



CAPA: Trabalho gentilmente cedido
por Dr. Adão Cruz



PONTOS NOS IS DR. ANTÓNIO DIAS

roddiass@gmail.com

Editorial

A EVOCAÇÃO DO SERVIÇO MÉDICO À PERIFERIA



A evocação do Serviço Médico à Periferia, inserida no IX Congresso da FNAM, permitiu o reencontro de muitos intervenientes no processo então desenvolvido, a análise das contradições e dos embates que estiveram na sua génese, das motivações das carreiras médicas subjacentes às reivindicações dos médicos, do envolvimento doutros sectores profissionais e da população carente de cuidados de saúde, enfim uma reflexão sobre o significado do SMP no culminar do SNS.

O SMP representou de algum modo o “pontapé” de saída dum processo que culminou com a formalização do Serviço Nacional de Saúde com a Lei Arnault. De facto, e na sequência do Relatório das Carreiras Médicas (1956) e das tentativas tímidas de organização de serviços de saúde com as leis de Gonçalves Ferreira (DL 413/71 e DL 414/71), só faltava o clima que o 25 de Abril proporcionou para se dar corpo a um anseio de profissionais de saúde e da população para a criação do SNS.

Lembre-mos que o SMP surgiu como condição para o acesso à formação especializada, anseio das sucessivas “fornadas” de jovens médicos, por um lado, e, por outro lado, uma necessidade de crescimento de cuidados de saúde com qualidade para a população.

Lembre-mos que o SMP surgiu como condição para o acesso à formação especializada, anseio das sucessivas “fornadas” de jovens médicos, por um lado, e, por outro lado, uma necessidade de crescimento de cuidados de saúde com qualidade para a população. Esta condição permitiu que os médicos recém licenciados tivessem um contacto com a realidade assistencial fora dos grandes centros e fora dos hospitais centrais, o que unanimemente foi considerado uma experiência única na formação profissional. A sua revogação correspondeu a um salto importantíssimo nas carreiras médicas, a

publicação do DL 310/82, que estabeleceu pela primeira vez uma carreiras para os cuidados primários.

Esta reflexão não encerra a análise do SMP, mas ocorre num momento crucial das carreiras médicas e da evolução do SNS, sendo por isso de assinalar a importância de não se esquecerem as raízes que permitiram que o SNS chegasse onde chegou e da necessidade de se preservarem as linhas mestras que o têm suportado e que são a chave para a compreensão da sua vitalidade e persistência.

“SERVIÇO MÉDICO À PERIFERIA (1975-1982) - UM PASSO DECISIVO PARA O SNS”

*ALGUNS NÚMEROS DO NOSSO TRABALHO:

Consultas a doentes sem Caixa:

- Consultas Externa no Hospital – 1.736
- Consultas de urgência (Hospital) – 1.096
- Consultas no PA Macieira – 48

Consultas a doentes com Caixa:

- S. Pedro do Sul – 1.565
- Sul – 43
- Macieira – 95
- Santa Cruz da Trapa – 46

Internamentos:

- Homens – 145
- Mulheres – 105
- Partos – 102

Saúde Escolar – 251 sessões



POR DR. JOSÉ MEIRELES

Faço parte do Curso Médico que iniciou o primeiro Serviço Médico à Periferia efetuado no Distrito de Viseu entre 15 de Julho de 1975 e Fevereiro de 1976.

Fiz parte da Comissão de Curso que percorreu todos os concelhos do Distrito de Viseu no sentido de implementar no terreno as condições mínimas de instalação e de desenvolvimento do trabalho médico que pretendíamos realizar.

Desde logo fomos confrontados com um sem número de problemas, difíceis de generalizar dado que variaram muito de local para local e que se refletiram profundamente no trabalho médico inicial levado a cabo pelas várias equipas.

Como consta do Retório Final do Serviço Médico à Periferia da Zona Centro 1975/76 “Porque se equipas houve destacadas para locais onde o problema de habitação não se punha, o Hospital funcionava minimamente e se podia contar com algum apoio e iniciativa das Autoridades Locais, a maior parte das equipas, tiveram que se debater com todos estes e mais problemas, levando a quase totalidade do tempo à procura das condições mínimas que lhes permitissem permanecer e desenvolver o seu trabalho. O horário semanal cumprido pelas equipas, 6 médicos por equipa, foi de 6 horas diárias e 24 horas de serviço de urgência (atendimento permanente). As 6 horas diárias eram ocupadas pelos vários elementos das equipas, no trabalho hospitalar de rotina (visitas às Enfermarias, histórias clínicas, organização de ficheiros, etc.), consulta externa no Hospital Concelhio para os doentes não abrangidos pelos Serviços Médico-Sociais, consultas da Caixa no Posto Concelhio e trabalho no Centro de Saúde – consultas de medicina curativo-preventiva (cuidados infantis e cuidados maternos).

Fez-se ainda, onde isso foi possível, medicina escolar constituindo-se para o efeito equipas normalmente

com 2 médicos policlínicos, enfermeira do Centro de Saúde e por vezes elementos do Serviço Cívico Estudantil que se deslocavam às Escolas. Mais raramente fez-se esclarecimento sobre problemas ligados à saúde (alcoolismo, higiene, alimentação, etc.). Criaram-se postos avançados de assistência médica (4 por equipa em média) com ajuda dos serviços Médico-Sociais em aldeias afastadas das sedes dos concelhos e onde o número de habitantes o justificava, onde eram atendidos todos os doentes quer tivessem ou não Caixa ou Casa do Povo que funcionavam regularmente duas vezes por semana e com uma média de 10-15 doentes por cada dia de consulta. Todas as equipas criaram um serviço de urgência com o médico permanecendo no hospital 24 horas por dia tendo sido sempre assegurados os fins-de-semana e feriados (nalguns casos houve a integração nas escalas de médicos residentes), tendo a quase totalidade das equipas arrancado com esse serviço que antes da nossa chegada não existia. Sendo as condições locais variadas e diferentes entre os vários concelhos abrangidos ressalta a falta de apoio técnico não só a nível local como também regional (distrital).

APOIOS

O apoio laboratorial foi praticamente inexistente e foi apontada a sua possível resolução pelos laboratórios dos Centros de Saúde Distritais com a criação de um sistema de envio fácil de produtos para análise e a consequente obrigatoriedade desses laboratórios apoiarem na prática os Hospitais Concelhios das suas áreas. Neste aspecto temos a lamentar a ausência de qualquer apoio ao nosso trabalho por parte do Centro de Saúde de Viseu, no corrente ano.

