, que diz respeito aos métodos de colheita de amostras e de análise para o controlo oficial dos teores de aflatoxina e de ocratoxina A nos géneros alimentícios destinados a lactentes e crianças jovens, e altera os Decretos-Leis n.os 110/2001, de 6 de Abril, e 72-J/2003, de 14 de Abril

Portaria n.º 38/2006, de 2006-01-06

Ministério da Saúde

Estabelece as regras do registo obrigatório e do pagamento das correspondentes taxas a que estão sujeitos os operadores previstos no artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, e define os critérios e cálculos das taxas de registo. Revoga a Portaria n.º 310/2005, de 23 de Março.

Decreto-Lei n.º 14/2006, de 2006-01-20

Ministério da Saúde

Transpõe para a ordem jurídica nacional a Directiva n.º 2003/33/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 26 de Maio, relativa à aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas dos Estados membros em matéria de publicidade e de patrocínios dos produtos do tabaco, alterando o Decreto-Lei n.º 226/83, de 27 de Maio.

Portaria n.º 78/2006, de 2006-01-23

Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde

Altera o quadro de pessoal do Hospital do Espírito Santo - Évora, aprovado pela Portaria n.º 87/91, de 30 de Janeiro, e extingue no mesmo quadro de pessoal o lugar de técnico de 2.ª classe, criado pela Portaria n.º 458/93, de 30 de Abril.

Decreto Regulamentar n.º 2/2006, de 2006-01-25

Ministério da Saúde

Aprova a orgânica da Secretaria-Geral

do Ministério da Saúde, no cumprimento do previsto no Decreto Regulamentar n.º 3-A/2005, de 31 de Maio.

Portaria n.º 91/2006, de 2006-01-27
Ministério da Saúde

Determina a apresentação da declaração e do documento comprovativo aos pensionistas que pretendam beneficiar do regime especial de comparticipação de medicamentos.

2.ª Série

Despacho n.º 720/2006 (2.ª série), de 11 de Janeiro de 2006

Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde

Procede a uma actualização do preço por quilómetro pelos serviços actualmente prestados pelas associações de bombeiros e outras entidades no transporte de doentes, implementando mecanismos de controlo da actividade prestada, a realizar pelas administrações regionais de saúde.

Despacho n.º 721/2006 (2.ª série), de 11 de Janeiro de 2006

Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde

Aprova as cláusulas contratuais gerais dos contratos-programa a celebrar entre o Ministério da Saúde e as unidades de saúde integradas no sector empresarial do Estado para pagamento de actos e actividades

Despacho n.º 722/2006, 11 de Janeiro de 2006

Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde

Determina que as cláusulas gerais dos contratos-programa a celebrar entre o Ministério da Saúde e as unidades de saúde integradas no sector empresarial do Estado se apliquem, com as devidas adaptações, aos contratos a celebrar entre o Ministério da Saúde e as unidades de saúde integradas no sector público administrativo, com efeitos a partir de 2006.

FEVEREIRO - 1.ª Série

Decreto-Lei n.º 23/2006, de 2006-02-02

Ministério da Saúde

Procede à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de Maio, prorrogando por seis meses o período de vigência do regime remuneratório experimental para os médicos de clínica geral que exerçam funções nos centros de

saúde do Serviço Nacional de Saúde.

Portaria n.º 101/2006, de 2006-02-03

Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde

Revoga a Portaria n.º 787/2004, de 9 de Julho, que altera o quadro de pessoal do Hospital Distrital de Chaves.

Despacho Normativo n.º 9/2006, de 2006-02-16

Ministério da Saúde

Aprova o Regulamento para Lançamento e Implementação das Unidades de Saúde Familiar.

Portaria n.º 183/2006, de 2006-02-22

Ministério da Saúde

Aprova o Regulamento do Internato Médico.

2.ª Série

Despacho n.º 2823/2006 (2.ª série), de 6 de Fevereiro de 2006

Ministério da Saúde - Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde

Clarifica o conceito de vaga protocolada e estabelece os mecanismos adequados à concretização dos objectivos pretendidos

Despacho n.º 3329/2006 (2.ª série), de 13 de Fevereiro de 2006

Ministério da Saúde - Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde

Subdelegação de poderes nos conselhos de administração dos hospitais com a natureza de entidades públicas empresariais, com efeitos reportados a 31 de Dezembro de 2005, ratificando todos os actos entretanto praticados no âmbito dos poderes agora delegados.

