

MEDICINA

O JORNAL MÉDICO DE MAIOR DIVULGAÇÃO

Director: Dr. José M. Antunes

Nº 1235 • Segunda-feira, 12 de Março de 2007 • Ano XXIV • Sai às segundas-feiras • Preço: €0,05

FNS diz que crescimento zero nas convenções é «medida cega» **página 2** Segorbe Luís defende participação de fármacos antitabágicos se prescritos por centros certificados **página 4** Bastonário questiona idoneidade dos serviços com internos mal preparados **página 8** 182.º aniversário da Faculdade de Medicina do Porto **página 20**

PROTELOS
1 comprimido / dia

MAIS VIDA AO OSSO...
... todos os dias!

INOVAÇÃO
na Osteoporose

Modo de acção duplo

Osteoclastos
Osteoblastos

"Resulta num reequilíbrio do turnover ósseo a favor da formação do osso"

Mencionado na RCM

SERVIER PORTUGAL - Especialidades Farmacéuticas, Lda.
Informação Científica a cargo de Servier Portugal
Av. António Augusto Aguiar, 128. 1099-133 LISBOA - Telefone: 21 312 20 00 - Fax: 21 312 20 99

Ver RCM e/ou preços nesta edição (págs. 1ES a 12ES)

Inês Guerreiro fala dos problemas e benefícios da RCCI

Cultura condiciona continuados

A responsável pela Rede de Cuidados Continuados Integrados (RCCI) considera que a cultura portuguesa tem sido o principal entrave ao desenvolvimento deste modelo assistencial. Mas também reconhece que o sistema tem grande capacidade de adaptação e elogia os profissionais, pelo empenho

página 16

Luís Ribeiro

ZALDIAR®

A dor exige, Zaldiar responde.

Grünenthal, S.A.
Rua Alfredo da Silva, 16 - 2610-016 Amadora
Portugal Tel.: 214 726 300 / Fax: 214 710 910
NC 500 101 965 - Soc. Anónima,
Cap. Social € 3.785.000 -
Mat. n.º 6815 da C. Cons. Reg. Com. Amadora

Grünenthal
PRONTO A PRONTO COM A SAÚDE

Ver RCM e/ou preços nesta edição (págs. 1ES a 12ES)

RCM incluído nesta edição.
Medicamento sujeito a receita médica

SET 2006

■ Despacho sobre crescimento zero na facturação dos convenccionados

«Medida cega que não avalia consequências»

São já conhecidos os «mecanismos específicos de variação de preços» que visam garantir o crescimento zero nas despesas com as convenções celebradas pelo SNS. Para já, a FNS reconhece que esta matéria «não é negociável», mas pretende recorrer aos tribunais e às instâncias europeias

■ José Caetano Neto

Com a publicação no *Diário da República*, no dia 20 de Fevereiro, do despacho assinado pelo secretário de Estado da Saúde, Francisco Ramos, que estipula as medidas conducentes a que a facturação dos convenccionados não seja superior a 2006, entre elas a «variação de preços inversamente proporcional ao crescimento

da quantidade», dando assim corpo ao previsto no Orçamento do Estado para 2007, reacende-se a contestação deste importante sector de operadores da Saúde.

Em declarações ao *«Tempo Medicina»*, Abel Bruno Henriques, secretário-geral da Federação Nacional dos Prestadores de Cuidados de Saúde (FNS), reconheceu que esta regulamentação de uma «medida cega» e «que não avalia as consequências» é de carácter «inegociável». No entanto, adiantou, a FNS tem já juristas a estudar «a possibilidade de impugnação contenciosa deste despacho e também de recurso às instâncias europeias». Só que estas decisões revestem-se sempre de morosidade, porque «o tempo da Justiça é diferente do tempo da vida prática», e exemplo disso é o facto de um processo em que a FNS contesta a redução de preços (5%) ocorrida em 2006 estar já nos tribunais «há um ano e tal» e ainda «nem sequer haver uma decisão de primeira instância», lamentou Abel Bruno Henriques.

Quanto ao facto de o despacho dizer que estas medidas são de carácter excepcional, o secretário-geral da FNS tem uma opinião curiosa: «Quem cá anda há muito tempo sabe que na política há só um momento, o momento presente, os momentos futuros nunca contam. E o momento presente é este», ou seja, «o excepcional pode passar a definitivo». Por isso, acrescentou, «não há paliativo para esta medida».

De qualquer forma, Abel Bruno Henriques disse ter «alguma esperança de que alguém ponha a cabeça debaixo de água e por uma vez pense como é que o sector pode funcionar, com alguma estabilidade», para que «possa continuar a ser útil como tem sido desde o início do SNS», configurando-se desde aí como uma verdadeira rede de proximidade. Actualmente, lembrou ainda o dirigente, os convenccionados produzem «mais de 90% dos meios complementares de diagnóstico pedidos pelo SNS, no ambulatório». Isto porque «o Estado nunca investiu neste sector».

Controlar pedidos desnecessários

Menos pessimista, mas também «preocupado», mostrou-se Germano de Sousa, presidente da Associação Nacional dos Laboratórios Clínicos (ANL),

convicto de que a medida é mesmo «excepcional e só para este ano». Como sublinhou, «não podemos pensar que tenha a mesma validade para o ano que vem, sob pena de então haver problemas muito graves, com recusa total pela nossa parte de qualquer tipo de colaboração» e a tomada de «medidas muito radicais».

Germano de Sousa deposita esperanças nas comissões previstas no despacho para acompanhamento da situação, as quais, «através do conhecimento do que se faz no terreno», devem tomar medidas para controlar um eventual crescimento excessivo da procura, que seria «altamente danoso» para os laboratórios.

Em reuniões que tem tido com o secretário de Estado da Saúde «e com os seus colaboradores», a ANL, segundo o seu presidente, venceu que «é fundamental haver medidas, a nível dos cuidados primários de saúde, que permitam evitar, através de *guidelines*, de protocolos, os pedidos desnecessários de análises». Porque, como sublinhou Germano de Sousa, «é claro que nós não somos os prescritores, somos apenas os executantes dos exames que nos são pedidos».

Nessas reuniões, a ANL já indicou o seu representante na respectiva comissão de acompanhamento, esperando assim «participar activamente» num processo regulador do crescimento da procura.

«Negociações por pacotes»

A posição do Ministério da Saúde, sobre esta matéria segundo uma fonte contactada pelo *«Tempo Medicina»*, é a de que «os princípios não são discutíveis, o que pode ser discutível são os procedimentos para atingir os objectivos orçamentais».

