

ESTUDO
DAS
CARREIRAS MÉDICAS

Relatório da Comissão eleita pela Assembleia
Extraordinária da Secção Regional de Coimbra
da Ordem dos Médicos

COIMBRA

1959

ESTUDO DAS CARREIRAS MÉDICAS

Relatório da Comissão eleita pela Assembleia
Extraordinária da Secção Regional de Coimbra
da Ordem dos Médicos



UNIVERSIDADE DE COIMBRA
SIGILLO DE CARVALHO

RC
MACI
616
EST

COIMBRA

1959

ESTUDO DAS CARREIRAS MÉDICAS

Relatório da Comissão criada pela Assembleia
Extraordinária da Região Regional de Coimbra
da Ordem dos Médicos



COIMBRA

1959

INTRODUÇÃO

Ao iniciar o seu relatório sobre o Estudo das Carreiras Médicas, a Comissão eleita pela Assembleia extraordinária da Secção Regional de Coimbra, efectuada em 6 de Agosto de 1959, quer agradecer antes de mais aos seus colegas a confiança que nela depositaram para encargo de tão pesadas responsabilidades, encargo de que hoje se vem desempenhar, submetendo ao juízo crítico dos médicos da Secção do Centro do País o fruto do seu labor.

A Comissão trabalhou afincadamente no decurso de muitas reuniões, entrevistas pessoais, estudos e correspondência variada, para conseguir superar a dificuldade extrema da exiguidade do prazo perante que foi colocada, tanto mais que a Comissão entende que tem por dever procurar exprimir a opinião da maioria da classe médica da Secção Regional que a elegeu e isso implica necessariamente a sondagem dessa opinião, só possível em contactos repetidos. Além de variados encontros pessoais, procedeu-se por escrito a um inquérito em cujos resultados nos baseamos, sendo apenas de lamentar que a quantidade, aliás razoável, das respostas não tivesse sido maior.

Para que esse inquérito fosse feito com absoluta liberdade e imparcialidade, indicou-se aos colegas que, se o desejassem, podiam dispensar-se de o assinar. Sabemos todos que é timbre dos Médicos assumir as responsabilidades dos seus actos, e escusado seria dizê-lo; mas, dado o facto de o inquérito ser impessoal e para completa liberdade de expressão de ideias, assim se procedeu. Aliás, tal é a norma em inquéritos de ordem estatística e o nosso tinha, de certa forma, essa feição. Faz-se aqui esta nota para evitar possíveis interpretações erróneas da nossa maneira de proceder.

A todos os colegas que nos trouxeram a sua colaboração, valiosa sob todos os pontos de vista, queremos exprimir o nosso agradecimento.

O «Estudo das Carreiras Médicas» realizado por esta Comissão não é completamente original, isto é, não partimos do nada. Dadas as circuns-

tâncias em que a Comissão foi eleita, meses após a publicação, a discussão e até a aprovação do Relatório do Estudo feito pela Comissão da Secção Regional de Lisboa sobre o mesmo problema, não poderíamos ignorar esse Relatório, que procurámos estudar profundamente. Essa foi pois a nossa base e ponto de partida.

Ao considerá-lo sob vários pontos de vista, e independentemente da adesão ou discordância de qualquer dos seus aspectos, teve esta Comissão largo ensejo de verificar a soma de trabalho, competência e boa vontade demonstrada pelos membros da Comissão de Lisboa.

Deixando propositadamente de considerar os méritos pessoais dos seus componentes, entendemos de elementar justiça exprimir aos colegas da Comissão de Lisboa a homenagem da nossa admiração pelo trabalho apresentado, homenagem tanto mais significativa quanto é imparcial, pois, como se verá, em vários pontos fundamentais deles divergimos.

Em matérias de tanta importância e complexidade como são as da estruturação das Carreiras Médicas, sabemos todos que não é possível — e, em nosso entender, nem será desejável — obter a unanimidade de opiniões de todos os médicos. Mas este facto de forma alguma tira valor ao Relatório da Comissão de Lisboa — o primeiro estudo sério de conjunto que verdadeiramente equacionou os graves problemas do presente e do futuro da nossa profissão. E não é dos seus menores méritos o ter chamado a atenção de todos para a situação de uma classe cujos direitos têm sido postergados, numa injustiça social de verdadeira subversão de valores.

A agitação de ideias e debate de problemas, atinentes à profissão, a que vimos assistindo em sequência do movimento «promovido por um grupo de colegas em que predominavam os jovens, que acabou por interessar os médicos do País inteiro» (1) só não será salutar se degenerar em polémica facciosa. Pela nossa parte cuidamos que assim não suceda e procuraremos integrar este Relatório na linha de conduta que a realização da Assembleia extraordinária que nos elegeu manteve e se situa na sequência daquele movimento e das expressões que tomou no próprio Conselho Geral da Ordem (Representação desta ao Presidente do Conselho) (2), e que em Coimbra já

(1) Estudo sobre a Carreira Médica — Relatório da Comissão de Lisboa, pág. 4.

(2) Bol. da Ordem dos Médicos, vol. 8, n.º 6, 1958, pág. 401.

se havia manifestado na carta que em Setembro de 1958 numerosos médicos dirigiram ao Presidente da sua Secção Regional (1).

Se, juntando os nossos esforços aos das Comissões de Lisboa e do Porto, conseguirmos estimular a formação e desenvolvimento de uma verdadeira consciência de classe, é nossa opinião que teremos dado um grande passo para que os problemas da profissão sejam encarados e resolvidos de forma a que a classe médica seja reposta na posição relevante que, entre todas as outras, de direito lhe compete. Porque, se no fundo o problema é de ordem económica, na realidade ele transcende-a para se tornar numa questão de prestígio. Perdido este, tudo estará perdido. É pois para o recuperar e evitar a sua degradação que teremos de juntar esforços.

(1) Bol. da Ordem dos Médicos, vol. 7, n.º 11, 1958, pág. 418.

JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO DAS CARREIRAS

Entende a Comissão que três pontos justificam fundamentalmente o estudo duma conveniente estruturação das carreiras médicas:

- 1 — o deficiente estado do País do ponto de vista sanitário;
- 2 — a falta de coordenação e uniformidade da política de saúde;
- 3 — o desprestígio e a má situação económica da classe médica.

Considerá-los-emos sucessivamente.

1 — O estado sanitário do País

A mais premente justificação para o estudo duma tentativa de estruturação das carreiras médicas é certamente o deficiente estado do País sob o ponto de vista sanitário. A esse respeito a Comissão adere inteiramente ao estudo crítico sumário referido na primeira parte do Relatório da Comissão de Lisboa.

O índice de mortalidade infantil bastaria para nos envergonhar, pois que, segundo os dados oficiais (1), ainda no ano passado foi de 84 por mil nados vivos.

A taxa de mortalidade materna é também uma das mais elevadas da Europa — 12,1 por 10.000 nados vivos no mesmo ano de 1958 (2).

(1) Anuário demográfico de 1958, pág. XLI.

(2) Cálculo feito, segundo os dados do mesmo Anuário, págs. XL e LXVI. Comparem-se para o ano de 1955 os números referidos em Bull. Fed. Soc. Gyn. et Obst. — Tomo 11, n.º 1 bis (1959), pág. 145.

A percentagem de portugueses que morrem sem assistência médica é, em muitas áreas rurais, extremamente elevada (1).

Uma das causas principais destes factos é indubitavelmente a má distribuição dos médicos portugueses. Nas zonas rurais há grandes áreas onde raramente aparece um médico. A falta de estradas torna muitas vezes essas visitas difíceis e dispendiosas, quando não demasiado tardias. A insegurança das populações que vivem nessas regiões, e das pessoas que temporariamente aí vão residir, é quase total. Se surge uma doença grave, se há um desastre ou uma agressão, só passadas algumas horas poderão ser prestados os primeiros socorros. As crianças não têm a mínima assistência; morrem com as doenças mais banais, que alguns comprimidos de sulfamidas, uma dieta adequada ou qualquer outro tratamento simples curariam em poucos dias.

As grávidas não são vigiadas, têm os partos sem a mínima ajuda de pessoa competente, capaz de tratar uma hemorragia que pode tornar-se irremediável, ou de evitar as infecções.

O problema da falta de médico em muitas áreas rurais é, quanto a nós, o que deve ser resolvido em primeiro lugar em qualquer reforma de prestação de serviços médicos.

(1) Vejam-se, por ex., as percentagens de óbitos sem certificação médica em alguns concelhos da Zona Central do País, segundo os dados do Anuário demográfico de 1958:

Concelhos	Óbitos	
	Totais	Sem certificação médica
Águiar da Beira	121	72 = 55,8 %
Almeida	213	148 = 69,4 %
Fornos de Algodres	96	78 = 80,6 %
Mira	118	86 = 72,8 %
Oleiros	138	111 = 80,4 %
Pampilhosa da Serra	155	82 = 52,9 %
Penacova	192	172 = 89,5 %
Pinhel	244	180 = 73,7 %
Sabugal	508	217 = 42,9 %
Sertã	273	187 = 68,5 %

De numerosas respostas à consulta por nós feita aos Médicos desta Secção Regional se depreendem as más condições sanitárias de muitas áreas rurais do país. Transcrevemos do relatório de um colega: «... em Espanha, há cem anos, que todas as freguesias com mais de mil habitantes tem um médico. Neste concelho de Sabugal, com três médicos municipais, há cem anos, continuamos ainda hoje com os mesmos três partidos municipais para as suas quarenta freguesias. Do lado da Espanha, as povoações fronteiriças com cerca de mil habitantes: Albergaria, Casillas de Flores, Almedilla, Navas Frias todas com médicos, há cem anos. Do lado de Portugal: Naves de Haver, Aldeia da Ponte, Forcalhos, Lageosa, Aldeia do Bispo e Vale de Espinho, freguesias com cerca ou mais de mil e duzentos habitantes todas sem médico, ou sejam 37 freguesias no concelho sem médico municipal». Estas informações são absolutamente concordantes com o que já foi repetidas vezes dito por quem se tenha debruçado sobre o problema.

Para aquilatar das condições sanitárias do País alguns índices são significativos, entre eles os que atrás referimos. Transcrevemos este passo de um discurso do Dr. Santos Bessa na Assembleia Nacional: « não são só os critérios económicos que marcam a categoria das nações e que servem para a sua classificação, como erradamente supõem alguns.

Há critérios sociais e, dentre eles, o das taxas de mortalidade por tuberculose e o da mortalidade infantil são os que melhor traduzem as condições sanitárias e o grau de desenvolvimento dos povos.

Ora, nesse capítulo, infelizmente, a nossa situação é deplorável. E tanto mais deplorável quanto é certo que a nossa taxa de mortalidade geral pode bem afoitamente colocar-se a par de muitos dos mais progressivos países. Como ela é afectada (porque as engloba) pelas taxas a que me refiro, a nossa taxa de mortalidade geral melhorará muito mais quando lhe subtraírmos os valores altos da mortalidade pela tuberculose e da mortalidade infantil.

Estas altas taxas são mais fruto de insuficiência de acção sanitária do que de dificuldades económicas» (1).

Estudando a mortalidade infantil em Portugal e cotejando-a com a de outros países escreve o Dr. Montalvão Machado: «Portugal costuma

(1) Bol. Ordem dos Médicos, vol. 7, n.º 1, 1958, pág. 43.

ser apontado nas publicações demográficas como tipo de elevada mortalidade infantil, com a agravante de tal mortalidade ser olhada como um índice de atrasada salubridade e de fraca armadura médico-social» (1).

2— Falta de coordenação da política Sanitária

A Comissão de Coimbra é igualmente solidária com a de Lisboa na afirmação de que a «Unidade de concepção, de direcção e de execução da política sanitária nacional» (2) é condição indispensável para a eficiente cobertura sanitária do país. E isso se infere facilmente da análise dos nossos serviços de saúde, de previdência (ou como tal chamada), de assistência, e até de clínica livre. Com os colegas da capital poderemos dizer que «os quatro sectores da nossa assistência têm por traço de união quase único, o médico; à parte este elemento extrínseco de conexão, têm vida independente ou sobreposições parciais aqui e além que, por via de regra, não constituem pontos de passagem, mas pontos de fricção.

Esta separação gera o desconcerto da assistência, que em vez de ser feita disciplinadamente, com economia, concentrando os esforços numa direcção definida, os espalha e inutiliza, malbaratando energias e cabedais» (3).

E é sobretudo na assistência rural que as deficiências são mais evidentes, como já atrás dissemos. Efectivamente entre a assistência às populações urbanas e às populações rurais existem diferenças tão profundas «que parece constituirem países sanitariamente independentes» (4).