No que respeita ao apoio Radiológico este sentiu-se com menor acuidade, tendo os hospitais concelhios,

na sua generalidade, aparelhagem que permite a efectivação de exames ósseos e torácicos. Este problema foi em parte resolvido (melhorado) na região de Viseu com a criação de uma consulta externa de Radiologia no Hospital Distrital de Viseu exclusivamente dedicada ao apoio radiológico das equipas em serviço na periferia.

Quanto ao apoio em Consultas da Especialidade este foi de facto deficiente devido à falta de especialistas nos Hospitais Distritais e à pouca coordenação que existiu”. Eu e a equipa de que fazia parte chegamos a S. Pedro do Sul a 15 de Julho de 1975. Ao contrário de muitas outras equipas em diversos concelhos fomos recebidos de forma civilizada pelos dois médicos residente, um trabalhando no Centro de Saúde e o outro nos Serviços Médico-Sociais, ambos de meia-idade. Um deles fez mesmo questão de integrar a escala do Serviço Permanente que implementámos no Hospital da Misericórdia. O Hospital, de construção relativamente recente, à altura, tinha como pessoal de enfermagem duas religiosas, já com alguma idade, que apesar de nos terem recebido com alguma resistência acabaram por ser, ao fim de algum tempo de trabalho em comum, das nossas maiores defensoras. Além do serviço Permanente no Hospital e de alguns internamentos de curta duração, implementámos a instalação de 3 postos de consulta em aldeias afastadas do concelho onde nos deslocávamos 2 vezes por semana, muitas vezes com a ajuda da GNR e atendíamos entre 10-15 doentes sem qualquer discriminação.

Beneficiando do facto de três dos elementos da equipa terem especiais afinidades com a Pediatria, levámos a cabo múltiplas sessões de informação nas várias Escolas sobre alcoolismo, alimentação e higiene.

SERVIÇO MÉDICO NA PERIFERIA (1975-82): Um passo decisivo para o SNS

Enquadramento histórico e político

POR DR ANTÓNIO LEUSCHNER

O Serviço Médico na Periferia foi criado por despacho do SES em 23 de junho de 1975, tendo-se iniciado em 1 de julho seguinte, com os pressupostos de que haveria a “necessidade premente de dotar a periferia do País com médicos, a fim de melhorar a prestação de cuidados de base, quer de tipo curativo, quer de saúde pública”. Tal celeridade só foi possível porque para a sua publicação muito contribuiu o empenho dos médicos que haviam concluído o internato de policlínica em fevereiro desse ano, representados pelas Comissões de Curso de Coimbra, Lisboa e Porto, que se organizaram e colaboraram ativamente na respetiva programação com as estruturas regionais, distritais e locais – de saúde, segurança social e autárquicas. Nele eram definidos uma série de princípios, como o do exercício da medicina de grupo, do trabalho integrado (de promoção da saúde, prevenção e cura da doença), a participação na atividade dos centros de saúde, hospitais concelhios e serviços médico-sociais e, eventualmente, de hospitais distritais e, ainda, a participação ativa no estabelecimento, orientação e avaliação do respetivo plano de ação, em colaboração com as Direções-Gerais de Saúde e dos Hospitais e ainda o regime de trabalho em tempo completo e dedicação exclusiva.

A ESTRUTURAÇÃO DO SNS

A experiência do primeiro ano de serviço médico na periferia revelou-se extremamente positiva, tendo levado à publicação do Decreto-Lei n.º 580/76, de 21 de julho, onde era referido que ele contribuiu para a resolução de algumas deficiências de cobertura sanitária que não têm podido ser supridas através de médicos residentes, atentas as carências que neste domínio se evidenciavam. Por outro lado, a ação desenvolvida pela generalidade dos médicos policlínicos teve ampla recipiendade por parte das populações, que deste modo foram particularmente sensibilizadas para uma mais ativa participação na resolução dos problemas locais de saúde. A par desta circunstância revelaram-se igualmente positivos os resultados obtidos pelos médicos policlínicos, do seu estreito contacto com as populações, na prática de uma medicina inserida nas comunidades, o que não pode deixar de se considerar fator de grande importância para a sua mais completa formação profissional. Estas constatações conduziram a que o exercício do ano de serviço médico na periferia fosse considerado, pelo mesmo diploma, como parte integrante das carreiras médicas, constituindo condição necessária para a admissão ao internato de especialidades e a concursos para os quadros das instituições públicas de saúde, incluindo os serviços médico-sociais da Previdência. No mesmo diploma, o Serviço Médico na Periferia era reconhecido como passo decisivo para a construção de um serviço nacional de saúde, não podendo esquecer-se que os médicos que o desempenharam foram verdadeiramente os primeiros que trabalharam simultaneamente, com um único

O Serviço Médico na Periferia era reconhecido como passo decisivo para a construção de um serviço nacional de saúde, não podendo esquecer-se que os médicos que o desempenharam foram verdadeiramente os primeiros que trabalharam simultaneamente, com um único contrato de trabalho, nos vários níveis dos serviços públicos de saúde, pelo que se pode concluir que foi uma mais valia muito significativa dos passos dados na estruturação do SNS, criado apenas quatro anos mais tarde

contrato de trabalho, nos vários níveis dos serviços públicos de saúde, pelo que se pode concluir que foi uma mais valia muito significativa dos passos dados na estruturação do SNS, criado apenas quatro anos mais tarde.

NA PERIFERIA E NÃO APENAS À PERIFERIA

Quando em 1983, após a publicação do Decreto das Carreiras Médicas (Decreto-lei 310/82), foi considerado que as carências de médicos na periferia estavam muito minoradas – pelo desenvolvimento da carreira de Clínica Geral – esqueceu-se que tal não era real, subsistindo grandes assimetrias, como igualmente se ignorou o enorme papel que o SMP teve como complemento da formação em exercício dos licenciados em Medicina, até aí demasiado vinculada a uma prática hospitalar que não espelhava a realidade socio-sanitária do país, escamoteando-a e privando-os de um vetor essencial na consolidação da sua formação humanista. A tudo isto, acrescia um vetor de potencial fixação de médicos ao interior – que ocorreu em diversas situações – bem mais fácil numa altura da vida dos médicos, ainda sem grandes raízes profissionais nos grandes centros, eles próprios à data (década de 80) sobrelotados, do que após a conclusão dos processos de especialização, quatro, cinco ou seis anos depois, prazo durante o qual foram cimentando a sua vinculação centrípeta. [Daí a questão – aparentemente apenas semântica – de se tratar, no espírito e na letra, de um serviço a prestar NA periferia e não apenas À periferia, como erradamente por vezes é referido.]