Ao que pudemos apurar, existe pelo menos um processo de negociação sectorial, neste caso com a Associação Nacional de Centros de Diálise (Anadial), sendo crível que poderá haver ou vir a haver outros, embora não especificamente sobre a matéria constante no despacho, mas num âmbito mais lato, no que se poderá apelidar de «negociações por pacotes».

César da Silva, vice-presidente da Anadial, disse ao *«TM»* que existe abertura desta associação para «aceitar o tecto zero, mas se o sistema de reembolsos se modificar». Ou seja, o que a Anadial pretende é «passar para um regime de capitação por doente» e poder «gerir outras rubricas de custos relacionados com a insuficiência renal, hoje a cargo do Estado», de uma forma «mais eficiente e que compense a quebra do reembolso».

O dirigente sublinhou ainda que o sector da hemodiálise «é muito específico na Saúde, com investimento intenso e mão-de-obra especializada e cara». É um tanto diferente das outras áreas dos convenccionados e «o Ministério reconhece essa diferença», acrescentou. E embora assumindo «mais riscos», a Anadial espera, segundo César da Silva, «que seja possível chegar a um acordo com o Governo, em que ambas as partes não saiam prejudicadas».

Versão alargada em www.tempomedicina.com
(Edição Semanal e Arquivo «TM»)

Arquivo «TM»



Abel Bruno Henriques espera que alguém «pense» na forma de dar estabilidade a um sector que actualmente produz «mais de 90% dos meios complementares de diagnóstico pedidos pelo SNS, no ambulatório»

2

Acessibilidade (ainda) não está em causa

Tendo em conta as opiniões dos responsáveis que contactámos, não existe, no curto prazo, o perigo de se assistir à discriminação ou recusa de doentes por parte dos convenccionados. Aliás, isso está mesmo previsto no despacho, que no seu n.º 12 estipula que «as entidades convenccionadas devem garantir a livre escolha e a acessibilidade dos utentes do SNS(...)».

Mas mesmo sem esta imposição, não haveria recusa, garantindo Germano de Sousa que, para já, «não somos demasiado rebarbativos». Abel Bruno Henriques, lembrando embora que «o despacho diz que o preço vai baixar consoante a procura aumentar», também referiu que só «no limite, se isto evoluir negativamente», é que «as portas podem fechar», e aí, sim, «isso vai ser drástico».

**Quando a metformina
já não é suficiente *,
ajuda a utilizar
novamente a insulina
do próprio organismo.**

- Avandamet melhora a utilização da insulina do próprio organismo: 1,3
- Melhora a função da célula β 1,3,4
- Atinge e mantém o controlo glicémico 1,5

AVANDAMET[®]
rosiglitazona/cloridrato de metformina

* Quando em dose máxima tolerada

■ António Segorbe Luís «radical» no que respeita aos medicamentos antitabágicos

Comparticipação de fármacos só para centros certificados

Especialistas ligados à área do tabagismo são de opinião que compartilhar medicamentos usados na cessação tabágica pode dar uma «ajuda» no controlo da dependência, mas ressalvam alguns aspectos. De qualquer forma, a aprovação da proposta de lei de controlo do tabagismo é considerada por todos como um avanço nesta matéria

■ Susana Ribeiro Rodrigues

Se a proposta de lei de controlo do tabagismo, aprovada em reunião de Conselho de Ministros, no passado dia 1, dá «resposta» a muitas questões, também abre, por outro lado, a porta a outras. E entre estas está a participação de fármacos utilizados na cessação tabágica, apesar de não ser matéria a figurar no normativo legal. Sobre este aspecto, o presidente da Sociedade Portuguesa de Pneumologia (SPP), António Segorbe Luís, afirmou, em declarações ao «Tempo Medicina», que «é claro» que deveria haver participação deste tipo de medicamentos, mas apenas nos centros com consultas de cessação tabágica «certificados pelo próprio Estado».

Isto porque, na sua opinião, a lei antitabágica vai ser «um negócio para muita gente», pelo que o Estado «não pode alargar os cordões à bolsa para compartilhar medicamentos que não sejam prescritos por centros certificados». Assim, o responsável entende

Para António Segorbe Luís a lei antitabágica vai ser «um negócio para muita gente», pelo que o Estado «não pode alargar os cordões à bolsa para compartilhar medicamentos que não sejam prescritos por centros certificados»

Luís Rebelo destacou como factor positivo o facto de «ter sido aprovada uma lei» [antitabágica], lembrando que isso era algo de que já se estava «à espera há anos»

que deveria existir «um receituário próprio» a ser distribuído apenas naqueles locais.

Por seu lado, o presidente da Confederação Portuguesa de Prevenção do Tabagismo, Luís Rebelo, também ressalvou determinados aspectos relacionados com o mesmo assunto. O médico, contactado pelo «TM», deixou claro que, «com certeza», a participação deste tipo de medicamentos e a consequente facilidade de acesso aos mesmos deverá «acontecer com supervisão de consulta médica, de acordo com orientações técnicas e com um aconselhamento personalizado».

De qualquer forma, Luís Rebelo salientou que é «muito importante» que exista «uma participação do Estado em relação aos medicamentos de apoio ao fumador», uma vez que ajuda a que as «tentativas de abstinência tenham êxito».

Por sua vez, o presidente da Associação Nacional de Tuberculose e Doenças Respiratórias (ANTDR), Artur Teles de Araújo, disse mesmo ao «TM» que no que toca à cessação tabágica o que se tem que «lamentar» é que não exista «qualquer tipo de participação». E acrescentou que este é um ponto em que se tem de «continuar a insistir».

Existência da lei é positiva

Estes especialistas, instados a comentar o que se conhece da legislação de controlo do tabagismo, que, como se sabe, está ainda pendente de aprovação pela Assembleia da República, disseram estar, na generalidade, satisfeitos. Desde logo, Luís Rebelo destacou como factor positivo o facto de «ter sido aprovada uma lei», lembrando que isso era algo de que já se estava «à espera há anos». E, apesar de chamar a atenção para o facto de ainda não se conhecerem os «detalhes», acrescentou que a legislação que foi aprovada pelo



António Segorbe Luís não está de acordo com os 12 meses de intervalo entre a publicação da lei e a sua entrada em funcionamento, questionando mesmo a necessidade de «um período de adaptação tão longo»

Governo «vai ao encontro da generalidade daquilo que as instituições recomendavam», quer a nível nacional quer internacional.

Artur Teles de Araújo foi mais específico e salientou o facto de a lei estar pensada para «proteger as pessoas que não são fumadoras». Além disso, o presidente da ANTDR enalteceu ainda o que entende ser um «certo grau de preocupação» com a «prevenção primária».