Citemos o depoimento de um colega de Cantanhede para exemplo da falta de coordenação entre a medicina sanitária e a assistência: «veja-se o que se passa no campo das vacinas, não havendo (ou não sendo aplicado) um plano conforme as necessidades duma região, não sendo ouvidos os médicos locais sobre a existência ou não de endemias que as falseiem ou contraindiquem; o aparecimento de brigadas a vaci-

(1) J. T. Montalvão Machado — Como nascem e morrem os portugueses — Lisboa, pág. 219.

(2) Estudo sobre a Carreira Médica — Relatório da Comissão de Lisboa, pág. 37.

(3) Estudo sobre a Carreira Médica — Relatório da Comissão de Lisboa, pág. 35.

(4) Estudo sobre a Carreira Médica — Relatório da Comissão de Lisboa, pág. 18.

nar em certas áreas sem que os médicos locais tenham recebido instruções que os habilitem, como médicos de família, a dar a sua colaboração, o aparecimento duma brigada numa escola a vacinar crianças que no mesmo dia receberam em consultório particular outra vacina».

3 — Situação moral e material da classe médica

Supérfluo será acentuar ser esta uma das causas fundamentais da ineficiência dos nossos serviços de saúde.

«Na verdade, é desolador verificar que, sendo o médico a pedra principal do xadrês da saúde e assistência, é jogado como um simples peão, com o maior desplante e desfaçatez» — escreve-nos um colega.

Assistindo ao progressivo alastrar da Previdência, infiltrando os domínios da Assistência e tanta vez praticando esta indevidamente, isto é, estendendo-a sem a devida compensação aos que não são «económica-mente débeis», o médico vê pouco a pouco ser-lhe cerceada a clínica livre.

Mas não é só a sua situação material que fica ameaçada de progressivo desnível económico. O mesmo deprimente abaixamento sofre o prestígio do médico, espesinhado pelo comando de terceiros, muitas vezes adventícios sem estofa, guindados a postos de comando pela falta de critério duma burocratização crescente.

A que ponto se pôde chegar vê-se com toda a clareza da Exposição que o Conselho Geral da Ordem levou ao Presidente do Concelho de Ministros (1).

Com a perspectiva de uma Medicina Organizada na qual a remuneração viria a ser de 1\$30 per capita como estranhar que os novos se afastassem do Curso de Medicina?

Com efeito atente-se no que nessa exposição se lê:

«Número de novos diplomados:

Não cresce desde há 20 anos. A média dos últimos 10 anos é menor que a dos 10 anteriores:

Média nos primeiros 10 anos 203,2

Média nos últimos 10 anos 191,1

(1) Bol. da Ordem dos Médicos, vol. 7, n.º 6, 1958, pág. 401.

Quando se estabelecem as relações, quer da totalidade de inscritos, quer dos matriculados pela primeira vez, com o número de diplomados, verifica-se ser cada vez maior a quantidade de estudantes que abandona o curso ou se acumula nas Faculdades.

O contraste é flagrante com outras Escolas Superiores cujo número de inscritos não cessa de aumentar».

E noutro passo: «Esta situação virá também a reflectir-se no número e na qualidade das pessoas que pretendam seguir o curso médico.

Os elementos estatísticos já apresentados estão longe de ser optimistas a este respeito; basta lembrar que nos últimos vinte anos não têm havido aumento de novos diplomados em medicina. Compare-se, por exemplo, com o Instituto Superior Técnico, onde em 20 anos a cifra de inscritos passou de 468 para 1.581, o número de estudantes matriculados pela primeira vez de 113 para 357 e o de diplomados de 31 para 151.

Se as condições dadas aos médicos para viver se não modificarem, não temos dúvidas em afirmar que diminuirá perigosamente a frequência nas Faculdades de Medicina».

E ainda na mesma exposição: «Conclui-se do exame levado a cabo que a Medicina Organizada entre nós não se tem preocupado com a salvação dos princípios que permitem o eficiente exercício da medicina, porquanto:

- a) O tempo dedicado a cada doente é insuficiente;
- b) O número de doentes observados por cada médico e por hora é excessivo;
- c) A remuneração, tomada em relação às necessidades do médico, é muito baixa.

Não é de estranhar que assim suceda, uma vez que toda a estrutura da Medicina Organizada em Portugal se ordenou sem que representantes da classe tenham intervindo, ou a Ordem fosse ouvida»...

É também do depoimento de um colega atrás citado que transcrevemos: «Quando os partidos médicos foram criados, os clínicos partidistas recebiam das Câmaras Municipais, a título de subvenção de residência, o equivalente a 4 vezes o vencimento do professor primário.

Hoje o ordenado do facultativo municipal é igual ao polícia ou guarda republicano; se o partido tiver a sede numa aldeia pobre, e não

houver rendimento de outra origem, não sei como poderá viver e sustentar a família.

A instalação de uma Casa do Povo representa, para o médico da localidade, uma autêntica desgraça. Sob a ameaça de se ignorar a sua existência, é forçado a aceitar condições de trabalho e remuneração, verdadeiramente ignóbeis.

Ao verificar o paradoxo de os seus proventos diminuírem na proporção em que o trabalho aumenta, o médico, ferido na sua dignidade, reage.

Porém ai dele se tem a audácia de se insurgir contra as prepotências do director, secretário ou tesoureiro.....

Em 1938, um colega, em precárias condições económicas por ter perdido o Pai e ficando com toda a família a seu cargo, teve que aceitar, por 400\$00 mensais..... o lugar de médico da Casa do Povo de uma localidade de 3.000 habitantes, quase todos sócios efectivos da Instituição».

Não será preciso acrescentar muito mais a verdades que todos conhecemos.

Mas não deixaremos de acentuar que o desprestígio que atinge os médicos é agravado, e contrasta singularmente, com a estranha tolerância senão com o despudorado favor de que gosam curandeiros e charlatães, exercendo disfarçada e ilegalmente a Medicina, e ainda com a prática multiplicada de propagandas pseudo-farmacêuticas cuja fiscalização é deficiente ou nula (1).

(1) Quase todas as respostas ao inquérito que fizemos se referem ao charlatanismo, que um colega de Estarreja classifica de «escândalo público».

Pode argumentar-se que tal facto é apenas índice de baixo nível cultural da população. Será em parte assim nas áreas rurais. Mas que dizer das cidades com os curandeiros em grande estilo?

PRINCÍPIOS GERAIS

Antes de expor o esquema geral de estruturação das carreiras médicas em que assentou a Comissão, será conveniente indicar rapidamente os princípios gerais que a informaram e que a elaboração deste estudo procurou sempre respeitar.

Entre estes encontram-se os princípios proclamados para a Profissão Médica pela Associação Médica Mundial na Assembleia Geral realizada em Genebra em 1948 (1) e após isso repetidas vezes enunciados:

- I — Liberdade de escolha do médico pelo doente, liberdade do médico para escolher os seus doentes, excepto em caso de urgência ou de humanitarismo.
- II — Nenhuma intervenção de terceiros nas relações entre médico e doente.
- III — Quando um serviço médico haja de submeter-se a fiscalização, esta deverá ser exercida por médicos.
- IV — Liberdade de escolha do hospital pelo doente.
- V — Liberdade de o médico escolher a sua especialidade e o lugar do exercício da profissão.
- VI — Nenhuma restrição na medicação ou no tratamento médico, excepto em caso de abuso.
- VII — Representação adequada da profissão médica em todos os departamentos oficiais relacionados com os cuidados médicos.
- VIII — A Associação Médica Mundial declara não ser do interesse geral que os clínicos sejam funcionários recebendo um vencimento fixo, se se pretende que sejam administrados cuidados médicos adequados.

(1) Bol. da Ordem dos Médicos — vol. 3, n.º 4, 1954, pág. 197.

- IX — A remuneração dos serviços médicos não deve depender directamente do estado financeiro da organização seguradora.
- X — Qualquer plano de Segurança Social ou de Seguro deve estar aberto a todos os médicos, sem que nenhum possa ser obrigado a participar no mesmo se o não desejar.
- XI — Os planos de seguro obrigatório de doença devem cobrir somente as pessoas que não podem conseguir pelos próprios meios os cuidados médicos necessários.
- XII — Não pode tolerar-se a exploração do médico por terceiros, sejam eles quais forem, que se interponham entre ele e o doente.

Esses princípios situam-se na linha de aspiração que gerou o movimento da classe a que fizemos referência, e têm sido expressos várias vezes, nomeadamente na Exposição ao Presidente do Conselho de Ministros e, pelo que toca a esta Secção Regional, na carta (1) que foi dirigida ao Presidente do Conselho Regional de Coimbra da Ordem dos Médicos.

Neles nos baseámos ao elaborar o presente relatório, de acordo com a opinião expressa pela grande maioria das respostas dos médicos desta Secção ao inquérito que lhes enviámos.

Glosando aqueles princípios escreveu uma autoridade da mesma Associação Médica Mundial (2).

«La profession médicale doit, d'autre part, veiller avec un soin jaloux à ce que la sécurité sociale respecte l'éthique médicale. Le médecin n'a pas seulement à s'occuper de ses honoraires et des conditions générales de son action, mais aussi il doit s'efforcer de maintenir un climat favorable permettant la continuation des relations confidentielles entre médecin et malade, faire en sorte que la liberté de recherches et de publications soit respectée, ainsi que la liberté de l'enseignement médical, qui doit rester indépendant des influences extérieures. La liberté est la condition essentielle de l'exercice de la médecine et du progrès des connaissances médicales. A l'heure actuelle, dans bien des

(1) Bol. da Ordem dos Médicos, vol. 7, n.º 11, 1958, pág. 814.

(2) Gunnar Gundersen — A segurança Social considerada sob o ângulo médico — Cit. in Bol. da Ordem dos Médicos, vol. 3, n.º 4, 1954, pág. 201.

pays, les médecins doivent faire face à deux sources de dangers qui menacent leur liberté: les services administratifs d'assurances, et l'ingérence du Gouvernement. Le premier de ces périls repose sur la subordination des services médicaux aux possibilités des ressources financières des Caisses, en soumettant le médecin à un contrôle non médical. Le second danger dépend de la transformation possible du médecin en fonctionnaire, ou de sa domination par un Gouvernement».

Pretendemos que a renovação, que todos desejamos afinal, atualize a organização da Medicina sem a desvirtuar. Que a preocupação do progresso técnico não se sobreponha ao conteúdo humano da Medicina. Tanta vez o perigo tem sido apontado por quem de direito que parecerá redundância repeti-lo.

«O local deste encontro entre a técnica e o humano é o nó do problema» disse, com toda a razão, o Bastonário da Ordem não há muito.

«Há que dar a cada médico quer ele seja clínico, sanitarista ou investigador, uma sólida formação médica».

«É um encontro, um equilíbrio, que se torna necessário determinar: um esquema técnico moderno a par daquela contextura, daquela mística a que nos referimos atrás» (1).

A gravidade do problema — que para muitos se chamará antes dilema — é posta em evidência frequentemente com agudeza por personalidades que não sendo médicos sobre ele meditam por inclinação ou por dever dos seus cargos.

«A despersonalização da medicina curativa é um dos grandes perigos da estrutura de massas que o Ocidente está desenvolvendo», afirmava o Ministro da Educação há meses, por ocasião da inauguração do Hospital Escolar de S. João (2).

Já em 1950 o Dr. Henrique Martins de Carvalho dizia (3) (o que recentemente reafirmou, agora como Ministro da Saúde, na sessão de encerramento do Congresso das Misericórdias) (4):

(1) Bol. da Ordem dos Médicos, vol. 8, n.º 7, 1959, pág. 446.

(2) O Médico, Ano X, n.º 410, pág. 74.

(3) Problemas da Previdência e da Medicina Colectivizada — Comunicação apresentada ao «Círculo de Estudos Portugueses» — Cidade Nova, n.º 2, 2.ª série, Coimbra, 1950, p. 93.

(4) Bol. da Ordem dos Médicos, vol. 8, n.º 1, 1959; pág. 36.

«As organizações clínicas colectivizadas são especialmente complicadas de pôr em funcionamento eficiente porque representam o ponto de encontro de realidades dificilmente ajustáveis. Por um lado, o aumento de especialização do corpo clínico, o trabalho por equipe, a exigência de amplos meios auxiliares de diagnóstico e o custo elevado destes, a vantagem económica da apropriada concentração de serviços e o baixo nível de vencimentos do trabalhador médio — além de outras causas gerais — tornam indispensáveis as organizações deste género. Mas por outro lado, a prática revela que a medicina individual oferece melhores possibilidades de tratamento integral de cada caso, que o médico-de-família (que as especializações e outros motivos modificaram sem fazer desaparecer) pode exercer acção benéfica imperfeitamente realizável através da medicina colectivizada e que esta última traz riscos importantes, burocratizando o médico, reduzindo o estímulo e a competição abaixo do necessário para a revelação de novos valores e diminuindo até o desejo de aperfeiçoamento científico e de investigação.»