PORTO

NOVEMBRO DE 2016

1975, REGIÃO NORTE

POR DR JOAQUIM ANDRADE

Para todos nós, o SMP valeu a pena, sentimos que ficamos melhores médicos, permitiu-nos aprender coisas que nenhuma Faculdade nos conseguiria ensinar. Nas últimas semanas do nosso SMP, não sentimos que um tempo que fora de entusiasmo e esperanças começara a aproximar-se do seu fim; só depois percebemos que fora único e irrepetível. Por isso e por todo o resto deixou saudades.

Antes da partida... O tempo corria rápido e todos os dias as coisas mudavam ... muito !
O SMP surgiu como algo que fazia algum sentido na lógica das horas que então se viviam, restabelecia alguma ordem na vida dos jovens médicos: prometia, por exemplo, entrada garantida no internato numa especialidade. Mas também nos movia ir ajudar a melhorar a assistência médica às populações fora dos grandes centros, cumprir as nossas esperanças como médicos. Não existiu em nenhuma altura espírito de militância política ou a tentação de aproveitar a nova situação para vantagens partidárias.

RECEIOS

Preparação insuficiente, inadequada para trabalhar fora do ambiente protegido de um Hospital. Ser largado para o desconhecido, defrontar e ter de resolver situações inesperadas, entrar numa realidade de que nada nos fora dito na Faculdade.

AO CHEGARMOS

O SMP tinha distribuição obrigatória para os distritos de Viana e Braga, numa rede apertada e geograficamente concentrada, de base concelhia; em Trás -os- Montes, tinha carácter voluntário, e embora centralizado em Bragança e Vila Real, estava geograficamente disperso: no caso desta última cidade, por exemplo, assegurávamos trabalho, ao longo da semana, na Régua, Murça, Ribeira de Pena e Mondim de Basto. Como o curso era pequeno – menos de 100 elementos – não foi difícil distribuímos -nos: formamos grupos de colegas ligados por afinidades, porque estudáramos juntos; nalguns casos, até, por sermos conterrâneos ou por amizades que vinham desde os tempos do liceu. Em resultado do trabalho prévio de coordenação, no Ministério e a nível local, as condições de tra-

balho que nos esperavam foram geralmente boas: encontramos assegurada a integração com as entidades locais a nível de trabalho e garantido, em Viana e Braga, o alojamento.

A recepção pelas populações foi, sem excepção, cordial, sem desconfianças, valorizando e confiando na nossa actividade como médicos. Relativamente aos colegas que fomos encontrar, em regra fomos bem recebidos, aceites e tratados no dia a dia clínico como iguais e bem-vindos, já que iríamos permitir algum alívio a Colegas tantas vezes sujeitos a uma vida difícil e muito pesada; nalguns casos, raros, surgiram algumas dificuldades, quase sempre em consequência da nossa chegada ter vindo estragar esquemas que, aproveitando a oferta escassa e insuficiente de consultas, sustentavam e faziam progredir consultórios privados.

O QUE FOMOS FAZER

A assistência médica às populações ocupava a maior parte do tempo, mas também assegurávamos trabalho a nível hospitalar, sobretudo no atendimento de urgências (ou consultas abertas), menos nos internamentos; mais raramente, e de modo esporádico, cumprimos algumas tarefas com características de saúde pública.

CONCLUSÕES

Para todos nós, o SMP valeu a pena, sentimos que ficamos melhores médicos, permitiu-nos aprender coisas que nenhuma Faculdade nos conseguiria ensinar. Nas últimas semanas do nosso SMP, não sentimos que um tempo que fora de entusiasmo e esperanças começara a aproximar-se do seu fim; só depois percebemos que fora único e irrepetível. Por isso e por todo o resto deixou saudades.





JARDIM DAS DELÍCIAS

A medicina antes do 25 de Abril

POR DR. ADÃO CRUZ

(Deram-me a honra de um convite para intervir, no âmbito do 11 Congresso da FNAM (Federação Nacional dos Médicos), num debate sobre o Serviço Médico à Periferia, cabendo-me falar sobre o exercício da medicina antes do 25 de Abril. Alguém sugeriu que era útil e interessante fazer um texto com o essencial da minha intervenção. Ela aí está, todavia liberto de todos os aspectos técnicos que só serviriam para entorpecer a leitura de quem não é médico). Pelo texto que se segue, todos ficarão com uma ideia de como era, com algumas variantes, a prática da medicina rural e de todo o interior do país antes do 25 de Abril e, portanto, antes da criação do SNS, por volta de 1989, o qual, em três décadas, como sabemos, se haveria de tornar num dos melhores e mais respeitados do mundo. Hoje, infelizmente, encontra-se no meio do mais ignóbil processo de destruição, urdido pelo capital privado e pelas forças mais retrógradas que procuram miná-lo por todas as formas e feitio, de modo a poderem dizer que não funciona. Gente que se encontra nos antípodas dos homens progressistas que o criaram e ajudaram a desenvolver, homens de mente sã e avançada, como Miller Guerra, Albino Aroso, António Galhordas, Gonçalves Ferreira, Pereira de Moura, António Arnaut e outros.



Pelo texto que se segue, todos ficarão com uma ideia de como era, com algumas variantes, a prática da medicina rural e de todo o interior do país antes do 25 de Abril e, portanto, antes da criação do SNS, por volta de 1989, o qual, em três décadas, como sabemos, se haveria de tornar num dos melhores e mais respeitados do mundo. Hoje, infelizmente, encontra-se no meio do mais ignóbil processo de destruição, urdido pelo capital privado e pelas forças mais retrógradas que procuram miná-lo por todas as formas e feitio, de modo a poderem dizer que não funciona. Gente que se encontra nos antípodas dos homens progressistas que o criaram e ajudaram a desenvolver, homens de mente sã e avançada, como Miller Guerra, Albino Aroso, António Galhordas, Gonçalves Ferreira, Pereira de Moura, António Arnaut e outros.