Despacho n.º 3845/2006 (2.ª série), de 17 de Fevereiro de 2006

Ministério da Saúde - Gabinete da Secretária de Estado Adjunta e da Saúde

Identificação dos estabelecimentos e especialidades carenciados para efeitos de prorrogação dos contratos administrativos de provimentos dos internos que, na data de entrada em vigor do DL n.º 112/98, de 24.04, se encontravam a frequentar o internato complementar e requereram a colocação em estabelecimentos considerados carenciados na respectiva especialidade médica.

PATROCÍNIOS CIENTÍFICOS - 2006

EVENTO: National Kidney Foundation – 2006 Clinical Meetings

LOCAL: Chicago

DATA: 19 a 23 de Abril

ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Amgen Farmacêutica; Tel: 21 – 422 05 50; Fax: 21 – 422 05 55

EVENTO: 9^ªs jornadas de Doenças Infecciosas em Medicina Familiar

LOCAL: Hotel Villa Rica - Lisboa

DATA: 20 a 22 de Abril

ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Departamento Médico de Congressos; Tel: 21 – 358 43 80; EMAIL: dmcongressos@mail.telepac.pt

EVENTO: IX Jornadas de Endocrinologia do Hospital Egas Moniz

LOCAL: Hotel Vila Galé Ópera – Lisboa

DATA: 20 a 22 de Abril

ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Merck Sharp & Domhe; Tel: 21 – 446 57 28

EVENTO: HIV Meeting Portugal , 2006

LOCAL: Hotel Cascais Miragem

DATA: 22 de Abril

ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Merck Sharp & Domhe; Tel: 21 – 446 57 28

EVENTO: Nephrology 2006

LOCAL: Boston

DATA: 23 a 28 de Abril

ORGANIZAÇÃO/CONTACTO:

Amgen Farmacêutica; Tel: 21 – 422 05 50; Fax: 21 – 422 05 55

EVENTO: EHA06- International Conference on Electromagnetic Fields, Health and Environment

LOCAL: Madeira

DATA: 27 a 29 de Abril

ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: A P.D.E.E. – Associação Portuguesa para a Promoção e Desenvolvimento da Engenharia Electrotécnica

EVENTO: The 3rd International Preterm Labour Congress 2006

LOCAL: Montreux – Suíça

DATA: 27 a 29 de Abril

ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Ferring; Tel: 21 – 940 51 90; Fax: 21 940 51 99

EVENTO: III Jornadas de Ginecologia e Obstetrícia do Algarve

LOCAL: Hotel Vila Galé – Tavira

DATA: 27 a 29 de Abril

ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: CONGRESSOSMOR; Tel: 239 – 91 41 83; Fax: 239 – 91 41 87

EVENTO: Encontro regional Europeu da associação Internacional de Psicogeriatría

LOCAL: Lisboa

DATA: 3 a 6 de Maio

ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: EMAIL: info@ipa-online.org

EVENTO: VII Jornadas de Pneumologia em medicina Familiar

LOCAL: Salão almada negreiros – Gare Marítima de Alcantara Lisboa

DATA: 4 e 5 de Maio

ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Departamento Médico de Congressos; Tel: 21 358 43 80; EMAIL: dmcongressos@mail.telepac.pt

EVENTO: II Curso de Gastroenterologia Prática

LOCAL: Hotel Dom Pedro Golfe (forum)

DATA: 6 e 7 de Maio

ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Serviço de Gastroenterologia do Hospital Distrital de Faro

EVENTO: 11th International Congress on Oral Cancer

LOCAL: Grado – Itália

DATA: 14 a 17 de Maio

EVENTO: Leonard EURACT Course for Trainers in Family Medicine

LOCAL: Caldas de Monchique

DATA: 17 a 21 de Maio

ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: WWW.euract.org

EVENTO: XXV Congresso Português do Clínico Geral

LOCAL: Gare Marítima de Alcantara

DATA: 18 a 20 de Maio

ORGANIZAÇÃO/CONTACTO: Departamento Médico de Congressos; Tel: 21 358 43 80; Email: dmcongressos@mail.telepac.pt

CURSO MÉDICO 1970/1976

Vai realizar-se em Coimbra no dia 24.07.2006
a reunião dos 30 anos do Curso Médico de 1970 / 1976.

Agradecemos a todos os Colegas o envio urgente de uma fotografia actualizada e de um pequeno texto de modo a ser incluído no livro de comemorativo.

Inscribe-te.

Caso não tenhas sido contactado envia para a seguinte morada:
Rua de Moçambique, 33 r/c Dtº - 030 – 062 COIMBRA