Côncios da complexidade do problema da estruturação das carreiras médicas, procuramos um esquema que permita melhorar o que há de bom e modificar o que não está certo, «progredir, aperfeiçoando o que já existe e criando o que ainda falta» como muito bem diz o nosso colega Manuel da Silva (1).

É o próprio Conselho Geral da Ordem dos Médicos que, com a prudência que a sua autoridade lhe confere, subscreve esta afirmação:

«Tanto sob o ponto de vista moral como material, parece indispensável manter a clínica livre e fazê-la coexistir, conviver e colaborar com a «Medicina Organizada». Desse modo uma e outra poderão beneficiar pela mútua correcção de erros e assimilação de qualidades. Porque não se há-de aproveitar a estrutura da clínica livre para sobre ela assentar pelo menos parte da assistência prestada pela «Medicina Organizada»?» (2).

(1) Manuel da Silva — Comentários ao «Estudo sobre a Carreira Médica — Jornal do Médico. Ano 19, n.º 869, 1959, pág. 83.

(2) Bol. da Ordem dos Médicos, vol. 7, n.º 6, 1958, pág. 434.

Em conformidade com estes princípios podemos assim formular a ideia fundamental que nos norteou :

Todos têm direito aos cuidados médicos de que necessitem, devendo retribuí-los de harmonia com as suas possibilidades.

Para atingir esta finalidade a Comissão entende que se deverá partir das seguintes bases :

1.º — Promover imprescindivelmente a « unidade de concepção, de direcção e execução da política sanitária nacional », como justamente defende a Comissão de Lisboa (1).

2.º — Procurarão estabelecer-se as condições necessárias para que o País possa ser coberto por uma completa rede assistencial médica plenamente eficiente.

3.º — As carreiras médicas estarão abertas a todos os médicos que as quiserem seguir e em qualquer altura poderão livremente sair delas.

4.º — Qualquer médico pode exercer clínica livre, quando para isso tenha condições.

5.º — O médico deve sair da Faculdade apto a exercer a Medicina, se assim o desejar.

Entende a Comissão que a exigência do internato pode fazer-se para as carreiras mas não para o livre exercício da clínica.

Não faz sentido que não sejam as Faculdades a conceder o título de médico aos seus próprios diplomados!

6.º — A liberdade do médico assim como a do doente deverá ser salvaguardada.

Mesmo dentro da Organização de um Serviço de Saúde o doente deve poder escolher o seu médico.

7.º — Reduzir ao mínimo a interferência de terceiros e tornar eficiente a adequada representação da classe médica nos escalões em que

(1) Estudo sobre a Carreira Médica — Relatório da Comissão de Lisboa, pág. 37.

a administração e a fiscalização possam interferir com a actividade do médico.

É assim que entendemos que, na organização hospitalar, à direcção clínica se deve subordinar a administração, e não ao invés, como se tem pretendido «desde que o espírito — que deveria ser médico — da direcção dos Hospitais foi contaminado pela mentalidade administrativa» como diz o Prof. Barahona Fernandes (1).

A actividade directiva transcende o económico porque se situa noutro plano. Esta verdade é válida para qualquer organismo, mesmo para um hospital.

A administração deve ser alheia, por ex., aos conflitos entre médicos, e quando, pela força das circunstâncias, houver necessidade de sair do âmbito do hospital por motivo de faltas deontológicas daqueles, existirá sempre o recurso à entidade competente — a Ordem dos Médicos.

(1) Barahona Fernandes — O ensino médico universitário e a Saúde e Assistência — *Jornal do Médico*, Ano 19, n.º 870, 1959, pág. 123.

ESTRUTURAÇÃO DAS CARREIRAS MÉDICAS

A — O Ensino da Medicina

No estudo da estruturação das carreiras médicas entendeu a Comissão que não pode abstrair-se do ensino da Medicina. Com efeito, a carreira do médico começa no momento em que se senta pela primeira vez nos bancos da escola médica.

É certo não ser da competência da Comissão, nem mesmo da Ordem, o gizar reformas de ensino. Mas não é menos verdade não poder a classe alhear-se dos problemas que estão afinal na base da profissão, e, visto que todos os médicos já viveram a sua experiência escolar, saudável será escutar a sua opinião para estruturar os possíveis esquemas sobre fundamentos sólidos. De resto, como se verá, ao delinear as carreiras médicas terá forçosamente que se entrar em linha de conta com o ensino, tanto durante, como após o curso médico. O que a seguir se indica não é aliás um projecto de reforma do ensino — não pretendemos acrescentar mais uma às várias que actualmente vigoram — nem esta Comissão sustenta que se atribua a designação de reforma ao simples arranjo de cadeiras, por bem feito que seja. Aparentam-se sugestões para o estudo de uma verdadeira e completa remodelação não só dos métodos mas até do próprio espírito do ensino da medicina, de forma a torná-lo actual e eficiente.

Ao esboçar algumas das principais directrizes que deverão presidir a essa remodelação teve esta Comissão em vista o princípio fundamental já atrás indicado de que uma vez obtido o diploma dos estudos médicos o licenciado deve estar apto a exercer a sua profissão, se assim o desejar. Claro que melhor será se quiser e puder aperfeiçoar-se, mas o facto

de a Medicina ser o estudo de toda uma vida (como há pouco ainda se intitulou a II Conferência Mundial de Educação Médica, reunida em Chicago) significa apenas que o médico do nosso tempo tem de actualizar e aperfeiçoar dia a dia o seu saber.

Ensino pré-graduado

Para começar pelo princípio, é esta Comissão de parecer que o chamado exame de aptidão (designação imprópria, pois não passa de simples exame de admissão) à Faculdade de Medicina, tal como é realizado, não tem qualquer utilidade e deverá ser suprimido. Trata-se, tal como está, de uma pura repetição de exames, feitos pouco antes nos liceus.

Durante o curso médico é fundamental que se organize o ensino de maneira a aumentar a escolaridade, aproveitando o ano lectivo muito melhor do que se faz actualmente. Torna-se dia a dia mais urgente acabar com o alastramento das épocas de exames, sobrepondo-se às épocas de ensino, com manifesta deturpação pedagógica, criando nos alunos como que uma psicose dos exames e prejudicando irremediavelmente o ensino, justamente no início do ano lectivo, quando mais intenso e proficuo ele poderia ser.

Com essa finalidade, deveria a segunda época ser admitida apenas como época de recurso, sendo permitida a prestação de provas em uma só cadeira, e assim poderiam terminar os exames no dia 15 de Outubro.

As aulas começariam obrigatoriamente a 16 de Outubro, o que aliás está na lei, mas deixaria de haver sobreposição com os exames. Para que a época de Junho — Julho (meses dedicados exclusivamente a exames) não ficasse demasiadamente sobrecarregada os exames das cadeiras semestrais poderiam ser feitos no final dos respectivos semestres.

Na passagem de ano só será tolerada a falta de uma cadeira, devendo no entanto observar-se rigorosamente o esquema de prece-dências que a lei actualmente estabelece.

O ensino deveria ser mais intensivo, e obrigatória a frequência com marcação de faltas tanto nas aulas teóricas como nas práticas. As férias seriam reduzidas a duas semanas no Natal e na Páscoa, e as aulas terminariam próximo do fim de Maio.

Intensificado assim o estudo, talvez fosse possível concentrar as cadeiras que constituem o curso de Medicina em cinco anos, o que avançaria de um ano a entrada do médico na profissão. Concentradas em 2 anos as cadeiras básicas, em 1 outro as pré-clínicas e em mais 2 as clínicas e especialidades, o curso diminuiria em extensão e ganharia em intensidade. Isso se faz em escolas estrangeiras em países em que a massa estudantil não é de melhor quilate que a nossa, mas em que os hábitos de trabalho e a persistência são, possivelmente, qualidades diferentes. Será um assunto a estudar convenientemente.

Um ponto, porém, foi unanimemente apontado na consulta que fizemos à classe desta Secção Regional e é igualmente expressão unânime da opinião da Comissão: é urgente dar uma feição mais prática ao ensino médico. Tanto nos trabalhos laboratoriais como nas aulas clínicas nas enfermarias, é necessário que o aluno execute, colabore, pratique. Para isso é forçoso que os quadros de pessoal auxiliar docente sejam substancialmente aumentados, e aos serviços atribuídas convenientes dotações.

As turmas de trabalhos práticos devem ser pequenas, ou melhor o número de alunos a orientar por cada monitor de trabalhos práticos, assistente ou outro, deve ser reduzido a 8, a 10 no máximo (atendendo já às dificuldades no alargamento conveniente dos quadros). De outra forma os alunos limitar-se-ão a escutar noções teóricas que decorarão sem pôr em prática e sem valorizar convenientemente.

Estas verdades elementares têm sido várias vezes afirmadas por quem de direito, mas tão fundamentais são que nunca será demais repeti-las.

No ensino das clínicas acentua-se modernamente a tendência para, em vez da clássica distribuição das matérias em Patologias e Clínicas Médicas e Cirúrgicas, individualizar os assuntos em sectores mais restritos (Cardiologia, Gastro-Enterologia, etc.).

A criação de tais serviços de preferência à estrutura tradicional permitiria um ensino de nível mais elevado e actual, e ao mesmo tempo a formação de escolas de especialistas, assunto que adiante será tratado.

Estágio

No último ano do curso médico haverá obrigatoriamente o estágio — mas profundamente remodelado em comparação com o actual.

O estágio deverá ser um ano de verdadeira e intensa prática clínica, orientada por pessoal docente a isso devidamente destinado. A sua duração deverá ser de um ano civil — isto é, 12 meses completos — em que o estagiário passará em sistema rotativo 4 meses pelos diversos serviços de Medicina, 4 meses pelos serviços de Cirurgia, 2 meses pelos serviços de Pediatria e 2 meses pelos de Obstetrícia.

Durante esse tempo o estagiário, devidamente vigiado e orientado, observará e seguirá os doentes nas enfermarias, nas consultas externas, no Banco e serviços de urgência, nos serviços domiciliários, tomará parte no estudo e discussão dos casos nas reuniões clínicas.

No final do ano de estágio será devidamente tomada em conta a informação do aproveitamento e aplicação do estagiário, mas não haverá tese de licenciatura, que na opinião da Comissão deverá ser abolida.

Com efeito, o aparecimento de algumas teses porventura valiosas e revelando aptidões para a investigação não justifica a perda excessiva de tempo que originam, obrigando os estagiários a sacrificar a preparação clínica no período em que ela mais intensa e mais *formativa* deveria ser para o futuro médico. A atitude científica de espírito de investigação, no sentido actual, é indispensável ao médico, mas deve já ter-lhe sido inculcada no curso dos seus estudos, particularmente nas cadeiras básicas e pré-clínicas. Se o aluno mostrar aptidões e pendor para a pesquisa científica, então deve estimular-se e aproveitar-se para a carreira de investigação, aperfeiçoando-se nesse sentido em aprendizagem post-graduada.

Feito o estágio com aproveitamento e concedido então pela Faculdade o diploma de licenciatura, está o licenciado apto a exercer a Medicina se assim o desejar. Poderá passar a praticar a clínica livre ou ingressar nas Carreiras conforme o que adiante se indica.

Como também já se disse, para o livre exercício da clínica não será obrigatório o internato.

Ensino post-graduado

Às Faculdades deve, em princípio, competir ainda o ensino após a graduação, a formação de especialistas e a actualização de conhecimentos.

A elas caberá a orientação do ensino, embora este possa e deva ser feito de colaboração com a Ordem.

«As Faculdades de Medicina devem organizar-se neste sentido, devem apetrechar-se e cuidar dos seus quadros para estarem à altura de fazerem o ensino aprofundado nestas matérias e a pesquisa que forçosamente o terá de acompanhar». (1)

Assim, os *Cursos para Especialistas* serão efectuados em Serviços Especializados idóneos, terão uma duração variável conforme as especialidades em causa e findarão com o exame de habilitação ao título de especialista, de acordo com a Ordem dos Médicos.

A idoneidade dos serviços, a constituição dos júris e dos programas, a fiscalização da aprendizagem e outros problemas atinentes à formação de especialistas serão estudados em perfeita colaboração das Faculdades com a Ordem.

Notemos que a obtenção do título de especialista se deve poder fazer fora das Carreiras, desde que o médico se submeta ao que a lei estabelecer para esse fim, mas é óbvio que só os especialistas dentro das Carreiras terão direito às garantias dos médicos das mesmas Carreiras.