Quando saí da Faculdade tive duas opções de vida: Fazer clínica na minha terra, como “João Semana”, ou aceitar o convite de um colega mais velho do que eu cerca de onze anos, amigo e conterrâneo que residia nos EU, médico hospitalar de medicina interna, para ir para a América. Tinha de escolher uma destas duas opções extremas. Optei pela primeira por duas razões principais: por um lado, tinha a guerra colonial à minha frente e dificilmente poderia sair do país, por outro lado, precisava de ganhar algum dinheiro. Os meus pais fizeram muitos sacrifícios para formarem dois filhos e eu não estava disposto a sacrificá-los mais tempo. Estávamos no ano de 1964. E assim comecei a minha actividade clínica, em Vale de Cambra, sem estágio nem tese, três anos antes da ida para a guerra colonial da Guiné. Encostei-me a um velho clínico que era um monumento de sabedoria prática e experiência. Foram esses três

Antes do 25 de Abril a assistência médica não estava assegurada, sobretudo antes do fim da década de sessenta. Competia às famílias, às instituições privadas e à caridadezinha, que a despeito de aviltar a dignidade humana, lá ia remendando as coisas aqui e ali, bem como aos débeis serviços médico-sociais da Previdência fazerem alguma coisa. Mas era sobretudo ao “João Semana”, pilar fundamental da saúde nesses tempos, que tudo se exigia.

anos os piores e mais difíceis. Vale de Cambra, um pequeno concelho com uma área de 147 Km², tinha talvez menos de 15.000 habitantes. Dispersava-se por nove freguesias, algumas delas abrangendo os mais remotos e inóspitos lugares da Serra da Gralheira, com pequenos povoados e populações encravadas em locais quase inacessíveis, com muitas pessoas vivendo na maior ignorância e na mais extrema miséria. Continuei durante outros três anos, após o meu regresso da Guiné, estes já melhores, pois iniciiei na altura o Internato Geral no Hospital de Santo António, para onde me deslocava todos os dias. Este facto, a experiência da guerra e alguma presença em reuniões científicas, permitiram-me uma maior competência, bem como relações pessoais e com o hospital, que me facilitaram muito a minha prestação de cuidados médicos. Não tive, propriamente, contacto com o Serviço Médico à periferia, criado em 1975. Nessa altura já eu tinha obtido a especialidade e fazia parte do Serviço de Cardiologia do Hospital de Santo António. Pediram-me para falar da medicina em Portugal antes do 25 de Abril, ou seja, antes da criação do Serviço Médico à periferia em 1975, o primeiro passo, por assim dizer, para o nascimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e também uma experiência valiosa e ímpar. As duas realidades, o antes e o depois do 25 de Abril, não podem comparar-se. Claro que eu não posso falar do que se passava em Portugal. Posso falar, sim, do que se passava numa parte de Portugal, que, muito provavelmente, com algumas diferenças, era o que se passava em todo o interior do país. E digo interior, porque havia uma significativa diferença com o litoral, onde existiam os poucos recursos técnicos da época. Com efeito, não havia qualquer rede hospitalar digna desse nome, e os únicos hospitais situavam-se em Lisboa,

Porto e Coimbra, havendo um ou outro pequeno hospital, aqui e ali, de muito pouca eficácia, quase sempre ligado às misericórdias. De qualquer forma, os cuidados primários de saúde eram um conceito quase desconhecido, sendo notória uma profunda degradação dos poucos serviços de saúde existentes e uma enorme incapacidade de resposta às necessidades mais elementares. Antes do 25 de Abril a assistência médica não estava assegurada, sobretudo antes do fim da década de sessenta. Competia às famílias, às instituições privadas e à caridadezinha, que a despeito de aviltar a dignidade humana, lá ia remendando as coisas aqui e ali, bem como aos débeis serviços médico-sociais da Previdência fazerem alguma coisa. Mas era sobretudo ao “João Semana”, pilar fundamental da saúde nesses tempos, que tudo se exigia. As áreas rurais dessa época tinham características comuns, o serem pouco populosas, muito isoladas, com uma população envelhecida, profundamente carenciada, com problemas de acessibilidade aos grandes centros que ficavam muito longe e com vias de comunicação péssimas, vivendo de uma agricultura de subsistência, e, portanto, profundamente vulneráveis. A saúde, ou o pouco que se poderia fazer na promoção da saúde era dependente da capacidade económica de cada cidadão, o que levava ao pagamento integral dos cuidados médicos, nomeadamente dos cuidados hospitalares, mesmo públicos. Só tinham direito a cuidados gratuitos, e obviamente de pior qualidade, aqueles que conseguissem apresentar um atestado de pobreza ou indigência passado pela junta de freguesia. E foi nestas condições de 1964 que eu comecei a viver, de dia e de noite, 24 horas por dia, ao sol e à chuva, todas as peripécias clínicas que levaram um dia minha mãe a dizer-me: rapaz, muda de vida senão morres. Mas foram essas tremendas

dificuldades e essas precaríssimas condições, que constituíram para mim uma segunda faculdade. Dizia o meu velho amigo Dr. Teixeira da Silva: você aqui vai ver tudo, desde a queda do cabelo à unha encravada. Com efeito, numa altura em que a esperança de vida era de quase menos 15 anos do que hoje, éramos senhores de todas as especialidades, desde a pediatria à ginecologia e obstetrícia, passando pela dermatologia, oftalmologia, psiquiatria etc. Em termos de material, eu tinha quase tudo o que era possível ter na altura, e muita coisa oferecida por um grupo de amigos: marquesa, mesa ginecológica, espéculos, estetoscópio, aparelho de tensões, otoscópio, oftalmoscópio, sondas e algálias, todo o material necessário a pequena cirurgia. Era frequente a incisão e drenagem de abscessos, a exérese de lipomas e quistos, extracção de unhas encravadas, circuncisões etc. Tinha ligaduras, pensos e desinfectantes variados, material para injectáveis, mala de urgência apetrechada com tudo o que era viável, e ainda fórceps e ventosa que o Dr. Teixeira da Silva me emprestava. Ele tinha também uma velha radioscopia cuja radiação nos deixava, ao fim de 5 minutos, como se tivéssemos apanhado uma descarga eléctrica. Para fazer uma radiografia, um electrocardiograma, qualquer exame mais avançado ou uma cirurgia, só no Porto, o que ficava muito caro. Fora do Porto nada havia, apenas um ou dois pequenos laboratórios de análises em concelhos limítrofes.