As críticas à legislação vieram de António Segorbe Luís. Apesar de este responsável ser de opinião que «qualquer lei que tenda a reduzir o tabagismo» é «positiva», o que é certo é que não concorda com a «desigualdade» criada com a possibilidade de estabelecimentos comerciais com mais de 100 metros quadrados poderem ter um espaço em que é permitido fumar. Para o médico, «os estabelecimentos comerciais mais pequenos vão ficar prejudicados», pelo que, na sua opinião, «as associações comerciais deveriam optar por uma decisão única».

Outro aspecto com que o presidente da SPP não está de acordo é com os 12 meses de intervalo entre a publicação da lei e a sua entrada em funcionamento, questionando mesmo a necessidade de «um período de adaptação tão longo».

Esta é, no entanto, uma opinião contrária à dos outros especialistas ouvidos pelo «TM». Luís Rebelo indicou que «é o que têm feito os outros países» e Artur Teles de Araújo disse que não lhe parece ser um «período exagerado», podendo mesmo ser benéfico, «no sentido de a lei vir a ser acatada».

OMS favorável a proibição total de fumo

O relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), intitulado «European tobacco control report 2007», reforça a necessidade de proibir o fumo em locais públicos. O documento sobre a situação das políticas de controlo do tabagismo, disponível para consulta em http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20070226_1, indica que a «total proibição» de fumar em todos os lugares públicos «é a única forma fiável e efectiva de prevenir a exposição ao fumo». Além disso, é ainda referido que será benéfico reduzir o leque de opções de comercialização de tabaco e apostar na intervenção em grupos mais vulneráveis.

Para além deste relatório, Luís Rebelo fez questão de salientar a adopção pela União Europeia do «livro verde» intitulado *Por uma Europa sem fumo: opções estratégicas a nível comunitário*, onde «são apresentadas as boas práticas e aquilo que já foi possível obter nos países que avançaram há mais tempo». A par disso, é proposto que «até Maio» deste ano os Estados-membros definam medidas nesta matéria, colocando-se mesmo a hipótese de vir a ser produzida «legislação europeia que obrigue todos os governos a assumirem estas posições».

Adalat® ACTION

3.977 Doentes Hipertensos + Doença Coronária ⁽¹⁾

Adalat CR 30/60 vs Placebo adicionado ao tratamento recomendado ⁽¹⁾

↓ 38%

**Novos casos de
Insuficiência Cardíaca ⁽¹⁾**

↓ 33%

**AVC
Hipertensos ⁽¹⁾**

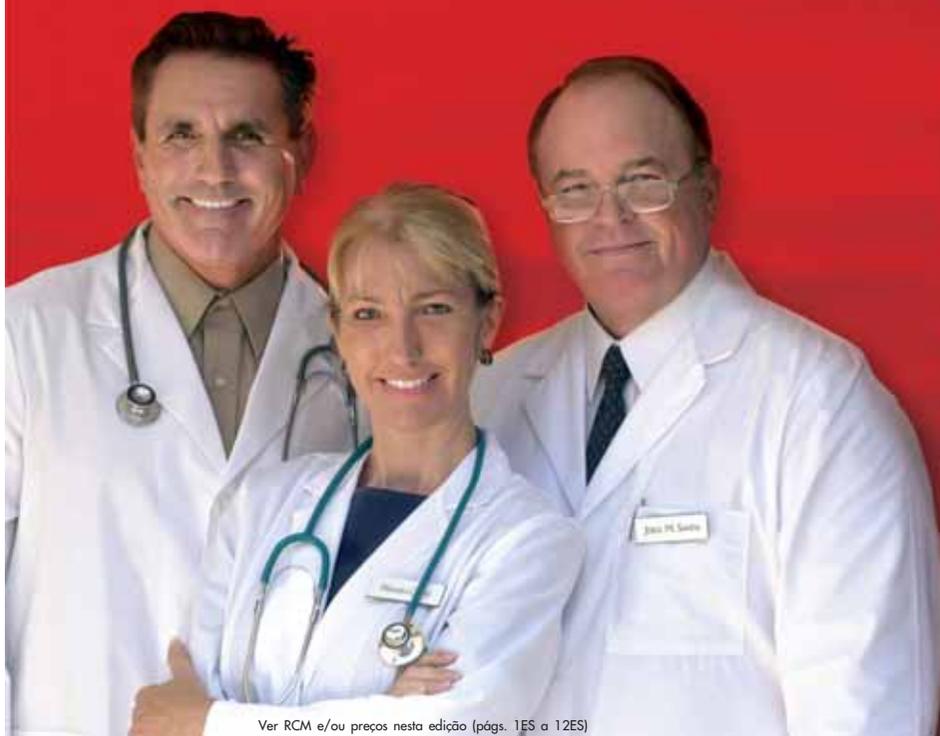
Adalat® CR 30 e 60mg

nifedipina GITS

Marca e Apresentação	PVP com Iva Incluído	Taxa comparticipação SNS	Estado	Utente	PVP na cartonagem
Adalat CR, 14 Comp. 30mg	€8,00	69%	€5,52	€2,48	€8,00
		84%	€6,72	€1,28	
Adalat CR, 28 Comp. 30mg	€15,76	69%	€10,88	€4,88	€15,76
		84%	€13,24	€2,52	
Adalat CR, 28 Comp. 60mg	€28,76	69%	€19,85	€8,91	€28,76
		84%	€24,16	€4,60	

(1) - Effect of long-acting nifedipine on mortality and cardiovascular morbidity in patients with symptomatic stable angina and hypertension: the ACTION trial. Jacobus Lubsen, Gilbert Wagener, Bridget-Anne Kirwan, Sophie de Brouwer and Phillip A. Poole-Wilson on behalf of ACTION (A Coronary disease Trial Investigating Outcome with Nifedipine GITS) Investigators. Journal of Hypertension 2005, 23:641-648.

Medicamento sujeito a receita médica • RCM fornecido em separado



Bayer HealthCare

Bayer Portugal S.A. • R. Quinta do Pinheiro, 5 • 2795 - 653 CARNAXIDE
Capital Social: €3.047.500 • Mat. na C.R.C. de Cascais sob o n.º 7430 • PT 500 043 258.

Ver RCM e/ou preços nesta edição (págs. 1ES a 12ES)

■ Médicos colocados com atraso por falha da tutela só recebem metade do salário



Vários protestos (como o da foto, em Coimbra) encetados pelos internos fizeram com que a tutela se apressasse a colocar os cerca de 900 jovens visados, mas não terão evitado que agora estes recebam apenas metade do salário

FNAM aconselha internos a recorrer a tribunal

Os jovens médicos que, em Janeiro último, viram o início dos seus internatos adiado devido a um alegado erro informático do Ministério da Saúde só receberam metade do vencimento relativo a esse mês.