Quanto aos *Cursos de Actualização*, seriam abertos a todos os médicos, mas a Organização do Serviço de Saúde remunerará apenas os que estiverem nas Carreiras, atribuindo-lhes ajudas de custo e promovendo a sua substituição por colegas, visto ser o direito ao aperfeiçoamento uma das regalias dos médicos das Carreiras. Esses cursos teriam essencialmente por base estágios em serviços à escolha dos pretendentes, devendo ainda organizar-se pequenos cursos, constituídos por conferências de actualização, realizados nos hospitais regionais ou sub-regionais.

Nestes, como em outros assuntos, não passaremos de apontar sugestões, indicar linhas gerais de orientação que nos parecem necessárias ou úteis, mas abstermo-nos de descer à pormenorização impossível ou perigosa sem o estudo mais detido dos problemas.

(1) Jorge da Silva Horta — Da Universidade para a Profissão Médica — Bol. da Ordem dos Médicos, vol. 8, n.º 1, 1959, pág. 9.

B — Organização hospitalar

Tem-se procedido à edificação de numerosas construções hospitalares, visando a cobertura do País segundo um programa estabelecido. Mas não se verifica que tamanho dispêndio se traduza por maior eficiência, como seria de desejar.

Sabe-se quais os principais motivos desse facto:

1.º — Porque o hospital não é o edifício, mas um conjunto de elementos, dos serviços de urgência às cozinhas, da direcção ao pessoal médico, de enfermagem, administrativo, etc., tudo funcionando ordenada e harmónicamente para a mesma finalidade.

Alguns dos nossos edificios hospitalares melhor mereceriam a designação de albergues ou casas de repouso do que de hospitais.

2.º — Porque sem hierarquização e orientação superior unificada cada pequeno hospital torna-se num confuso pequeno mundo de incoordenação, numa engrenagem parada na máquina assistencial e sanitária.

Estas verdades insofismáveis levam-nos a alinhar em perfeita coincidência com o ponto de vista expresso no Relatório de Lisboa: «O desacerto da nossa organização hospitalar, desanima os doentes, confrange os médicos e confunde as administrações. De tanto dinheiro gasto, de tanto esforço e boa intenção, ficámos com alguns edificios, não ficámos, nem por este caminho ficaremos, com melhor assistência» (1).

Vamos partir, no nosso estudo, da periferia para o centro, por estarmos firmemente convencidos que é realmente na periferia, na assistência rural, que as lacunas são maiores e mais graves.

1 — Partidos médicos rurais

Se meditarmos um pouco no facto de que 3/4 partes da população do continente vivem fora de centros populacionais importantes (com mais de 5.000 habitantes) e por outro lado que a distribuição dos médicos se faz de maneira inversa, teremos de concluir que é fundamental cobrir as áreas rurais com uma mais densa rede de assistência médica. É por todos reconhecido ser uma das maiores lacunas da nossa assis-

(1) Estudo sobre a Carreira Médica — Relatório da Comissão de Lisboa, pág. 35.

tência médica rural a carência de médicos, por má distribuição dos mesmos em favor de centros onde em demasia abundam.

Pode avaliar-se grosseiramente essa desproporção. Para fazer uma ideia da distribuição dos médicos na área que mais nos interessa, isto é, na Zona do Centro do País, correspondente à área hospitalar subsidiária do Hospital Central de Coimbra, servimo-nos dos dados populacionais fornecidos pelo último censo (1950), referidos no Anuário Demográfico (1) e dos elementos fornecidos pela Ordem quanto aos médicos existentes na mesma Zona. É claro que estes últimos dados são recentes, enquanto os referentes ao censo populacional pecarão por defeito visto serem referentes a nove anos atrás. Mas o cálculo é mesmo assim válido, pois as condições actuais devem certamente ter-se agravado quanto à concentração da assistência médica nos centros urbanos, sabido como é que essa tendência se tem vindo a acentuar.

Na área da Zona Hospitalar de Coimbra havia, segundo o censo, 1.579.680 habitantes, dos quais 130.016 viviam em centros urbanos de mais de 5.000 habitantes. Na mesma área existem 1.048 médicos dos quais 512 nos referidos centros urbanos.

Teremos assim na área não urbana uma população de 1.449.664 habitantes assistidos por 536 médicos e na área urbana uma população de 130.016 habitantes para os quais existem 512 médicos. Um cálculo simples nos mostra que enquanto nos centros urbanos existe um médico para cada 253 habitantes, nas zonas rurais a proporção é de um médico para 2.704 habitantes! É tão flagrante esta diferença que se pode reputar de altamente significativa, apesar de todas as reservas que lhe possamos fazer quanto ao rigor estatístico.

É evidentemente na própria cidade de Coimbra que a densidade de médicos atinge o seu maior valor. Mesmo atendendo ao seu carácter de cidade universitária e à concentração originada pelo ensino médico, ainda assim é profundamente impressionante o contraste entre a abundância de médicos citadinos e a penúria rural.

Mas o fenómeno não é evidentemente apanágio da Zona Centro. Ele verifica-se em todo o País.

(1) Anuário Demográfico, 1958, pág. LVIII.

Veja-se o significativo estudo feito pelo Prof. Almeida Garrett (1) sobre o problema, e as conclusões serão bem claras.

Começamos o estudo da organização hospitalar pelos partidos médicos rurais, embora estes partidos não façam realmente parte dessa organização, porque a servem periféricamente, iniciando-se na verdade aí a triagem dos doentes para os hospitais sub-regionais.

Entendemos ser o consultório do médico rural uma unidade primária, a mais periférica, do esquema assistencial. Seria comparável à consulta externa do hospital.

Ora sendo nitidamente insuficiente o número de partidos médicos existentes actualmente, torna-se essencial que sejam criados muitos mais.

O critério que presidirá à criação desses novos partidos não deve atender apenas à população, mas também a outras considerações geográficas, como área, facilidade de transportes, etc.

É fundamental, porém, que sejam convenientemente remunerados. Prevê-se neste plano um vencimento fixo, acrescido de subsídio de compensação para os lugares mais desfavorecidos ou distantes, sendo também residência e consultório fornecidos pelo Serviço de Saúde.

Esses médicos poderiam, quando entendessem necessário, requisitar análises e radiografias aos laboratórios dos Hospitais sub-regionais.

2 — O Hospital sub-regional

O Hospital sub-regional, de acordo com o plano já estabelecido para o País, serve um ou vários concelhos conforme o número de habitantes, a área, etc.

Ele deve assegurar uma assistência médica permanente — constituindo o centro de convergência dos doentes enviados pelos médicos dos partidos da área, os quais aí recorrerão em primeira instância.

É indispensável estudar e preparar cuidadosamente a integração no Hospital sub-regional de todas as outras modalidades de assistência médica oficialmente subvencionadas — Casas do Povo, Misericórdias,

(1) Almeida Garrett — A respeito de plétora médica — Portugal Médico, vol. 42, 1958, págs. 141, 432 e 526.

Postos da Previdência, Sindicatos, Médicos de Partido da localidade, etc. Esta integração é um dos pontos mais delicados numa organização dos serviços de saúde. Requer um estudo metódico e deverá ser levada a efeito com prudência. Mais do que rígida esquematização deverá significar coordenação perfeita (1).

O quadro médico dos Hospitais sub-regionais deve ser suficiente para assegurar a permanência do funcionamento dos serviços, com socorros urgentes, consultas externas, serviços laboratoriais, serviços domiciliários, etc. Como padrão mínimo poderão exigir-se os seguintes serviços, no que estamos de acordo com o Relatório da Comissão de Lisboa (2):

- 1 — Medicina Geral;
- 2 — Cirurgia Geral;
- 3 — Serviços Materno-infantis;
- 4 — Isolamento, para doenças infecto-contagiosas;
- 5 — Estomatologia;
- 6 — Radiologia;
- 7 — Laboratório.

As especialidades serão criadas conforme as necessidades da área. Quando não existirem, há o recurso ao Hospital regional mais próximo, que inclusivamente aí poderá enviar os respectivos especialistas.

Este mesmo padrão mínimo exige três directores de serviço, um dos quais assumirá rotativamente a direcção clínica do hospital: um Director dos Serviços de Cirurgia, um Director dos Serviços de Medicina e um Director dos Serviços Materno-infantis. Haverá além disso os médicos-adjuntos necessários para a eficiência dos vários serviços.

(1) V. por ex. a propósito das Misericórdias o que diz o Prof. Miller Guerra: «Numa política sanitária moderna, poderiam retomar plenamente a função que tiveram em épocas pretéritas e ainda não perderam, apesar da erosão do tempo. Porque não lhes restauram as funções, reanimando-lhes o vigor quinhentista e adaptando-as ao nosso tempo?»?

Miller Guerra — A Política da Saúde — Tese apresentada ao IV Congresso das Misericórdias, Lisboa, 1958. — Bol. Ordem dos Médicos, vol. 8, n.º 4, 1959, pág. 249.

(2) Estudo sobre a Carreira Médica — Relatório da Comissão de Lisboa, pág. 57.

Estes médicos hieràrquicamente correspondem na carreira aos médicos de partido.

O Director do Hospital será responsàvel pela eficiênciã dos serviçõs que regula e orienta, e trabalharà em concordância com o Sub-delegado ou Sub-Delegados de saúde da àrea abrangida pelo hospital. À Direcção do Hospital estarão subordinados todos os serviçõs, inclusivé os administrativos.

Deverà estabelecer-se para os médicos um mìnimo de trabalho de 4 horas diàrias.

Os laboratõrios dos hospitais sub-regionais serãõ utilizados pelos serviçõs de Saúde Pùblica e poderãõ também sê-lo pelos médicos de partido da àrea.

O padrãõ que acabamos de delinear exige, para o conveniente funcionamento do hospital sub-regional, um mìnimo de condições de pessoal tècnico bastante e de movimento de doentes que o justifique.

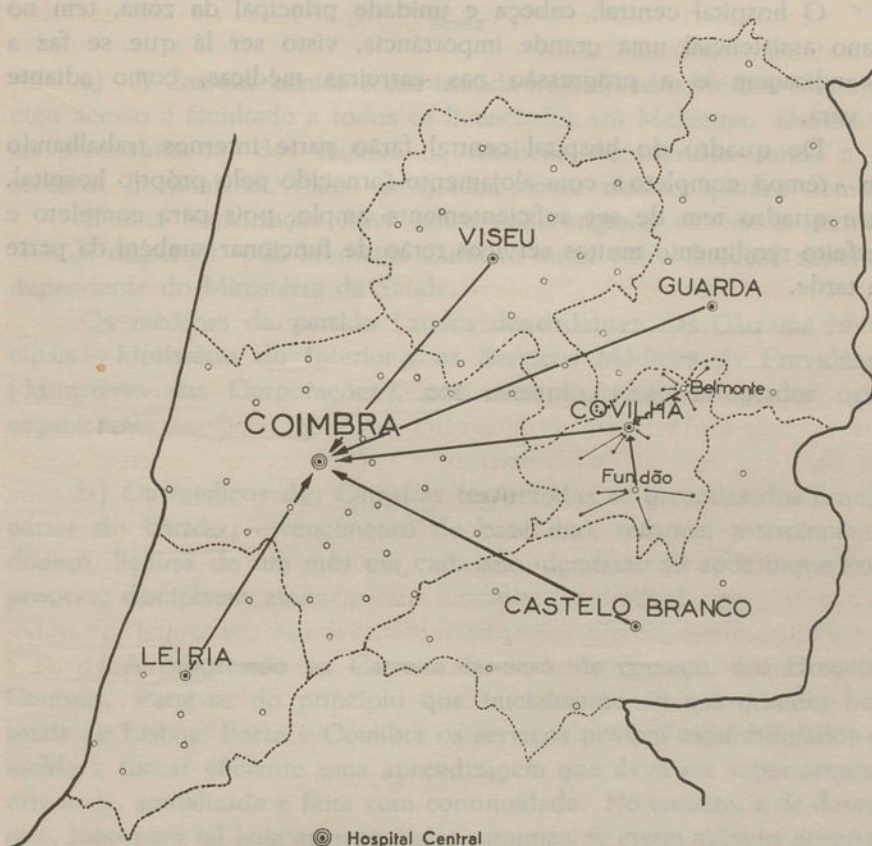
Nãõ serà demasiado dizer que um nùmero de 50 leitos é o menos que se pode esperar para o funcionamento de um hospital. Tudo o que for abaixo disso nãõ serà mais que um posto de socorros, centro de saúde, ou equivalente. Pulverizar a rede hospitalar, multiplicando pequenas construções de deficiente assistênciã é desperdiçar dinheiro e energias. Os doentes continuarãõ a ignorar simulacros hospitalares e, galgando esse escalãõ do esquema assistencial, afluirão aos centros, congestionando-os, como até agora tem sucedido. O hospital sub-regional deixarà de exercer a funçãõ de unidade periférica de assistênciã e de primeira triagem que lhe compete.