As pessoas viviam atormentadas com o medo da doença e viam-se obrigadas a algumas poupanças durante a vida não só para guardarem “um terço para a tarde”, como se dizia, mas também para ocorrerem ao inesperado, ou então tinham de vender terras e gados para pagar uma qualquer cirurgia ou outros cuidados de saúde mais dispendiosos. De uma maneira geral, só chamavam o médico quando viam que a coisa tinha atingido um tal estado que já não era resolúvel por si própria e pelas mezinhas caseiras. Claro que o nosso objectivo era muito mais o do alívio sintomático e a melhor resolução possível da situação, não havendo, por falta de meios de toda a espécie, nomeadamente meios auxiliares de diagnóstico, grandes preocupações de investigação e de diagnósticos precisos e etiológicos. Uma das actividades para que mais vezes éramos solicitados era a assistência aos partos. Mas só quando a parteira habilidosa lá do lugar via o caso mal parado. Partos no hospital ou na maternidade eram uma raridade. A taxa de mortalidade neonatal andava pelos 25 por mil, a taxa de mortalidade perinatal pelos 40 por mil, a taxa de mortalidade infantil rondava os 60 por mil e a taxa de mortalidade materna atingia os 70 por



”

A medicina no trabalho não existia, embora começasse a nascer em conceito. Havia algumas pequenas empresas, sobretudo na área das madeiras, dos lacticínios e da metalo-mecânica, mas o trabalhador era uma máquina como qualquer outra, tendo de ser reparada quando avariava

100.000. Fiz muitos partos, alguns à luz da candeia e do petróleo, em locais onde nunca passou Cristo, em que a camita de ferro da parturiente era por cima do curral da vaca. Quase todos os partos que fiz, por incrível que pareça, foram partos naturais, embora com auxílio de episiotomias, do fórceps e sobretudo da ventosa, o que a meu ver, pode pôr em causa a actual necessidade de muitas cesarianas.

As gastroenterites, sobretudo em bebés e crianças eram frequentes, e só nos chegavam às mãos em adiantado estado de desidratação que nós tínhamos resolver com a ministação subcutânea de soro, dos dois lados da barriguita, deixando a criança com dois ventres, como um sapinho. Era praticamente impossível canalizar e manter uma veia numa criança daquelas. Em adultos, lá conseguíamos fazer umas infusões com as poucas soluções parentéricas de que na altura dispúnhamos. Caía-nos em cima tudo o que fosse infecções e todas as doenças infecto-contagiosas possíveis e imaginárias, incluindo tuberculose, febre tifóide, mononucleose, tétanos, muitos casos de sarampo, cuja vacina fora descoberta apenas um ano antes, escarlatina, varicela, coqueluche, reumatismo articular agudo e subsequentes doenças valvulares, meningites e a difteria ou garrotinho que produzia a terrível toxina diftérica. Na difteria, o que mais nos aterrizava eram as situações de obstrução respiratória, produzidas pelas placas brancas da orofaringe. Uma vez estive com o bisturi na mão, decidido a fazer uma traqueostomia (abertura na traqueia) num catraio de cinco ou seis anos, mas optei por fazer outra coisa que não era aconselhável, pois poderia disseminar a toxina, isto é, arrancar as placas da orofaringe. Felizmente correu bem, e a criança é hoje um saudável adulto emigrante na Alemanha. Infecções pulmonares, pneumonias graves, apendicitis que nos chegavam algumas vezes com peritonite e que encaminhávamos para um pequeno hospital de que nos valíamos, o Hospital Conde de

Sucena, em Águeda. Todavia, falar em ir para o hospital era sempre um problema e uma solução muitas vezes não aceite pelos familiares, não só porque constituía uma espécie de sentença de morte, mas também porque se temia a conta que daí adviria. Então para o Santo António nem pensar, não sei se por ser mais longe, se pela sua envergadura.

A INEXISTÊNCIA DO DIREITO DE TRABALHO
Acidentes de trabalho, por vezes com graves feridas e traumatismos, fracturas e queimaduras extensas, tudo situações que nos exigiam grande responsabilidade, muito tempo de tratamento e a aplicação rigorosa de todos os conhecimentos aprendidos na faculdade, que não eram poucos nem frágeis, pois a nossa formação, na altura, foi muito boa. A medicina no trabalho não existia, embora começasse a nascer em conceito. Havia algumas pequenas empresas, sobretudo na área das madeiras, dos lacticínios e da metalo-mecânica, mas o trabalhador era uma máquina como qualquer outra, tendo de ser reparada quando avariava. O trabalhador não tinha quaisquer direitos laborais e era-lhe negada a possibilidade de ser um sujeito activo na construção da sua própria saúde, incluindo o controle de factores que a determinavam positivamente, factores protectores, ou que a punham em risco, factores de risco, quer dentro quer fora do local de trabalho. Frequentes situações de insuficiência respiratória e graves crises de asma, silicoses, insuficiência cardíaca grave, com edema agudo do pulmão. Ainda nos valíamos dos garrotes e da sangria. Arritmias cardíacas que classificávamos conforme podíamos, sem qualquer registo electrocardiográfico, e que tentávamos reverter quando havia repercussão clínica. Cardiopatias congénitas e outras malformações, sobretudo aquelas que eram mais susceptíveis de diagnóstico clínico. O primeiro diagnóstico que fiz, a “solo”, de uma dessas graves malformações chamada coartação

da aorta, foi num rapaz de vinte anos, pouco mais novo do que eu. Foi operado em Lisboa pelo Professor Celestino da Costa, e hoje, ao fim de mais de meio século ainda é vivo e ainda vem à minha consulta. Havia AVCs e enfartes do miocárdio, com diagnóstico apenas clínico, que encaminhávamos para o hospital de Águeda ou Santo António. Ao compararmos o que se fazia na altura perante um enfarte do miocárdio, por exemplo, e o que se faz hoje em termos de cardiologia de intervenção, damos com um abismo apenas preenchido por uma monumental ignorância. No fim de contas, o resultado era o doente morrer ou ficar com o coração gravemente mutilado.

Havia amigdalites muito frequentes e repetitivas, e como na altura havia grande medo do reumatismo articular agudo (RAA), quanto mais cedo extirpássemos as amígdalas melhor. Juntávamos três ou quatro pacientes, e uma vez ou outra vinha um otorrino de Lisboa a Oliveira de Azeite de onde era natural, e passava pelo consultório, operando-os de empreitada. Eram frequentes as cólicas renais e biliares, bem como doenças oncológicas terminais, cancro do estômago, cânceres pulmonares avançados, com punções pleurais por vezes repetidas, nos confins da serra, para esvaziar o líquido pleural e aliviar a asfixia do doente. Gangrenas, cirroses e drenagens de ascites monstruosas, limpeza e tratamento, às vezes durante meses, de feridas de toda a ordem, nomeadamente feridas cancerosas da pele onde cabia um punho, cânceres da boca, do pénis e do ânus.