A Federação Nacional dos Médicos (FNAM) considera que os internos têm direito à totalidade do salário

■ Maria F. Teixeira

Parecer sustenta apelo

Na opinião da FNAM, o problema que levou a que os internos que deveriam ter começado a trabalhar a 2 de Janeiro de 2007 só entrassem nos respectivos hospitais e centros de saúde 15 dias depois (ou, em alguns casos, mais tarde) foi da «exclusiva responsabilidade» do Ministério. Por isso, não aceita que os internos recebam apenas metade do vencimento relativo ao mês de Janeiro.

Num comunicado disponível no seu *site*, datado de 5 de Março, a FNAM recorda as «vicissitudes» que caracterizaram este processo, sublinha que «em muitos anos de colocação de médicos internos foi a primeira vez que tal situação se verificou» e disponibiliza-se para ajudar os visados. «Os médicos internos interessados em serem ressarcidos pelos prejuízos causados e em ordem à defesa dos seus direitos e interesses legalmente protegidos, devem contactar urgentemente os serviços jurídicos dos sindicatos que integram a FNAM (...), consoante a zona geográfica onde se encontram colocados, de modo a serem interpostos os correspondentes processos judiciais», pode ler-se no texto assinado pela Comissão Executiva daquela estrutura sindical.

Segundo contou ao «TM» o vice-presidente da FNAM, Mário Jorge Neves, chegaram ao conhecimento dos três sindicatos vários casos (no total, cerca de 25) em que os internos receberam o vencimento de Janeiro juntamente com o de Fevereiro, mas apenas metade do salário correspondente ao primeiro mês. Por isso, Mário Jorge Neves deixa um apelo: «Estamos a aconselhar os internos a interpor um processo judicial porque esta é uma situação inadmissível».

O sindicalista lembra que o problema não configura apenas uma injustiça salarial, tendo implicações a outros níveis. «Este facto levanta também a questão da contagem do tempo de serviço, pelo que o Ministério da Saúde não pode continuar a escamotear as suas responsabilidades nesta matéria», frisou.

Para aconselhar os jovens médicos a recorrer à Justiça, a FNAM apoia-se num parecer jurídico do advogado Jorge Mata, do Sindicato dos Médicos da Zona Sul (SMZS). O referido parecer, a que o «TM» teve acesso, conclui que o despacho da Secretaria-Geral do MS que alterou a data de início do internato médico carece de «sustentação juridicamente válida». O jurista do SMZS alega que, apesar do Regulamento do Internato Médico prever a possibilidade de a data de início do internato ser alterada por despacho do secretário-geral do MS, o texto legal que aquele normativo regulamenta (o Decreto-Lei n.º 203/2004) apenas dispõe que o internato se inicia «em 1 de Janeiro de cada ano civil».

«A (muito) deficiente gestão do procedimento administrativo prévio à abertura do IM em causa, da exclusiva responsabilidade do MS, impediu o cumprimento da referida previsão legal e gerou danos na esfera jurídica patrimonial dos médicos internos, designadamente em sede remuneratória e de contagem de tempo de serviço. Tais danos, emergentes de responsabilidade civil extracontratual da Administração, por actos de gestão pública, devem ser ressarcidos», pode ler-se no referido parecer.

Rui Guimarães, presidente do Conselho Nacional do Médico Interno (CNMI), desvaloriza o facto de a tutela apenas ter procedido ao pagamento de metade do vencimento. «Com certeza, o Ministério estará a pensar pagar o restante valor aquando da compensação do tempo de internato que está em falta, pois deve pagar os 12 meses de formação completa», disse ao «TM». Para o jovem dirigente, a questão da duração do internato é, de facto, imperativa. «Falta saber como é que a tutela pretende proceder em relação ao término do internato e espero que não decida encurtar e fazer com que todos os internatos acabem ao mesmo tempo», pois «isso seria impensável», sublinhou.

«Estamos a aconselhar os internos a interpor um processo judicial porque esta é uma situação inadmissível», disse Mário Jorge Neves

Problemas com concursos continuam

Num segundo comunicado, a FNAM insurge-se também contra os problemas que estão a verificar-se num outro concurso, desta vez no designado concurso B, de acesso ao internato da especialidade. Depois do atraso na publicação do respectivo mapa de vagas, tal como o «TM» noticiou, o problema prende-se agora com o número de lugares disponíveis. É que o mapa contém 203 vagas, quando efectuaram exame 367 internos. Ora, «a FNAM defende que o número de vagas a concurso seja de facto ponderado em função do número de candidatos existente» e alerta para o risco de desemprego de alguns dos candidatos que fiquem sem vaga, uma vez que estes não detêm autonomia. Além disso, mostra-se preocupada com o reduzido número de lugares atribuídos a especialidades «carenciadas», como a Pediatria e a Ginecologia/Obstetria.

Segundo Rui Guimarães, o MS garantiu ao CNMI que nenhum interno será excluído. O CNMI está a acompanhar a situação e promete agir se a tutela não cumprir a promessa.

**Aluga-se consultório duplo
à Avenida Liberdade, em Lisboa**

250 euros/mês

TMN 938 345 678

ALUGAM-SE SALAS DE CONSULTÓRIO

**Av. 5 de Outubro,
junto ao Campo Pequeno**

Contactar: 91 925 87 24

Versão alargada em www.tempomedicina.com
(Edição Semanal e Arquivo «TM»)

a nova **mono** solução em epilepsia

em adultos diagnosticados de novo com crises focais



Liberdade para mim
é ter a confiança
para estar com os
meus amigos outra
vez.



agora
disponível em
Solução Oral

eficaz^{1,2,3}

elevadas taxas de isenção de crises em
monoterapia e como terapêutica adjuvante

bem tolerado^{3,4}

simples^{3,4}

sem interações medicamentosas conhecidas;
dose terapêutica inicial eficaz

Destino:

Liberdade™

Começa com

Keppra®
levetiracetam



UCB Pharma (Produtos Farmacêuticos), Lda.
Edifício D. Maria I, Piso 1A - Quinta da Fonte
2770 - 299 Paço de Arcos
Tel.: 21 302 53 00 Fax: 21 301 71 03
Linha Verde Farmacovigilância Telef. nº 800 205 476
<http://www.pharma.ucb-group.com>

Referências: 1. Dados em arquivo, UCB Portugal; 2. Ben-Menachem E, Brodie MJ, Perucca E. Efficacy of levetiracetam monotherapy; randomized double-blind head-to-head comparison with carbamazepine-CR in newly diagnosed epilepsy patients with partial onset or generalized tonic-clonic seizures [abstract]. *Neurology*. 2006;66(suppl 2):A73; 3. C. P. Panayiotopoulos - "The Epilepsies" - Seizures Syndromes and management. 2005: 308-323; 4. RCM Keppra, UCB Pharma Lda. Janeiro 2007, em anexo.