3 — O Hospital regional

O hospital regional, que tem normalmente sede na capital do distrito, integra e orienta os hospitais sub-regionais desse distrito e por sua vez depende de um dos 3 hospitais centrais.

Da sua eficiênciã deriva em grande parte o bom funcionamento dos hospitais centrais, pois nele é feita a triagem de inùmeros doentes, tanto do foro mèdico como do cirùrgico, que assim nãõ necessitarãõ de acorrer aos trêss centros principais.

Esquema assistencial da Zona Centro



- ⊙ Hospital Central
- ⊙ Hospital Regional
- Hospital Sub-regional
- Sede de Partido Rural

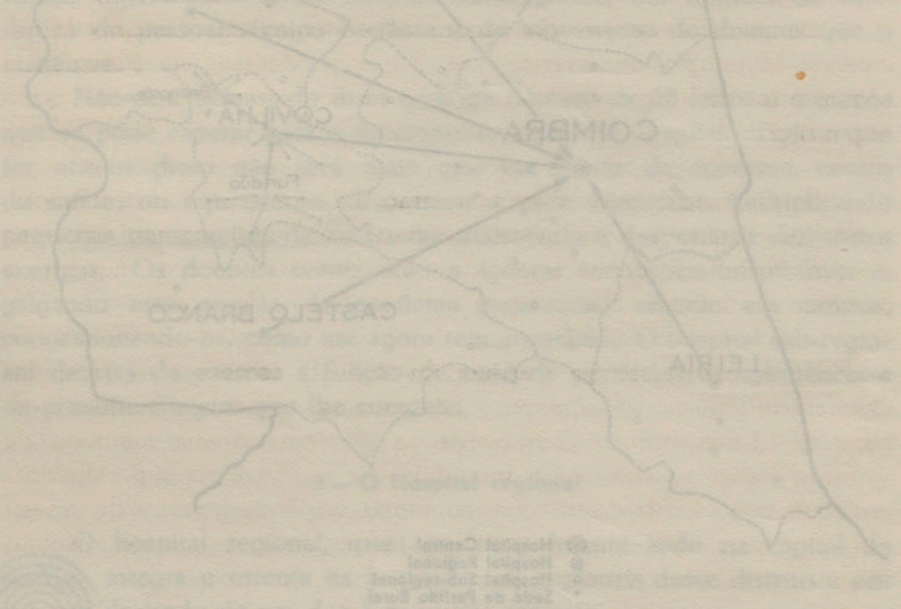


Por estes motivos todas, ou quase todas, as especialidades aí deverão funcionar (1).

4 — O Hospital central

O hospital central, cabeça e unidade principal da zona, tem no plano assistencial uma grande importância, visto ser lá que se faz a aprendizagem e a progressão nas carreiras médicas, como adiante se verá.

Do quadro do hospital central farão parte internos trabalhando em « tempo completo » com alojamento fornecido pelo próprio hospital. Esse quadro tem de ser suficientemente amplo, pois para completo e perfeito rendimento muitos serviços terão de funcionar também da parte da tarde.



(1) No entanto no momento presente é grande a penúria de especialistas na província, como o Prof. Miller Guerra acentuou. V. o quadro com a distribuição dos especialistas nas principais cidades a pág. 256 do Bol. da Ordem dos Médicos, vol. 8, n.º 4, 1959.

C — Carreiras médicas

1 — Carreira clínica

Bases

a) A Carreira clínica é estruturada num Quadro Médico Nacional, cujo acesso é facultado a todos os licenciados em Medicina. Destina-se ao preenchimento dos lugares de médicos de partidos rurais e de médicos hospitalares, todos integrados nesse mesmo quadro comum.

É uma organização nova entre nós; engloba os vários sectores — hoje dispersos — da Medicina Curativa numa única direcção superior, dependente do Ministério da Saúde.

Os médicos de partido (agora dependentes das Câmaras Municipais — Ministério do Interior), os Serviços Médicos da Previdência (Ministério das Corporações), por exemplo, serão integrados nessa organização.

b) Os médicos das Carreiras terão todas as garantias dos funcionários do Estado: — vencimento de base fixo, reforma, assistência na doença, licença de um mês em cada ano, demissão só após inquérito e processo disciplinar, etc.

c) A progressão na Carreira far-se-á, de começo, nos Hospitais Centrais. Parte-se do princípio que inicialmente só nos grandes hospitais de Lisboa, Porto e Coimbra os serviços possam estar montados de molde a tornar eficiente uma aprendizagem que deve ser superiormente orientada, actualizada e feita com continuidade. No entanto, é de desejar que, logo para tal haja as necessárias garantias, se criem nalguns hospitais regionais condições semelhantes.

d) A carreira médica clínica compreende os seguintes graus de hierarquia crescente:

- 1) interno do internato geral
- 2) » » » complementar

- 3) interno graduado
- 4) chefe de clínica
- 5) director de serviço

Estes graus, obtidos no Hospital central, dão direito a ocupar determinados lugares à periferia.

e) A ascensão a lugar superior na escala pressupõe a permanência dum tempo mínimo em cada grau, segundo o esquema seguinte :

- 1) internato geral — 1 ano
- 2) internato complementar — 3 anos
- 3) interno graduado — 5 anos
- 4) chefe de clínica — 5 anos
- 5) director de serviço — vitalício

f) Não obstante a continuidade e unidade da carreira, as promoções serão, quando necessário, filtradas por concursos. Terminado o tempo mínimo de permanência exigido para cada escalão, o médico da carreira tem a alternativa de concorrer ao grau imediato ou optar por um lugar correspondente à periferia.

Poderá, no entanto, manter-se no lugar que ocupa, se não existir vaga, até ao seu aparecimento.

g) A circunstância do médico ocupar um lugar fora do Hospital central não o impede de a ele poder regressar para prosseguir na ascensão da carreira, no caso de ter vaga.

h) Em qualquer altura pode o médico abandonar livremente a carreira.

Internato Geral

O internato geral é a porta de entrada para esta carreira e tem lugar nos Hospitais centrais.

Como regra geral não deverá haver quaisquer provas de admissão — o licenciado poderá inscrever-se em qualquer internato à sua escolha.

Mas dado que a estrutura dos hospitais exige que o número de internos seja fixo, terá de haver concurso sempre que o número de candidatos seja superior ao das vagas existentes. Visto que, como se disse atrás, se advoga o amplo alargamento do quadro de internos dos Hospitais centrais, não é de esperar que haja necessidade de selecção dos concorrentes ao internato geral. Contudo, a ter que se fazer a escolha, idêntico critério de selecções deve existir nos três Hospitais centrais.

O internato terá a duração de um ano, durante o qual o interno transitará em sistema rotativo por diversos serviços hospitalares, sendo, em princípio, a distribuição por esses serviços feita por acordo entre o Director do Hospital, os Directores de Serviço e os interesses de aprendizagem do interno.

O internato será efectuado em regime de «tempo completo» (6 horas diárias) devendo além disso os internos assegurar, por escala, os dias integrais de serviço necessários para manter a eficiência do estabelecimento hospitalar.

O interno terá direito a remuneração (assunto de que adiante se tratará), alojamento e, para os que o desejarem, ao fornecimento de alimentação pelo Hospital em condições especiais. Entendemos que a remuneração do interno não deve ser apenas simbólica, porque se é certo que ele está praticando e aprendendo, não é menos verdade que do seu trabalho depende o funcionamento do hospital, ao qual presta serviço já integrado nas Carreiras médicas e portanto com as inerentes garantias.

Ao fim de um ano — duração deste grau — o aproveitamento final será dado por informação conjunta dos Directores de Serviços onde o interno trabalhou.

Se o médico quiser então abandonar a carreira para exercer a clínica livre ou seguir outra (a universitária, por ex.) pode fazê-lo livremente. Passando à clínica livre perderá, é claro, as garantias dos médicos nas Carreiras.

Continuando na carreira clínica, ao fim de um ano de internato geral o médico poderá concorrer a uma vaga nos hospitais regionais ou sub-regionais, ou a uma vaga de médico de partido rural.

Médico de partido rural

Para o lugar de médico de partido rural é pois necessária a frequência de um ano de internato geral. Após este, o acesso ao lugar é feito por concurso documental.

A transferência entre partidos será feita a pedido dos interessados, atendendo-se principalmente ao tempo de permanência na carreira e aos bons serviços demonstrados.

Como ficou dito, qualquer médico nesta categoria pode concorrer ao lugar imediato nos Hospitais centrais — o do internato complementar — em igualdade de condições com outros médicos que tenham concluído o internato geral.

Como se disse também, o médico de partido rural goza das regalias gerais atribuídas aos funcionários públicos, percebendo além disso uma remuneração fixa sensivelmente mais elevada do que a atribuída ao interno geral. Terá direito a residência e consultório na sede do partido.

Tem como obrigação prestar assistência médica aos indigentes da sua área, podendo exercer a clínica livre, como adiante se verá.

Internato complementar

O ingresso no internato complementar far-se-á por concurso, quando o número de candidatos fôr superior ao número de vagas existentes.

Este internato tem a duração de 3 anos e é constituído pelas variedades seguintes: Medicina, Cirurgia e Especialidades. As especialidades serão realizadas no internato complementar, total ou parcialmente, de acordo com regulamento a instituir.

Será atribuída uma informação final, concluído esse internato, e haverá então a possibilidade das seguintes saídas:

- 1) desempenho de um lugar à periferia;
- 2) concurso para o lugar de interno graduado;
- 3) clínica livre.

Interno graduado

A admissão a este grau de internato é feita por concurso e apreciação do «curriculum vitae» dos candidatos. Tem a duração de 5 anos.

Como o anterior internato, poderá este ser realizado nas modalidades de Medicina, Cirurgia ou Especialidades, concluindo-se neste grau algumas especialidades que pela sua natureza o exijam (Cirurgia, por exemplo).

Como saídas oferecer-se-ão ao interno graduado, além da clínica livre, sempre possível, a ocupação à periferia de lugares de chefe de Clínica num Hospital Regional ou de Director de Serviço num Hospital Sub-regional. Poderá ainda concorrer ao lugar de Chefe de Clínica no Hospital Central.

Chefe de Clínica

Neste grau a admissão faz-se como no anterior por concurso e «curriculum vitae». A duração é, da mesma forma, de 5 anos, existindo igualmente as modalidades já descritas — Medicina, Cirurgia, Especialidades.

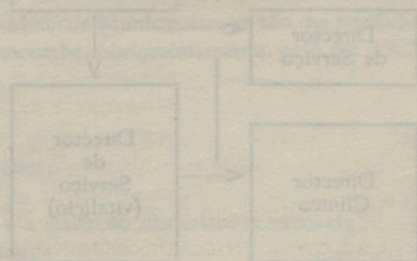
Saídas:

- 1) concurso para Director de Serviço do Hospital Central;
- 2) ocupar vaga de Director de Serviço no Hospital Regional;
- 3) clínica livre.