Para terminar, gostaria de dizer que muita coisa que hoje é quase banal no nosso país, não existia na altura. Fui algumas vezes a Madrid com dois tipos de doentes: asmáticos e doentes com patologias cardíacas valvulares. Tratava-se, obviamente, de pessoas com dinheiro, ou, pelo menos, com posses suficientes para as despesas que não eram pequenas. Quanto aos primeiros, não havia ainda em Portugal a especialidade de alergologia nem a existência de vacinas, pelo que recorriamos ao Instituto La Paz, onde trabalhava um grande alergologista, o Dr. Ojeda Casas, e de lá trazíamos as vacinas. No que respeita aos doentes com indicação de cirurgia cardíaca, que não existia em Portugal, essencialmente implantação de próteses valvulares mecânicas, valíamos-nos do Hospital de Nuestra Senhora de La Concepcion, onde trabalhava um dos mais conhecidos cirurgiões cardíacos da época, o Dr. Gregório de Rábago, o qual operou o meu amigo e colega de consultório, estomatologista, filho do Dr. Teixeira da Silva.



Assim, um belo dia chegou a Bragança um grupo de médicos para alguns habitantes “perigosos revolucionários”. Pouco tempo depois começaram a perceber que afinal se tratava de médicos competentes que apenas queriam ajudá-los e, assim se habituaram a ser tratados com medicina de qualidade.

SOBRE BRAGANÇA

POR DR. ARNALDO RODRIGUES

Caros colegas e amigos,

Apenas resolvi vir a esta reunião, atendendo que há muito tempo estou fora destas andanças, por se tratar do Serviço Médico à Periferia que de certo modo também o vivi.

Bragança, como todo o país, vivia um estado de mudança que muitos ainda não tinham compreendido. A área da saúde também começou a ter profundas alterações...Assim, um belo dia chegou a Bragança um grupo de médicos para alguns habitantes “perigosos revolucionários”. Pouco tempo depois começaram a perceber que afinal se tratava de médicos competentes que apenas queriam ajudá-los e, assim se habituaram a ser tratados com medicina de qualidade.

Nesse tempo, com as condições de vida desta gente graçavam doenças como tuberculose, febre tifóide, brucelose,etc, evitáveis com melhoria de condições sanitárias. A ajuda dos jovens médicos foi preciosa pois parte desses doentes se assim não fosse nem ao médico iam, as distâncias eram grandes e os medicamentos caros.. O Serviço Médico à Periferia ajudou a mudar estes velhos hábitos. A mortalidade era muito elevada. Havia poucos velhos e muitas crianças. Hoje só há velhos e crianças poucas.

Ao primeiro grupo de médicos outros se seguiram no S.M.P. Todos , sem excepção , trabalha-

ram em equipa e organizaram o seu trabalho com as instituições existentes. Não há qualquer dúvida que a população os acolheu da melhor maneira e se habituou a ter médico e a exigir ser bem tratado. É minha convicção que todos os médicos que estiveram connosco de algum modo gostaram e as populações ficaram agradecidas, é com saudades desses tempos que ainda hoje os recordam. Se a receptividade da população foi boa, eu próprio fui o maior beneficiário. Havia muito trabalho para fazer e todos ajudaram com visitas diárias aos doentes, histórias clínicas bem elaboradas, reuniões para debater casos específicos,etc,etc. A todos o meu muito obrigado pelo que muito me ajudaram e pelo que muito me ensinaram.

Sábado 28 de Junho de 1975

II Série — Número 147



DIÁRIO DO GOVERNO

PREÇO DESTE NÚMERO — 8\$00

Toda a correspondência, quer oficial, quer relativa a anúncios e a assinaturas do «Diário do Governo» e do «Diário das Sessões», deve ser dirigida à Administração da Imprensa Nacional-Casa da Moeda, Rua de D. Francisco Manuel de Melo, 5, Lisboa-1.

ASSINATURAS

As três séries	Ano	1600\$	Semestral	800\$
A 1.ª série	"	600\$	"	300\$
A 2.ª série	"	600\$	"	300\$
A 3.ª série	"	600\$	"	300\$
Apendices — anual, 600\$				
Preço avulso — por página, 50\$				
Para o estrangeiro e ultramar acresce o porte do correio				

O preço dos anúncios é de 175 a linha, acrescido do respectivo imposto de selo, dependendo o seu pagamento do pagamento antecipado e efectuado na Imprensa Nacional-Casa da Moeda, quando se trata de entidade particular.

SUMÁRIO

Presidência do Conselho de Ministros:

Gabinete da Área de Sines

Presidência do Conselho de Ministros e Ministério do Equipamento Social e do Ambiente:

Despacho.

Ministério da Coordenação Interterritorial:

Direcção-Geral de Administração Civil.

Ministério da Justiça:

Secretaria-Geral do Ministério
Direcção-Geral dos Serviços Judiciários.

Ministério das Finanças:

Direcção-Geral das Contribuições e Impostos.
Secretaria-Geral.
Inspeção-Geral de Finanças.
Direcção-Geral da Fazenda Pública.

Ministério da Indústria e Tecnologia:

Direcção-Geral dos Serviços Industriais.

Ministério da Agricultura e Pescas:

Direcção-Geral dos Serviços Agrícolas.
Direcção-Geral dos Recursos Florestais.

Ministério do Exército:

Estado-Maior do Exército.
Repartição Geral.

Ministério do Equipamento Social e do Ambiente:

Direcção-Geral dos Serviços de Urbanização.
Fundo de Fomento da Habitação.

Ministério da Educação e Cultura:

Direcção-Geral do Ensino Superior.
Direcção-Geral do Ensino Básico.
Direcção-Geral da Administração Escolar.
Instituto de Tecnologia Educativa.

Ministério do Trabalho:

Inspeção-Geral do Trabalho.

Ministério dos Assuntos Sociais:

Secretaria de Estado da Saúde.
Gabinete do Secretário de Estado da Saúde.
Serviço de Luta Antituberculosa.
Centro de Saúde Mental do Funchal.
Direcção-Geral dos Hospitais.
Hospitais Cíveis de Lisboa.
Hospitais da Universidade de Coimbra.
Centro de Educação Especial do Porto.