■ Bastonário questiona idoneidade dos serviços com internos mal preparados

«Médicos têm obrigação de ensinar os outros»

Um serviço para ter idoneidade tem que assegurar condições de formação, caso contrário não pode formar internos. O aviso partiu do bastonário da Ordem dos Médicos, que considera, por outro lado, que ensinar é uma «obrigação ética» destes profissionais

tados nos exames, ou dizem que são mal ensinados, o serviço que os acolhe não pode continuar a receber internos. «Pode ser o serviço melhor do Mundo, pode ter os melhores investigadores ou ser um serviço de ponta», mas se «não tem condições para ensinar, não pode receber internos», sublinhou.

Pedro Nunes já havia antes lembrado à audiência algumas competências da Ordem, para sublinhar que, segundo os princípios da instituição que dirige, não é imaginável que se realizem internatos em estruturas que não cumpram as regras técnicas mínimas, por exemplo, nos serviços de Urgência, «nem que existam internatos onde não haja uma hierarquia técnica assumida».

«Tem que haver uma permanente auditoria ao que se passa nos internatos», assinalou, lembrando que, apesar de tudo, quem melhor pode contribuir para uma melhoria do internato é o interno — «quem acabou de sofrer na pele» —, corrigindo «o que há para corrigir».

Internato em *part-time*?

As dificuldades que se colocam aos recém-formados, nomeadamente para conseguir a especialidade desejada, foram tema da exposição de Rui Guimarães, que abordou também as dúvidas que ainda pairam sobre o regime de internato — «agora também se fala em regime de internato em *part-time*» — e outras questões como a escolha do local de formação. As incertezas quanto a vagas, carreiras, regime de trabalho e avaliação estiveram também no centro das preocupações do presidente da Associação Nacional de Médico Interno (ANMI). «As notas do internato vão contar para alguma coisa? Vou ter testes e voltar a ter avaliação?», perguntou, numa alusão aos internos que ainda não sabem o que os espera.

Naturalmente preocupado com as saídas profissionais, Rui Guimarães citou o caso de Espanha, onde «23% dos médicos estão a trabalhar em actividades não clínicas».

Formação «dispendiosa»

Mais confiante no futuro da educação médica em Portugal mostrou-se Luís Ruano, presidente da Associação Nacional de Estudantes de Medicina (ANEM), instituição que tem proposto algumas alterações na formação médica e para as quais espera bom acolhimento do Governo. «Iremos continuar a propô-las e a colaborar com todos os agentes para que o processo se torne realidade», frisou Luís Ruano.

O dirigente estudantil questionou, apesar de tudo, a «viabilidade futura para manter a capacidade de formação nos internatos médicos», já que o número de escolas médicas tem aumentado nos últimos anos. «Há dois anos havia 500 alunos a entrar em cada escola, mas neste momento há muito mais, havendo a acrescentar os colegas portugueses que estão a estudar no estrangeiro».



«Tem que haver uma permanente auditoria ao que se passa nos internatos», assinalou o bastonário da OM

Ivo Godinho

■ Manuel Morato

Pedro Nunes afirmou, num debate sobre o tema «Reflectir sobre os internatos médicos», promovido pela Direcção Clínica do Hospital Geral de Santo António, no Porto, que os clínicos «têm eticamente obrigação de ensinar os outros», lamentando que haja médicos que esqueceram esse princípio.

Respondendo a um interno que se queixou de pouca atenção, agressões verbais e até de pressão psicológica por parte do orientador de formação, o bastonário convidou o queixoso a «informar a Ordem», até porque os médicos, disse, «têm obrigação, também legal, de ensinar os outros — faz parte das funções do médico no meio hospitalar».

Invocando a sua experiência, lembrou, contudo,

que há pessoas nos serviços hospitalares com quem «nem vale a pena falar», muitos porque não sabem, outros porque não querem e outros ainda porque não têm tempo nem disposição. «Presumo que isto hoje ainda continue a ser assim», acrescentou, afirmando que «um serviço onde isto se passa, se é que se passa, não pode ter idoneidade». Porque um serviço para ter idoneidade tem que assegurar condições de formação, defendeu Pedro Nunes, que falava para internos e estudantes de Medicina, no passado dia 6, no Auditório Prof. Alexandre Moreira, sediado no Hospital Geral de Santo António.

Reafirmando que situações desta natureza — como as do interno queixoso — «devem ser avaliadas» pela Ordem, o bastonário defendeu ainda que, quando os alunos têm sistematicamente maus resul-

«Estamos a cumprir as recomendações europeias»

«Temos de perceber que quanto a organização e funcionamento dos internatos, estamos a cumprir as recomendações europeias». A afirmação partiu de Serafim Guimarães, presidente da Comissão Nacional dos Internatos Médicos, acrescentando que «também estamos perfeitamente bem» em termos de avaliação contínua e avaliação final do internato.

«Há uma revisão de idoneidade, de cinco em cinco anos, da competência da Ordem dos Médicos, e há treino em *full-time*, a que correspondem 42 horas semanais de formação obrigatória no internato», acrescentou.

Serafim Guimarães lembrou, contudo, que o exame final de acesso aos internatos, para este ano, ainda não tem data marcada pelo Ministério, situação que considera «um constrangimento para quem está a preparar-se para os exames».

Reafirmando que no contexto europeu Portugal «está bem, embora se possa sempre estar melhor», o dirigente considerou que é «agradável haver já países que seguem a organização de internato que existe entre nós».

Versão alargada em www.tempomedicina.com
(Edição Semanal e Arquivo «TM»)



**A idade pode ser
um osso duro de roer**

Ácido Alendróni



Afinal custa tão pouco
vencer a osteoporose

Apresentação e preço

Ácido Alendróni merck [®]	P.V.P.	Regime Geral 69%		Regime Especial 84%	
		Estado	Utente	Estado	Utente
4 Comp. x 70 mg	€ 22,56	€ 15,57	€ 6,99	€ 18,95	€ 3,61

Compare e veja a diferença

Nome do produto	Dosagem	P.V.P.	Dias	Regime Geral		C.T.D.*
				Estado	Utente	
Fosamax 70 mg	4 x 70 mg	€ 34,79	28	€ 15,61	€ 19,18	€ 0,69
Ácido Alendróni Merck	4 x 70 mg	€ 22,56	28	€ 15,57	€ 6,99	€ 0,25

Família: Medicamentos que actuam no osso e no metabolismo do cálcio.