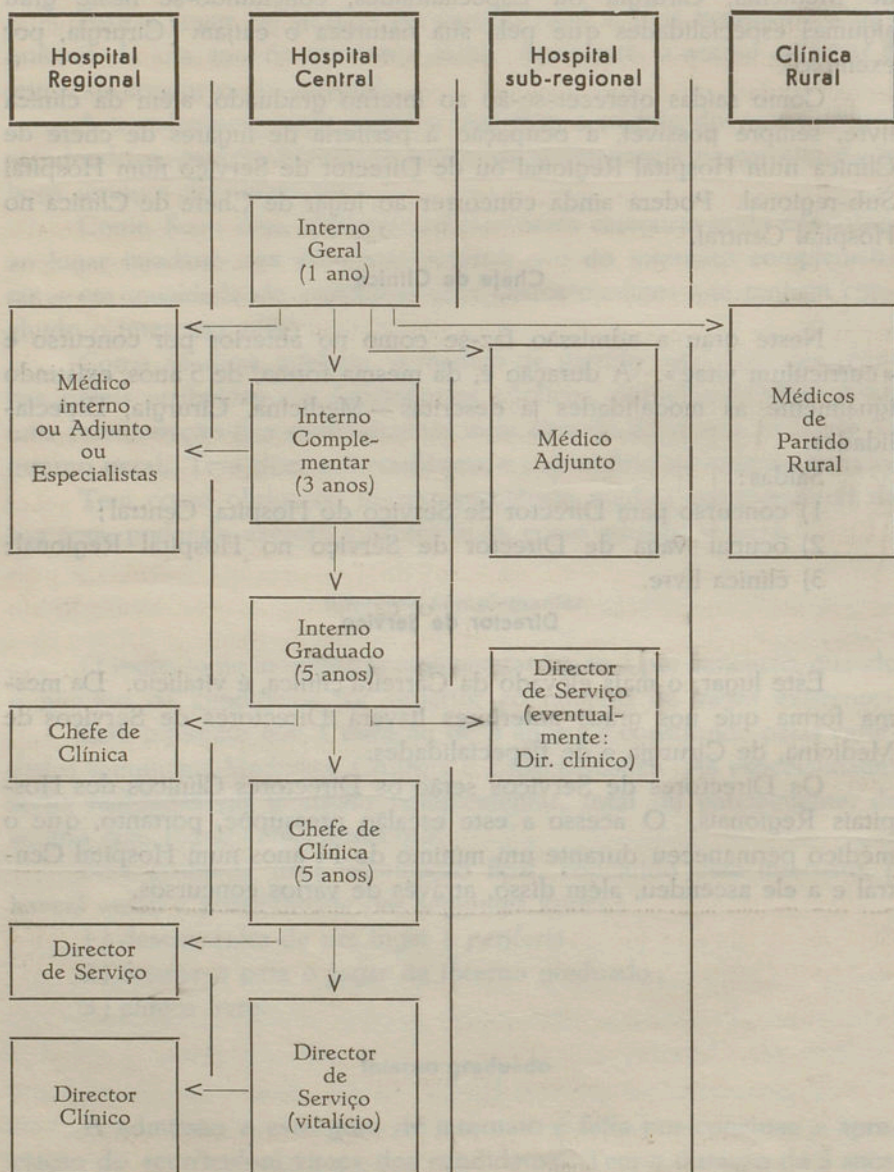
Director de Serviço

Este lugar, o mais elevado da Carreira clínica, é vitalício. Da mesma forma que nos graus anteriores haverá Directores de Serviços de Medicina, de Cirurgia e de Especialidades.

Os Directores de Serviços serão os Directores Clínicos dos Hospitais Regionais. O acesso a este escalão pressupõe, portanto, que o médico permaneceu durante um mínimo de 14 anos num Hospital Central e a ele ascendeu, além disso, através de vários concursos.



ESQUEMA DA CARREIRA CLÍNICA



2 — Carreira de Saúde Pública

Considera a Comissão ter esta Carreira importância fundamental na vida sanitária da Nação, mas que, dado o actual atrazo, ela necessita ser estruturada convenientemente e com cuidado. Há que fazer sentir aqui um forte sopro renovador.

O primeiro objectivo é promover a educação sanitária da população. Partimos neste ponto praticamente do zero. Os princípios elementares da saúde deveriam ser ensinados logo na escola primária, com a activa colaboração do médico de Saúde pública. Essa seria mesmo uma das primaciais funções deste médico — a educação sanitária. Sem a educação das massas populacionais, trazendo para as tarefas da Saúde pública a colaboração activa, esclarecida e interessada do povo, quaisquer planos, por melhor gizados que sejam, falharão irremediavelmente.

Isto implica necessariamente uma modificação total da concepção do papel do médico sanitaria rural — seja o Sub-delegado de saúde. Mas, por sua vez, esta modificação está na dependência da estruturação, melhor, da criação da Carreira de Saúde Pública. (1)

Transcrevemos, a este respeito, do Boletim da Ordem, de uma notícia sobre declarações do Ministro da Saúde no encerramento do Curso de Aperfeiçoamento para Sub-delegados de Saúde:

«Foi feita então nova pergunta, desta vez acerca das obrigações que impendem sobre os subdelegados de saúde. O Senhor Ministro respondeu ser esse um dos assuntos mais importantes da legislação sanitária: as obrigações que pesam sobre os delegados de saúde são nume-

(1) Veja-se, por ex., o que é exigido dos médicos municipais, em matéria de Saúde Pública. Transcreve-se do Bol. da Ordem dos Médicos, vol. 7, n.º 9, 1958, pág. 618, de uma lição do Dr. Braga da Cruz no IX Curso de Aperfeiçoamento Médico-Sanitário do Concelho Regional do Porto: «Médicos Municipais que são, na verdade, os primeiros funcionários de saúde, pois lhes incumbe, obrigatoriamente, pelo art. 150.º do Código Administrativo:

- 1.º — curar gratuitamente os pobres;
- 2.º — fazer a verificação de óbitos;
- 3.º — proceder às vacinações e revacinações;
- 4.º — fiscalizar a higiene escolar;
- 5.º — verificar a aptidão física das amas e a aleitação das crianças expostas;
- 6.º — inspecionar os géneros alimentícios;

rosas e variadas; por isso mesmo, muitas vezes se sente pouco à vontade para exigir dos subdelegados de saúde o cumprimento de tudo quanto a lei considera ser sua obrigação. E, a propósito, o Senhor Ministro referiu-se à necessidade de diminuir o desnível, existente entre nós, entre a estrutura material e a organização já existente para a medicina curativa e a situação da medicina sanitária; e afirmou a necessidade de se criar, para esta última, uma estrutura paralela à do esquema hospitalar de que a medicina curativa já dispõe. Só depois valerá a pena considerar o desejo, manifestado por alguns subdelegados de saúde, de passarem a trabalhar em regime de «full-time» (1).

Bases

1 — A Carreira de Saúde Pública é integrada num quadro médico nacional constituído por lugares de médicos de Saúde Pública, devidamente hierarquizados.

2 — A coordenação da Saúde Pública com os outros departamentos médicos nacionais deve ser o mais completa e eficiente possível.

3 — O médico de Saúde Pública trabalha em regime de «tempo completo», sendo-lhe vedado o exercício da clínica.

4 — Por conseguinte, a remuneração dos médicos desta carreira deve ser sensivelmente superior à dos lugares correspondentes na carreira clínica, de modo a poder garantir-lhes a independência económica.

7.º — proceder à inspecção e revisão médicas que devam ser feitas a indivíduos provindos de lugares infeccionados;

8.º — tomar parte nos exames, visitas e diligências sanitárias;

9.º — visitar, ao menos uma vez por semana, as povoações principais da área dos seus partidos;

10.º — auxiliar gratuitamente as intervenções cirúrgicas a pobres;

11.º — auxiliar o Subdelegado de Saúde cooperando com ele para o cabal desempenho dos serviços sanitários;

12.º — auxiliarem-se e substituírem-se reciprocamente, os do mesmo concelho;

13.º — exercer todas as demais atribuições que lhe sejam conferidas pelas leis e regulamentos.

(1) Bol. da Ordem dos Médicos, vol. 8, n.º 7, 1959, pág. 464.

5 — As regalias dos médicos nesta carreira são de resto comparáveis às da Carreira Clínica.

ESQUEMA

1 — Internato Geral

A Carreira de Saúde Pública é iniciada, tal como a Carreira Clínica, pela frequência de um ano de internato geral feita num Hospital Central.

2 — Curso Elementar de Saúde Pública

Após o internato geral, o candidato frequentará um curso de ministração de conhecimentos de Saúde Pública, estagiando simultaneamente em serviços especializados (doenças infecto-contagiosas, dermatologia e sifilografia, consultas externas de ginecologia, oftalmologia, etc.) — o que constituiria o Curso Elementar de Saúde Pública.

Tal como o internato que o precede, o Curso é remunerado, pois os médicos que o frequentam são já funcionários das carreiras e, conquanto aprendendo, prestam realmente serviço nas Delegações de Saúde.

O número de admissões anuais pode ser condicionado pelo número de vagas do escalão imediato — Subdelegado de Saúde — e deverão tomar-se as precauções necessárias para garantia da indemnização aos Serviços de Saúde em caso de perda de frequência ou de aproveitamento.

O programa de um Curso desta natureza visando a preparação cuidadosa dos profissionais de Saúde Pública requiere um ponderado estudo e elaboração.

Admite-se, em linhas gerais, que os estágios necessários para ampliação dos conhecimentos clínicos possam ter lugar pela manhã nos diversos serviços escolhidos; da parte da tarde se ministrariam as aulas de Saúde Pública.

3 — Subdelegado de Saúde

A frequência, com aproveitamento, do Curso de Saúde Pública permitirá o desempenho do lugar de Subdelegado de Saúde.

Em cada concelho deve existir um Subdelegado de Saúde. Excepcionalmente, o mesmo Subdelegado poderá acumular a direcção de mais

de um concelho se estes forem contíguos e pouco povoados. Em qualquer caso, porém, o número de habitantes a cargo da Subdelegação de Saúde nunca deverá exceder os trinta mil.

Os problemas que a Subdelegação tem de enfrentar são vastos — e hoje apenas se encontram esboçados. Além dos atinentes a questões de salubridade e higiene, compete-lhe a parte mais activa e trabalhosa da Medicina Preventiva: — vacinações, exames periódicos, saúde escolar (1) etc.

A ela incumbe, como já se salientou, a orientação e o desenvolvimento da educação sanitária das populações, particularmente nos meios rurais, momentoso problema no nosso país. Terá ainda sobre si a responsabilidade de incrementar um ramo da Medicina em pleno desenvolvimento, mas entre nós muito incipiente — a Medicina Social, em que trabalhará de colaboração com visitadoras e assistentes sociais. A própria Medicina do Trabalho, que com o fomento industrial dia a dia tomará vulto, entrará em grande parte no seu âmbito de acção. (2)

Uma tão árdua missão implica necessariamente trabalho total em regime de «tempo completo» (mínimo de 6 horas diárias), com transporte privativo da Subdelegação, sem as preocupações da clínica. De resto, a proibição de exercer clínica, assegura a sua imprescindível independência de acção. Com efeito, «este tipo de médico deverá possuir a independência e a autoridade necessárias para poder fazer valer, como um autêntico «magistrado» da Saúde, as normas da medicina preventiva, sobretudo junto do público ainda tão avesso às suas práticas», como com toda a razão escreve o Dr. Manuel da Silva. (3)

(1) V. a este respeito: L. Lopes Parreira — A Reforma da Medicina Escolar — O Médico, Ano X, n.º 402, 1959, pág. 344.

(2) Poderá formar-se mais tarde um corpo de especialistas em Medicina do Trabalho como advoga o relatório da Comissão de Lisboa (V. Estudo sobre a Carreira Médica — Relatório da Comissão de Lisboa, pág. 55). Igualmente deve ser encarada a sério a formação de peritos médico-legistas como tem repetidas vezes apontado o Prof. Duarte Santos (v. por ex. o artigo — Novo acrescento na organização médico-legal do País — O Médico, Ano X, n.º 426, 1959, pág. 162). Estes assuntos não são aqui pormenorizadamente expostos por, em nosso entender, dependerem antes de mais da estruturação geral dos Serviços de Saúde.

(3) Manuel da Silva — Comentários ao «Estudo sobre a Carreira Médica» — Jornal do Médico, vol. 40, n.º 869, 1959, pág. 83.

Não faz sentido que se prolongue por mais tempo o actual estado de coisas a tal respeito. O exercício da clínica permitido aos sub-delegados paraliza-lhes «quase por completo o exercício da função» — critica certamente o Prof. Miller Guerra. «A clínica livre é-lhes permitida por lei, porque o legislador entendeu que os proventos deviam advir-lhe do «pulso livre» e não do cargo. Como as funções oficiais interferem a cada passo com interesses, levanta resistências e acende conflitos. Se estes se agravam e repetem, o que é inevitável, dado o atraso da educação cívica e sanitária do nosso povo, a breve trecho o médico ver-se-á abandonado pela clientela, cujos interesses feriu» (1).

O Sub-delegado de saúde trabalhará em estreita e íntima colaboração com a direcção clínica do Hospital Sub-regional da sua área. Aos laboratórios desse hospital deverá solicitar as análises de rotina ou outras de que necessite.

Discorda, porém, esta Comissão que ao Sub-delegado seja atribuída a Direcção Clínica do Hospital Sub-regional. Pelas razões expostas acima se verifica que só em regime de «full-time», completamente devotado às suas funções, o Sub-delegado de Saúde as poderá desempenhar cabalmente. E a direcção de um Hospital não é tarefa pouco absorvente.

De resto, as duas carreiras — Clínica e de Saúde Pública — embora concordantes, tem cada uma os seus métodos e os seus problemas específicos.

O Sub-delegado de Saúde deve ainda contar com um quadro mínimo de colaboradores, incluindo um funcionário administrativo, um auxiliar técnico e enfermeiras visitadoras ou assistentes sociais em número variável, dependente da população e da amplitude das tarefas a seu cargo.