Ministério da Comunicação Social:

Emissora Nacional de Radiodifusão.

Caixa Geral de Aposentação:

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

Gabinete da Área de Sines

Por despacho do Ministro sem pasta major Vítor Alves de 2 de Dezembro último, visado pelo Tribunal de Contas em 27 do mês passado:

Alexandre Joaquim Calado Amaro de Andrade — contratado, nos termos da alínea a) do n.º 2 do artigo 22.º do Decreto n.º 355/72, de 16 de Setembro, e dos artigos 24.º, n.º 3, e 27.º do Decreto-Lei n.º 270/71, para desempenhar o cargo de director de serviços adjunto do quadro do Gabinete da Área de Sines. (São devidos emolumentos, nos termos do Decreto-Lei n.º 356/73.)

Gabinete da Área de Sines, 3 de Junho de 1975. — Pelo Director dos Serviços Financeiros e Administrativos, João Maria Contente.

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS E MINISTÉRIO DO EQUIPAMENTO SOCIAL E DO AMBIENTE

Despacho

Tendo sido declarada, por despacho do Secretário de Estado da Habitação e Urbanismo de 10 de Abril de 1975, publicado no *Diário do Governo*, 2.ª série,

28 DE JUNHO DE 1975

3925

Por despacho de 20 de Maio findo:

Antero Manuel Antunes Marques Dias — contratado para exercer as funções de escriturário-dactilógrafo de 2.ª classe do quadro dos tribunais do trabalho, colocado na 2.ª Vara do Tribunal do Trabalho de Braga. (Registo n.º 25 294. Visado pelo Tribunal de Contas em 11 do corrente mês. São devidos 100\$ de emolumentos, nos termos do Decreto-Lei n.º 356/73.)

Inspeção-Geral do Trabalho, 23 de Junho de 1975. — O Inspector-Geral, Emanuel Francisco Cotrim Belo Salgueiro.

Gabinete do Secretário de Estado

Despacho

Verificando-se a necessidade premente de dotar a periferia do País com médicos, a fim de melhorar a prestação de cuidados de base, quer de tipo curativo, quer de saúde pública, e sem prejuízo dos diplomas legislativos a promulgar brevemente sobre os quadros médicos dos hospitais centrais e distritais e sobre a reestruturação das carreiras médicas, determino:

1.º Os médicos que, tendo terminado o internato de policlínica, desejem prosseguir na carreira prestarão um ano de serviço na periferia, a nível concelho ou local, como médicos policlínicos, em centros de saúde, hospitais concelhos e postos clínicos.

A título excepcional, e provisoriamente, este serviço poderá ser prestado em hospitais distritais, caso estes necessitem, para um adequado funcionamento, de médicos neste grau de carreira;

2.º O programa de exercício dos médicos policlínicos na periferia visa contribuir para a cobertura médico-sanitária de todo o território nacional, mas terá de ser estabelecido progressivamente, tendo em conta os recursos locais e outros condicionalismos.

3.º Este ano de exercício na periferia é considerado parte integrante da carreira médica.

4.º O exercício na periferia será realizado segundo os princípios da medicina de grupo, constituindo-se para o efeito equipas médicas com organização própria, cujo número de elementos poderá variar de acordo com as possibilidades e necessidades locais.

5.º As equipas a que se refere o número anterior efectuarão trabalho integrado, que abrange actividades de promoção da saúde e de prevenção e cura da doença, inserindo-se nos programas de saúde pública, realizando consultas de policlínica e praticando assistência hospitalar. Cada médico policlínico deverá participar na totalidade das funções da sua equipa.

6.º Para o efeito do exercício dos médicos policlínicos, os diversos serviços de saúde locais serão considerados como uma unidade integrada. A equipa de saúde dos médicos policlínicos participará na actividade de centros de saúde, hospitais concelhos e serviços médico-sociais, e eventualmente de hospitais distritais, que lhes prestarão o necessário apoio.

7.º Em diploma a promulgar brevemente serão estabelecidas as normas destinadas ao preenchimento dos quadros dos hospitais distritais, prevendo-se ainda, no caso em que fiquem por preencher algumas vagas cuja ocupação se verifique indispensável ao funcionamento destes hospitais, o seu preenchimento temporário por médicos ou equipas médicas oriundas dos hospitais centrais da região respectiva. Destas disposições resultará um melhor apoio ao serviço médico na periferia.

Entretanto, os hospitais centrais darão a este programa o devido apoio técnico.

8.º — 1. O estabelecimento do plano de acção dos médicos policlínicos, a sua orientação e avaliação cabem à Direcção-Geral de Saúde, Direcção-Geral dos Hospitais e aos representantes dos médicos policlínicos.

2. Deste plano constarão as normas a emitir pelas duas Direcções-Gerais e a enviar a todos os serviços ou sectores intervenientes.

9.º A prestação deste serviço médico faz-se em regime de tempo completo e dedicação exclusiva, implicando esta a interdição do exercício de quaisquer outras actividades médicas remuneradas e também a não obrigatoriedade de prestação de cuidados médicos fora das horas de serviço, com ressalva do respeito das regras deontológicas. O número de horas de trabalho semanal é de quarenta e oito.

10.º Os médicos policlínicos perceberão uma remuneração fixa, que consta do vencimento segundo a letra J, acrescido do pagamento das horas semanais que excedem as trinta e seis horas de horário normal, de um subsídio de deslocação e de um subsídio de alojamento, nos casos em que este não seja gratuito.

11.º Compete à Direcção-Geral dos Hospitais e à Direcção-Geral de Saúde a definição das áreas sanitárias, centradas em hospitais e centros de saúde distritais, onde decorrerá o exercício do serviço na periferia e a atribuição do número de policlínicos, tendo em conta as necessidades das populações abrangidas e as possibilidades de apoio técnico por parte daquelas estruturas distritais de saúde.

12.º Compete ao hospital distrital, à Direcção Distrital de Saúde, aos Serviços Médico-Sociais, às C. I. S. S. L. (ou, no caso destas comissões ainda não estarem formadas, aos representantes das estruturas que as deverão vir a constituir) e aos representantes dos médicos policlínicos a programação das actividades das equipas de policlínicos no respectivo distrito.

28 DE JUNHO DE 1975

3925

Quando estiverem constituídas, as administrações distritais de saúde substituirão os órgãos distritais atrás referidos.