Indicações: Tratamento da osteoporose pós-menopausa.

Posologia: 1 comprimido uma vez por semana.

Merck Genéricos - Produtos Farmacéuticos Lda.
Rua Alfredo da Silva 3C - 1300-040 Lisboa
Tel: 21 361 35 00 • Fax: 21 361 36 60
Contribuinte n.º 502 248 793 • Mat. Cons. do Reg. Com.
de Lisboa sob o n.º 4693 • Capital Social: 805.000,00 Euros

Nota: Os valores apresentados foram retirados de www.infarmed.pt - Fevereiro 2007

* C.T.D.: curso tratamento dia

Medicamento sujeito a receita médica.
Poe favor, consultar RCM incluído nesta publicação.

CO Merck Genéricos®



Fosamax 70 mg 19,18
- 6,99

Ácido Alendronico Merck € 12,19
Poupança

-63,6%

Defenda a saúde dos seus doentes, garanta a sua soberania de prescrição: indique sempre a DCI + nome da companhia.



A sua companhia de Genéricos desde a primeira hora.

www.merckgenericos.com

■ Urgência do Hospital de Vila Franca de Xira

SMZS opta pela via judicial

Depois de várias diligências no sentido de resolver a situação pela via «diplomática», o Sindicato dos Médicos da Zona Sul (SMZS) vai avançar para tribunal, numa tentativa de acabar com os problemas no Serviço de Urgência do Hospital de Reynaldo dos Santos, em Vila Franca de Xira



■ Maria F. Teixeira

Tal como o «TM» noticiou na sua edição de 5 de Fevereiro, o clima é de tensão no Hospital de Vila Franca de Xira devido às mudanças, impostas pela administração, no funcionamento e organização da Urgência.

O problema remonta a Novembro do ano passado, altura em que foi criada a Unidade Integrada de Apoio à Urgência. A medida desagradou aos internistas da casa, que depois de várias diligências mal sucedidas para resolver o problema internamente, decidiram pedir ajuda ao SMZS. A estrutura sindical

«Com esta surpreendente posição ministerial ficamos convencidos que os órgãos de gestão estão “autorizados” politicamente a praticar ilegalidades», pode ler-se na carta enviada pelo SMZS a Carmen Pignatelli

expôs o caso ao Ministério da Saúde, através de três missivas endereçadas a Correia de Campos, onde sustentava que aquela unidade criada no Hospital de Reynaldo dos Santos era ilegal e pedia a sua desactivação imediata.

A resposta chegou do gabinete da secretária de Estado Adjunta e da Saúde, a 12 de Fevereiro, mas não agradou ao SMZS. Nesta carta, a que o «TM» teve acesso, a tutela alega que «a definição das linhas de orientação a que deve obedecer a organização e funcionamento das estruturas clínicas e não clínicas do Hospital de Vila Franca de Xira competem ao respectivo conselho de administração». Por isso, sugere que a estrutura sindical entre em contacto com a administração do hospital, embora deixe desde

logo um «recado» — a organização interna dos organismos públicos não é matéria que deva ser alvo de negociação colectiva.

Tutela demite-se das suas funções

Na resposta que enviou a Carmen Pignatelli, a 5 de Março, o SMZS não poupou nas críticas. «Somos obrigados a transmitir a V. Ex.^a a nossa estupefacção pelo teor dessas afirmações», pode ler-se na carta a que o «TM» também teve acesso. Nesta, a estrutura sindical lembra que a organização e funcionamento dos organismos públicos tem de «respeitar o enquadramento legal vigente» e censura o Ministério da Saúde por se demitir «das funções de tutela que lhes estão conferidas» e por nem sequer exigir o respeito pela lei, por parte dos «órgãos de gestão por si nomeados». «Com esta surpreendente posição ministerial ficamos convencidos que os órgãos de gestão estão “autorizados” politicamente a praticar ilegalidades e até a desrespeitar a hierarquia da tutela, porque o Ministério da Saúde assume a posição de lhes conferir total impunidade de actuação», pode ler-se na referida carta.

Assim, esgotada a «via do diálogo» e mantendo-se inalterada a situação de «escandalosa ilegalidade» no Hospital de Vila Franca de Xira, o SMZS considera não lhe restar outra alternativa senão a do «recurso à via judicial». E além de «avisar» a tutela de que vai recorrer à barra dos tribunais, o sindicato deixa ainda, na carta, um outro alerta: «Responsabilizamos, desde já, o Ministério da Saúde pela conflitualidade que vier a instalar-se naquela unidade hospitalar».

■ Ministério apresenta número de inscritos para Cirurgia

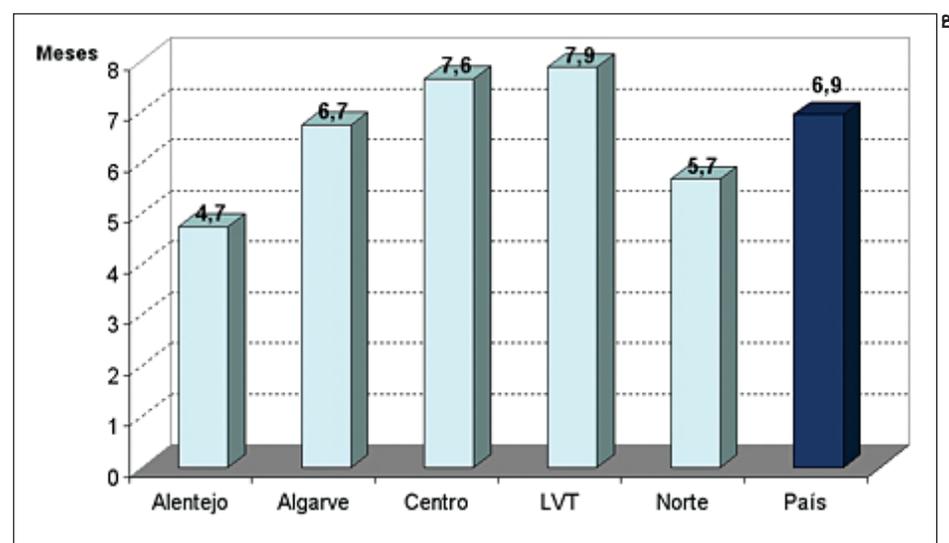
Tempo de espera diminuiu

O Ministério da Saúde divulgou recentemente no *Portal da Saúde* os números relativos às listas de espera cirúrgicas de 2006. Esta informação, há muito aguardada, revela que a demora média para Cirurgia diminuiu ao longo do ano passado (em Janeiro rondava os 8,6 meses, em Junho tinha já descido para 7,3 meses e no final do ano situava-se nos 6,9 meses). As regiões do País com maior demora média são Lisboa e Vale do Tejo e o Centro, enquanto o Alentejo se destaca pela positiva (com o tempo médio de espera de 4,7 meses).