4 — Curso Superior de Saúde Pública

A subida para o lugar de Delegado de Saúde implica a frequência de um Curso Superior de Saúde Pública. Este Curso, aberto a qualquer médico que possua o Curso Elementar de Saúde Pública, deve ser remu-

(1) Miller Guerra — A Política da Saúde — Tese apresentada ao IV Congresso das Misericórdias, Lisboa, 1958 — Bol. da Ordem dos Médicos, vol. 8, n.º 4, 1959, pág. 259.

nerado para os Sub-delegados, embora o Serviço de Saúde tome as necessárias precauções quanto a garantia de indemnização em caso de falta de aproveitamento.

Destinado a ministrar conhecimentos especializados de Saúde Pública e à frequência de Serviços já bem estruturados nesse ramo da Medicina, o Curso deverá ter a duração de um ano e será realizado em estabelecimento idóneo para tal fim.

Aqui, como noutros pontos, abstemo-nos de descer a pormenores certamente prematuros. A estrutura do Estabelecimento onde deve ser professado esse Curso Superior de Saúde Pública requiere um estudo meticuloso e pressupõe, antes de mais, a existência de um corpo docente idóneo, com perfeita compreensão dos fins para que é criado.

5 — Delegado de Saúde

O Delegado de Saúde chefia e orienta a política sanitária do distrito.

O acesso ao lugar de Delegado requiere uma permanência mínima de 5 anos no lugar de Sub-delegado. Após esse tempo e a aprovação no Curso Superior de Saúde Pública, o Sub-delegado poderá fazer concurso para Delegado, no qual será apreciado o seu «curriculum vitæ».

6 — Inspector de Saúde

O grau mais elevado da Carreira de Saúde Pública é o de Inspector de Saúde. A sua missão é já bastante especializada dentro da Medicina Sanitária. Por isso mesmo o acesso a tal lugar deve fazer-se (após a permanência por um período mínimo de 5 anos em Delegado de Saúde) por concurso de provas públicas, apreciação do «curriculum vitæ» e apresentação de uma tese ou trabalho original sobre um assunto especializado de Saúde Pública.

3 — Carreira Universitária

A Carreira Universitária, dependente do Ministério da Educação Nacional, é uma carreira especial, cujas funções são sobretudo didácticas e de investigação, e da responsabilidade dos Conselhos das Faculdades.

Pondera portanto esta Comissão que a alteração da actual estrutura desta Carreira (carreira, aliás, forçadamente restrita) não é aqui de considerar. Há fortes razões para este ponto de vista. Com efeito, a estrutura da carreira universitária em Medicina tem de se equiparar às carreiras universitárias de todas as outras Faculdades, no que diz respeito a graus, condições de acesso, remuneração, etc.

A exigência, por exemplo, do internato para a Carreira Universitária criaria dificuldades ao recrutamento dos 2.^{os} Assistentes, principalmente nas cadeiras laboratoriais, dificuldades que na realidade já hoje existem, mas seriam agravadas.

Restringir-se-ia assim o âmbito da escolha do pessoal docente, quando justamente se deve alargar a possibilidade de recrutamento. O acesso a esta carreira deve estar aberto aos membros das outras carreiras médicas e mesmo a quaisquer médicos fora das carreiras.

Mantém-se, pois, o actual esquema:

2.^o Assistente da Faculdade

Entrada por escolha. Nomeação sob proposta dos Conselhos das Faculdades de Medicina. Contrato anual, renovável durante 6 anos. Doutoramento.

1.^o Assistente

Contrato anual renovável.

Concurso.

Professor extraordinário

Concurso.

Professor Catedrático

Indicam-se no entanto algumas normas respeitantes ao possível acesso da Carreira Universitária à Carreira Clínica, atendendo a equiparações e condições de admissão aos respectivos lugares.

Assim :

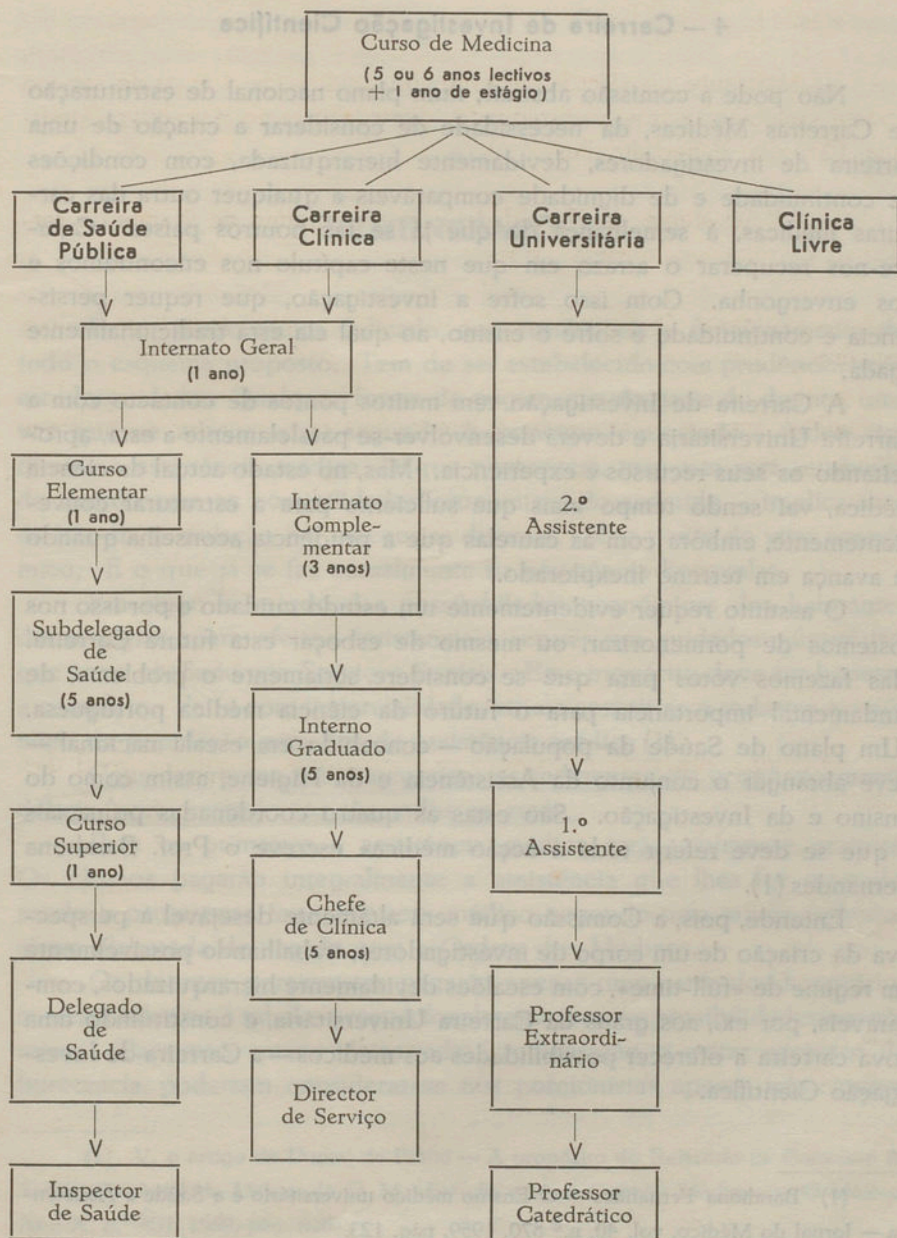
— Assistente da Faculdade com um mínimo de 4 anos de serviço poderá concorrer a Interno Graduado, dentro do ramo respectivo (Medicina, Cirurgia, Especialidades).

— 1.º Assistente da Faculdade com um mínimo de 9 anos de serviço na carreira universitária poderá concorrer a Chefe de Clínica.

— Professor da Faculdade (Extraordinário ou Catedrático) poderá concorrer a Director de Serviço.

Estes acessos subentende-se serem apenas facultados nas cadeiras clínicas.

Podemos, resumindo, esboçar um quadro do esquema geral das Carreiras :



4 — Carreira de Investigação Científica

Não pode a comissão abstrair, num plano nacional de estruturação de Carreiras Médicas, da necessidade de considerar a criação de uma carreira de investigadores, devidamente hierarquizada, com condições de continuidade e de dignidade comparáveis a qualquer outra das carreiras médicas, à semelhança do que já se faz noutros países. Cumpre-nos recuperar o atraso em que neste capítulo nos encontramos e nos envergonha. Com isso sofre a investigação, que requer persistência e continuidade e sofre o ensino, ao qual ela está tradicionalmente ligada.

A Carreira de Investigação tem muitos pontos de contacto com a Carreira Universitária e deverá desenvolver-se paralelamente a esta, aproveitando os seus recursos e experiência. Mas, no estado actual da ciência médica, vai sendo tempo mais que suficiente para a estruturar convenientemente, embora com as cautelas que a prudência aconselha quando se avança em terreno inexplorado.

O assunto requer evidentemente um estudo cuidado e por isso nos abtemos de pormenorizar, ou mesmo de esboçar esta futura Carreira. Mas fazemos votos para que se considere seriamente o problema, de fundamental importância para o futuro da ciência médica portuguesa. «Um plano de Saúde da população — concebido em escala nacional — deve abranger o conjunto da Assistência e da Higiene, assim como do Ensino e da Investigação. São estas as quatro coordenadas primaciais a que se deve referir toda a acção médica» escreve o Prof. Barahona Fernandes (1).

Entende, pois, a Comissão que será altamente desejável a perspectiva da criação de um corpo de investigadores, trabalhando possivelmente em regime de «full-time», com escalões devidamente hierarquizados, comparáveis, por ex., aos graus da Carreira Universitária, e constituindo uma nova carreira a oferecer possibilidades aos médicos — a Carreira de Investigação Científica.

(1) Barahona Fernandes — O Ensino médico universitário e a Saúde e Assistência — *Jornal do Médico*, vol. 40, n.º 870, 1959, pág. 123.

REMUNERAÇÕES

É um ponto muito delicado, que condiciona o funcionamento de todo o esquema proposto. Tem de ser estabelecido com prudência, após estudo cuidadoso. Qualquer forma de pagamento da parte do doente, uma vez que se admita que, segundo o princípio enunciado — todos têm direito à assistência médica de que necessitem, mas esta será retribuída de acordo com as possibilidades económicas do assistido — implica uma divisão da população em categorias diversas, sob o ponto de vista económico. É o que já se faz actualmente na assistência hospitalar.

Em rigor, o estudo das possibilidades económicas dos habitantes duma região, para efeitos assistenciais, requer um cuidadoso inquérito, que seria confiado aos Serviços Sociais. Esse inquérito deve ser honesto e completo. Feito com imparcialidade, viria a constituir o cadastro económico da população para fins de assistência médica (1).

Consideraremos três categorias: os indigentes, os economicamente débeis (porcionistas) e os abastados ou ricos.

Para os primeiros a assistência médica será totalmente gratuita. Os últimos pagarão integralmente a assistência que lhes for prestada, sendo o pagamento feito por acto médico, segundo uma tabela de honorários elaborada de acordo com a Ordem dos Médicos.

Os doentes porcionistas pagarão apenas uma parte dos honorários correspondentes à tabela, proporcionalmente às suas possibilidades económicas. Para não causar demasiada fragmentação e evitar excessos de burocracia, poderiam considerar-se nos porcionistas apenas três catego-

(1) V. o artigo de Daniel de Pinho — A propósito do Relatório da Comissão da Secção Regional de Lisboa de O. M. «Estudo sobre a Carreira Médica». — O Médico, Ano X, n.º 407, 1959, pág. 616.

rias — os que pagavam 1/4, os que pagavam 1/2 e os que pagavam 3/4 da tabela que lhes corresponderia. A parte restante seria suportada pelo Serviço de Saúde.

Consideremos separadamente a assistência hospitalar e a assistência médica rural. Em qualquer dos casos o doente pagaria segundo as suas posses, conforme se disse, mas no primeiro caso o pagamento seria feito ao Hospital e no segundo ao médico do partido rural, que cobraria os honorários segundo a categoria económica do doente. Quer dizer, o clínico no partido rural seria pago pelo Serviço de Saúde para prestar assistência aos indigentes e em parte pago pelo mesmo Serviço para a prestar aos porcionistas.

A isso corresponderia o seu vencimento fixo. A parte variável da sua remuneração seria representada pelo pagamento dos porcionistas (estes segundo a fracção da tabela de honorários que lhes tivesse sido atribuída pelo inquérito social) e pelo dos abastados, que pagariam os honorários por inteiro.

Para evitar desigualdades muito grandes entre diversos partidos médicos rurais, após o inquérito social permitindo o cadastro económico da população da área do partido, seria atribuído um subsídio de compensação de acordo com as dificuldades nas condições de vida, conforto, comunicações, etc., da localidade sede do partido.