13.º A escala de trabalho dos médicos policlínicos, enquadrando-se no regime de tempo completo, será fixada por cada equipa, designadamente no que respeita a serviço de urgência ou de atendimento, e dada a conhecer aos órgãos mencionados no número anterior.

14.º Por se considerar este ano impossível realizar a normal prova de avaliação de conhecimentos no termo do internato de policlínica, para os médicos que vão iniciar o primeiro período de estágio na periferia, haverá, a título excepcional, o processo de avaliação no final deste período de trabalho na periferia, em moldes a definir conjuntamente com os médicos policlínicos.

15.º — 1. O exercício efectivo de um ano na periferia, como médico policlínico, garantirá aos médicos o seu prosseguimento na carreira médica hospitalar ou outras que entretanto tenham sido estruturadas.

2. No fim do serviço médico na periferia os médicos continuarão contratados até à entrada no grau seguinte da carreira médica, podendo optar pelo local onde estão a prestar serviço ou pelo hospital onde efectuaram o internato de policlínica.

16.º Os médicos policlínicos poderão participar, ao nível em que a sua actividade se exerce, nos órgãos consultivos e deliberativos dos serviços de saúde.

17.º — 1. Para efeitos de admissão ao internato de especialidades, os médicos que, tendo iniciado o internato geral ou de policlínica antes de 1 de Janeiro de 1974, prestaram comissões de serviço militar em regime de obrigatoriedade como médicos, tendo assim ficado prejudicados em relação aos seus colegas do mesmo ano de internato, podem requerer ao director-geral dos Hospitais que lhes seja contado como prestação de serviço na periferia aquele tempo de serviço militar, desde que não lhe tenha servido para equiparação de igual tempo de internato.

2. Os médicos que sejam chamados à prestação do serviço militar poderão concorrer ao internato de especialidades na mesma altura que os restantes médicos do mesmo ano de internato, ficando as vagas cativas até terem completado o serviço militar e um ano de serviço médico na periferia.

18.º Os médicos que obtiveram equiparação ao internato geral ou de policlínica com base em disposições legais da Portaria n.º 760/73, de 3 de Novembro, ou do Decreto-Lei n.º 58/75, de 14 de Fevereiro, terão de prestar serviço de um ano na periferia, se pretenderem ser admitidos ao grau seguinte da carreira médica. A estes médicos descontar-se-á o tempo de serviço militar em situação de obrigatoriedade prestado como médicos, desde que não tenha servido para equiparação de igual tempo de internato.

19.º No corrente ano, o serviço médico na periferia iniciar-se-á em 1 de Julho e os médicos policlínicos serão substituídos pelo curso seguinte decorridos não mais de sessenta dias após este ter terminado o seu internato de policlínica. A entrada no grau seguinte da carreira será até 1 de Julho de 1976.

Secretaria de Estado da Saúde, 23 de Junho de 1975. — O Secretário de Estado da Saúde, *Carlos Matos Chaves Macedo*.

21 DE JULHO DE 1976

1627

MINISTÉRIO DOS ASSUNTOS SOCIAIS

Gabinete do Ministro

Decreto-Lei n.º 580/76

de 21 de Julho

Por despacho ministerial de 23 de Junho de 1975, e sem prejuízo de diplomas legais previstos para promulgação posterior, designadamente sobre reestruturação das carreiras médicas, foi instituído o serviço médico na periferia para os médicos que, tendo terminado o internato de policlínica, desejassem prosseguir na carreira médica, o qual consiste na prestação obrigatória de um ano de serviço a nível concelhio ou local.

A experiência do primeiro ano de serviço médico na periferia revelou-se extremamente positiva, na medida em que contribuiu para a resolução de algumas deficiências de cobertura sanitária que não têm podido ser supridas através de médicos residentes, atentas as carências que neste domínio se evidenciam. Com efeito, a acção desenvolvida pela generalidade dos médicos policlínicos teve ampla receptividade por parte das populações, que deste modo foram particularmente sensibilizadas para uma mais activa participação na resolução dos problemas locais de saúde.

A par desta circunstância revelaram-se igualmente positivos os resultados obtidos pelos médicos policlínicos, do seu estreito contacto com as populações, na prática de uma medicina inserida nas comunidades, o que não pode deixar de se considerar factor de grande importância para a sua mais completa formação profissional.

Estas razões determinam que a acção em curso se inscreva nas carreiras médicas a instituir, o que implica, a título imediato, e como passo decisivo para a construção de um serviço nacional de saúde, a exigência curricular do serviço médico na periferia para todos os médicos que tenham obtido a licenciatura a partir de 1 de Janeiro de 1973 e concluído o respectivo internato de policlínica, como condição de admissão ao internato de especialidades e a concursos para os quadros de quaisquer instituições públicas de saúde, incluindo os serviços médico-sociais da Previdência.

Nestes termos:

Usando da faculdade conferida pelo artigo 3.º, n.º 1, alínea 3), da Lei Constitucional n.º 6/75, de 26 de Março, o Governo decreta e eu promulgo, para valer como lei, o seguinte:

Artigo 1.º Os médicos que hajam obtido a sua licenciatura depois de 1 de Janeiro de 1973 e que desejem seguir a carreira médica devem prestar um ano de serviço na periferia, após terem concluído o respectivo internato de policlínica.

Art. 2.º O exercício do ano de serviço médico na periferia faz parte integrante das carreiras médicas, constituindo condição necessária para a admissão ao internato de especialidades e a concursos para os quadros das instituições públicas de saúde, incluindo os serviços médico-sociais da Previdência.

Art. 3.º O regulamento do serviço médico na periferia constará de normas a aprovar por despacho do Secretário de Estado da Saúde.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros. — *Vasco Fernando Leote de Almeida e Costa* — *Rui Manuel Parente Chancerelle de Machete*.

Promulgado em 8 de Julho de 1976.

Publique-se.

O Presidente da República, FRANCISCO DA COSTA GOMES.

XI CONGRESSO NACIONAL DA FNAME 2016

"SESSÃO COMEMORATIVA DO SERVIÇO
MÉDICO NA PERIFERIA"



Morada

Rua Faria Guimarães, 718, 3º Andar
4200-289 Porto
Portugal

Números de telefone

+351 22 509 5095
+351 22 509 0415

Fax

+351 22 502 4447

Mail

mail@sindicatomedicosnorte.pt

Facebook

www.facebook.pt/sindicatomedicosnorte