O número de inscritos nas listas de espera para Cirurgia também diminuiu, de 241 mil utentes em Janeiro para 225 mil em Dezembro de 2006. Novamente, as listas mais extensas concentram-se em Lisboa e Vale do Tejo (onde há mais de 74 mil doentes a aguardar uma intervenção cirúrgica), seguindo-se a região Norte (com 71 mil inscritos) e o Centro do País (66 mil doentes). Não obstante, os gráficos disponíveis permitem perceber que o número de entradas nas listas de espera tem acompanhado de forma mais ou menos constante o número de saídas (doentes operados).

Os dados estatísticos apresentados revelam ainda que entre 1 de Dezembro de 2004 e 31 de Dezembro de 2006 foram emitidos quase 95 500 vales-cirurgia. Estes documentos possibilitaram que 18 174 doentes fossem operados, mas 6752 utentes aguardam ainda pela cirurgia. Igualmente significativo é o facto de 15 mil doentes terem recusado a hipótese de ser transferidos para outra instituição, onde poderiam ser operados mais rapidamente.

Recorde-se que a secretária de Estado Adjunta e da Saúde, Carmen Pignatelli, prometeu para breve a reestruturação do sistema que gere as listas de espera. Uma primeira mudança é já evidente — ao SIGIC (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia), criado pelo anterior ministro Luís Filipe Pereira, segue-se o SIGLIC

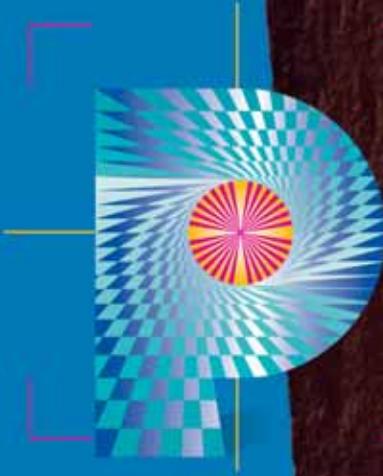


(Sistema Integrado de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia).

Contudo, os objectivos parecem manter-se iguais. À margem de uma conferência realizada no Porto a 3 de Fevereiro último, a secretária de Estado disse ao «TM» que as metas são «reduzir tempos de espera e aumentar a qualidade».

Mais informações estão disponíveis no [site www.min-saude.pt](http://www.min-saude.pt) ou portaldasaude.pt.

MFT



PANTOC[®]

O IBP Completo

PERFORMANCE
TEM TUDO A VER COM
EFICÁCIA
RAPIDEZ E
SEGURANÇA



NYCOMED

Produtos Farmacêuticos
ALTANA Pharma, Lda.
Cidade da Fonte, Edifício O1, Eanes
2776-192 Paço de Arcos, Portugal

Medicamento sujeito a receita médica
RCM e preços incluídos nesta edição
Informação detalhada fornecida a pedido

Ver RCM e/ou preços nesta edição (págs. 1ES a 12ES)

■ Juramento de Hipócrates em Coimbra

Ser médico «vale a pena»

«Vale a pena» ser médico, «se o forem no testemunho de uma ética que traz consigo o ónus da subordinação ao interesse do mais fraco, do que sofre e não tem poder para reivindicar direitos», disse Pedro Nunes aos recém-licenciados que prestaram o Juramento de Hipócrates em Coimbra

■ Helena Nunes

Na cerimónia em que cerca de 180 recém-licenciados da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra prestaram o Juramento de Hipócrates, o bastonário da Ordem dos Médicos, Pedro Nunes, enalteceu a profissão mas alertou também para as dificuldades a enfrentar pelos novos médicos, algumas no relacionamento com colegas, outras impostas pela política de Saúde.

«Permitam-me, como colega mais velho, que vos diga que vale a pena. Mas com uma condição. Vale a pena se o forem no testemunho de uma ética que traz consigo o ónus da subordinação ao interesse do mais fraco, do que sofre e não tem poder para reivindicar direitos», afirmou Pedro Nunes.

Na profissão, disse o bastonário, «contam com a solidariedade dos vossos colegas, com a protecção dos vossos mestres e superiores hierárquicos, com o empenho e gratidão da sociedade». Mas «na maioria das

Pedro Nunes aconselhou:
«não transijam, não ocultem»



«Façam sentir que por cada médico que abdica há um novo que chega e acredita», disse Pedro Nunes aos novos médicos, convidando-os a «jurar como Hipócrates o fez»

horas, no momento das decisões difíceis, de que derivam a vida ou morte, estarão quase sempre sozinhos».

Pedro Nunes advertiu também os novos médicos para os «administradores e políticos invejosos da amizade» dos doentes. «Eles tentarão matar o vosso sonho» e «tentarão transformar-vos em simples funcionários, obedientes, solidários com os interesses da empresa, em vez de solidários com os interesses dos vossos doentes» e dirão que «não podem servir a dois senhores».

Numa alusão aos hospitais que não querem ter internos, alegando questões financeiras, o bastonário alertou que os jovens médicos poderão ser olhados como «um estorvo». E falou também dos colegas que «não estenderão uma mão solidária», daqueles que «perderam

as ideias, os ideais», para quem «esta é uma como qualquer outra forma de ganhar a vida, melhor ou pior paga». Mas, aconselhou, «não transijam, não ocultem» e «façam sentir que por cada médico que abdica há um novo que chega e acredita», acentuou Pedro Nunes, convidando os jovens a «jurar como Hipócrates o fez».

Ao Juramento, que decorreu a 3 de Março, no final do XIII Congresso Nacional de Medicina e IV Congresso Nacional do Médico Interno, seguiu-se a entrega das cédulas profissionais aos novos médicos, um momento em que participaram, entre outros, Pedro Nunes, Isabel Caixeiro e José Manuel Silva, da Ordem dos Médicos, e Castro e Sousa e Catarina Resende de Oliveira, da Faculdade de Medicina de Coimbra.

■ Oração de sapiência

O humanismo primordial da Medicina

«Se o Humanismo for definido como qualquer movimento que assuma como seu fundamento a natureza humana, os limites e os interesses do homem, então a Medicina do *Corpus Hippocraticum*, tal como os seus valores éticos e deontológicos se consubstanciam no respectivo juramento, constitui uma das expressões cimeiras de todo o Humanismo ocidental», considerou Vítor Aguiar e Silva, que proferiu a oração de sapiência da cerimónia de Juramento de Hipócrates, em Coimbra.