Ao médico de partido rural seria, pelo Serviço de Saúde, atribuída residência e consultório.

Admite-se o princípio de que o doente pode escolher, dos Serviços de Saúde, o médico que quiser.

Na assistência hospitalar os Serviços Sociais procederiam de forma idêntica, atribuindo aos porcionistas a percentagem a pagar ao hospital, e os médicos — a partir da categoria de Interno graduado — receberiam, portanto, além do seu vencimento fixo, percentagens dos doentes porcionistas e pensionistas dos serviços a seu cargo.

Os Internos do Internato geral e complementar não receberiam essa percentagem, mas teriam direito a alojamento fornecido pelo hospital, bem como a alimentação em condições a estipular.

Quanto à Carreira de Saúde Pública, visto ser vedado o exercício da clínica aos seus médicos, é-lhes atribuído um vencimento sensível-

mente superior aos da carreira clínica, como já se fez notar. Admite-se ainda, dado o pequeno número de escalões da carreira, e, portanto, a perspectiva de maiores dificuldades de acesso, a atribuição de diuturnidades aos médicos de Saúde Pública.

Com as devidas reservas e a título meramente indicativo, pois o assunto requer atento estudo e a consideração de outros factores que estão já fora do âmbito deste relatório, damos aqui uma possível tabela de remunerações, segundo as normas que atrás deixamos indicadas.

Carreira Clínica

Interno de Internato Geral	2.500\$00 + alojamento
Médico de Partido	3.000\$00 + casa + consultório + subsídio de compensação de área pouco favorecida
Interno de Internato Complementar	3.000\$00 + alojamento
Interno Graduado	4.000\$00 + percentagem dos porcionistas e pensionistas
Chefe de Clínica	5 000\$00 + percentagem dos porcionistas e pensionistas
Director de Serviço	6.000\$00 + percentagem dos porcionistas e pensionistas

Carreira de Saúde Pública

Subdelegado de Saúde, sem diuturnidade	5.500\$00
com uma diuturnidade (10 anos de serviço)	6.000\$00
com duas diuturnidades	6.500\$00
Delegado de Saúde	7.000\$00
com uma diuturnidade	7.500\$00
Inspector de Saúde	8.000\$00
com uma diuturnidade	9.000\$00

Isto é, poderíamos atribuir aproximadamente as seguintes categorias, segundo o esquema geral de vencimentos do funcionalismo:

Interno do Internato Geral	Letra O
» » » Complementar	» M
Médico de Partido	» L
Interno Graduado	» J
Chefe de Clínica	» H
Director de Serviço	» F

Quanto aos médicos de Saúde Pública:

Subdelegado de Saúde	Letra H
Delegado de Saúde	» E
Inspector de Saúde	» D

A título informativo, para se aquilatar das posições relativas no quadro dos vencimentos do funcionalismo público, transcrevem-se algumas dessas posições.

(Dec.^{tos} 26 115, 42 046 e 42 105).

Letras	Educação	Economia	Justiça	Exército	Vencimen.
D	Prof. Catedrático		Juiz de 1. ^a classe		8.000\$00
E			» » 2. ^a »	Coronel	7.000\$00
F	Prof. ext. do ens. superior	Silvicultor e veterinário de 1. ^a cls.	» » 3. ^a »		6.500\$00
G				Ten. Cor.	5.900\$00
H		Silvicultor e veterinário de 2. ^a cls.		Major	5.400\$00
I			Delegado de 1. ^a classe		4.900\$00
J	1. ^o Assist. do ensino superior		Delegado de 2. ^a classe	Capitão	4.500\$00
K		Silvicultor e veterinário de 3. ^a cls.	Delegado de 3. ^a classe		4.000\$00
L					3.600\$00
M	2. ^o Assist. do ensino superior			Tenente	3.200\$00
N					2.900\$00
O				Alferes	2.600\$00

FASE DE TRANSIÇÃO

Finalmente, julga esta Comissão — inteiramente de harmonia com os Colegas da Comissão de Lisboa — ser imprescindível, para pôr em prática um esquema de estruturação das Carreiras Médicas, e portanto dos Serviços de Saúde, em plano nacional, a existência de uma fase de transição, em que a adaptação ao esquema proposto seja feita progressivamente, por escalões que o vão sucessivamente adaptando à realidade. Desta forma se irá pouco a pouco, com as lições da experiência, moldando aos factos concretos a forçada e rígida abstracção geométrica do esquema. Na execução deste haveria que respeitar as situações existentes, pois não é admissível que qualquer médico seja prejudicado ao ser integrado na nova orgânica dos Serviços de Saúde.

Assim, é inteiramente apoiada por esta Comissão a sugestão de que sejam criadas zonas experimentais, onde o plano possa ser aplicado a título de ensaio e daí inferidas as deduções convenientes para a sua progressiva extensão. Esta, visando a sua aplicação a todo o País, deve ser realizada com prudência, mas com firmeza e em marcha que poderá ser progressivamente acelerada.

Coimbra, Dezembro de 1959.

2 (mar) Bela da Profissões ...

A Comissão

João José Lobato Guimarães (Relator)
Mário Luiz Mendes (Relator)
Albertino da Costa Barros
António Freire Vaz Patto
António Maria Ponty Oliva
Emílio Lopes de Matos
Francisco Manuel dos Santos de Ibérico Nogueira
João Saturnino Pacheco de Amorim
José António de Matos Godinho
José de Gouveia Monteiro
José Pires da Silva
Manuel Esteves Brinca
Maria de Lourdes Correia e Santos de Prado e Castro
Norberto Jaime Rego Canha
Pedro de Castro Soares de Albergaria Tavares Corte Real
Rui Emanuel da Cunha Clímaco

A Comissão

João José Lobato Guimarães (Relator)
Mário Luiz Mendes (Relator)
Albertino da Costa Barros
Antônio Estevo Vaz Pato
Antônio Mário Pentez Oliveira
Eraldo Lopes de Matos
Francisco Manoel dos Santos de Idrone Nogueira
João Saurinho Pacheco de Amorim
José Antonio de Menezes Godinho
José de Gouveia Monteiro
José Pires da Silva
Manoel Esteves Brites
Mário de Lourdes Correia e Santos de Prado e Castro
Narciso Jaime Rago Cunha
Rafael de Castro Soares de Albuquerque Travesseiro
Rui Emmanuel da Cunha Climaço

ÍNDICE

	Págs.
Introdução	3
I — Justificação do estudo das carreiras	7
1 — O estudo sanitário do País	7
2 — Falta de coordenação da política sanitária	10
3 — Situação moral e material da classe médica	11
II — Princípios gerais	15
III — Estruturação das carreiras médicas	21
A — O ensino da Medicina	21
Ensino pre-graduado	22
Estágio	23
Ensino post-graduado	24
B — Organização hospitalar	26
Partidos médicos rurais	26
O Hospital sub-regional	28
O Hospital regional	30
O Hospital central	32
C — Carreiras médicas	33
1 — Carreira clínica	33
Bases	33
Internato geral	34
Médico de partido rural	36
Internato complementar	36
Interno graduado	36
Chefe de clínica	37
Director de Serviço	37
2 — Carreira de Saúde Pública	39
Bases	40
Esquema	41
Internato geral	41
Curso Elementar de Saúde Pública	41
Sub-delegado de Saúde	41
Curso Superior de Saúde Pública	43
Delegado de Saúde	44
Inspector de Saúde	44
3 — Carreira Universitária	45
4 — Carreira de Investigação Científica	48
IV — Remunerações	49
V — Fase de transição	53

INDICE

Página

3	Introdução
7	I — Justificação do estudo das doenças
7	1 — O estado sanitário do País
10	2 — Faltas de coordenação de política sanitária
11	3 — Situação atual e proposta de classe médica
13	II — Principais causas
21	III — Repercussão das condições médicas
21	A — O estado da Medicina
23	Ênfase nos problemas
23	Ênfase
24	Ênfase nos problemas
26	B — Organização hospitalar
26	Partidos políticos
26	O Hospital sub-convênio
26	O Hospital regional
26	O Hospital central
27	C — Características gerais
27	1 — Características gerais
27	Ênfase
27	Ênfase geral
27	Módulo de trabalho geral
28	Tratamento complementar
28	Tratamento quimioterápico
28	Ênfase de rotina
27	Ênfase de serviço
29	2 — Características de Saúde Pública
29	Ênfase
29	Ênfase
29	Ênfase geral
29	Curso Elementar de Saúde Pública
29	Sub-departamento de Saúde
29	Curso Superior de Saúde Pública
29	Departamento de Saúde
29	Inspeção de Saúde
29	3 — Características Universitárias
29	4 — Características de Investigação Científica
29	IV — Resumetização
29	V — Faltas de diagnóstico

Comp. e imp. na Tip. «Vitória»
Avenida Sá de Bandeira, 46-48
C O I M B R A

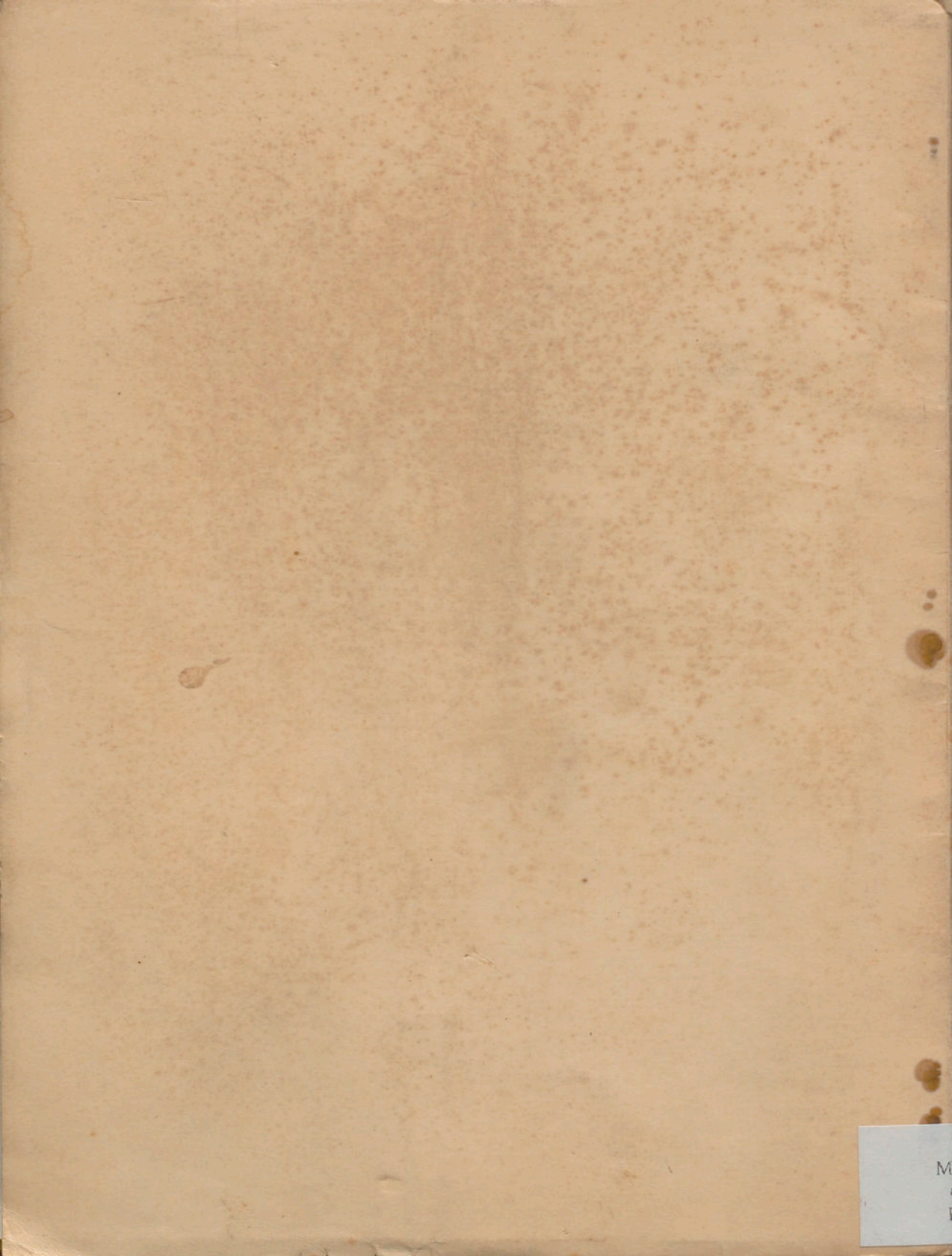


RÓMULO



1329676248

CENTRO CIÊNCIAS
UNIVERSIDADE COIMBRA



M
S
P