Na oração de sapiência, intitulada «Medicina, Humanismo e Humanidades», Vítor Aguiar e Silva, professor jubilado da Universidade do Minho e um notável académico na área das letras, enalteceu o humanismo da Medicina, historiando-o ao longo dos séculos e na literatura.

Começando por recuar ao século V a.C., ao mito de Asclépio, «bem revelador da complexidade, do fascínio, da ambiguidade da personagem do médico e da grandeza e das limitações da sua actividade», Aguiar e Silva lembrou que o culto do deus-médico, cujo nome figura no texto original hipocrático — «Juro por Apolo, o médico, por Asclépio, por Hígia e Panaceia (...)» —, fez dele, pelos bens proporcionados às populações, o patrono dos médicos gregos. E seria um *asclepiade*, Hipócrates, a fundar a Medicina como ciência, «laicizando a etiologia das doenças e as práticas».

Nos séculos seguintes, nas representações simbólicas, culturais e literárias da Medicina, encontram-se textos «violentamente críticos e desqualificadores», como a *História Natural*, do romano Plínio, o Velho (séc. I), que realça «as disputas e contradições das

escolas médicas» e a «avidez pecuniária».

Para o antigo vice-reitor da Universidade do Minho, os romanos foram movidos pelo anti-helenismo, tal como mais tarde, na Idade Média, os preconceitos ideológicos e religiosos, que evocam «a utilidade da doença e do sofrimento do corpo e proibem o recurso ao médico e aos remédios, exprimem um anti-humanismo».

No século XVIII, o «ensino verbalista» na Europa proporcionou ainda «sátiras e paródias», abrindo caminho às «mãos despreparadas dos boticários», mas no século XIX a Medicina «ganhou o estatuto de cientificidade» e assumiu uma nova relevância social, com o médico a substituir o padre.

Na literatura do fim do século XIX e início do século XX, acentuou Aguiar e Silva, «a Medicina e o humanismo contraíram uma estreitíssima aliança» contra a doença e a pobreza. E «a dignidade do homem, e a do doente, são as causas primeiras do humanismo da Medicina», que vinha já dos seus primórdios, na Grécia.

«O homem não pode ser um material consumível, fungível, apenas estatística e economicamente relevante, nas micro e nas macro-organizações da Medicina», advertiu o orador, sublinhando que nos últimos anos, em vários países, incentivam-se, nesta área da educação, as disciplinas, os conhecimentos e as grandes obras de literatura, que garantam «o humanismo primordial da Medicina».

■ Prémio Bluepharma/Universidade de Coimbra

Tese sobre cancro da próstata distinguida

O Prémio Bluepharma/Universidade de Coimbra foi entregue a Rui Manuel Ferreira Henrique, distinguindo a sua tese de doutoramento sobre «A heterogeneidade do cancro da próstata: impacte das alterações genéticas e epigenéticas no diagnóstico e prognóstico»

■ Helena Nunes

Rui Manuel Ferreira Henrique, director do Serviço de Anatomia Patológica do Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto e professor no Departamento de Patologia e Imunologia Molecular do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar (ICBAS) foi o vencedor do Prémio Bluepharma/Universidade de Coimbra.

O investigador foi galardoado pela tese de doutoramento sobre «A heterogeneidade do cancro da próstata: impacte das alterações genéticas e epigenéticas no diagnóstico e prognóstico», que defendeu, no ano passado, na Universidade do Porto, e o prémio foi entregue no passado dia 1, durante a sessão solene das comemorações dos 717 anos da Universidade de Coimbra.

Já na sua quarta edição, o Prémio Bluepharma/

Universidade de Coimbra «destina-se a galardoar uma tese de doutoramento defendida com êxito numa universidade portuguesa na área das ciências da saúde», como referiu Manuel Antunes, presidente do júri, durante a apresentação do vencedor.

Desde que foi criado, em 2003, este prémio «tem vindo a mostrar gradualmente a sua importância e à edição deste ano foram apresentadas 21 teses de doutoramento, de norte a sul do País, de praticamente todas as universidades públicas portuguesas», salientou o cirurgião cardiotorácico. Além disso, este ano o número de trabalhos concorrentes «aumentou, e aumentou também a sua qualidade», o que atesta o «prestígio que o prémio vai adquirindo no meio científico português», considerou Manuel Antunes.

Para além da publicação da tese vencedora em edição exclusiva e da sua distribuição gratuita a

profissionais e entidades de saúde, públicas e privadas, universidades e bibliotecas, o premiado recebe um prémio monetário no valor de 10 mil euros, que tem o patrocínio do Banco Espírito Santo (BES). «A publicação e a distribuição em massa das teses premiadas tem a virtude de dar a conhecer, ao meio científico a que ele se adequa, o trabalho científico do premiado», referiu ainda Manuel Antunes.

Na cerimónia, o prémio foi entregue pelo presidente do Conselho de Administração da Bluepharma, Indústria Farmacêutica SA, Paulo Barradas, e pelo director regional do BES, Pedro Brito.

Nas breves palavras que proferiu após receber o galardão, Rui Manuel Ferreira Henrique agradeceu à Universidade do Porto e ao IPO do Porto, sem esquecer a sua mulher, que o apoiou quando começou o desenvolver a tese. E lembrou o início deste percurso, «há muitos anos», na Universidade do Porto, «onde dois ilustres investigadores», Rogério Monteiro e Eduardo Rocha, o incentivaram a seguir uma carreira científica. «Apostaram em mim, desenvolveram as minhas capacidades», disse Rui Manuel Ferreira Henrique, agradecendo também o apoio e empenho do orientador da tese, Carlos Lopes, do co-orientador, Manuel Teixeira, e do orientador norte-americano, da Universidade Johns Hopkins.

Os hipertensos também
podem fazer bodas de ouro



Mais e melhor vida
para os doentes hipertensos

A Hipertensão continua a estar na origem de demasiadas mortes precoces em Portugal, sendo a sua prevalência estimada em cerca de 42% na nossa população¹. No sentido de ajudar a combater este problema o Laboratório JNeves lançou Losartan Zynara®, um anti-hipertensor que, decorrente da sua eficácia anti-hipertensiva, permite prevenir os acidentes cardiovasculares². Para além disso, possui um benefício cardiovascular adicional cada vez mais reconhecido – a redução do ácido úrico plasmático³, devido ao seu comprovado efeito uricosúrico.

JNEVES
LABORATÓRIO
Sociedade J. Neves Lda.
Parque Industrial do Seival
2840-068 Paio Pires, Portugal

Associação PT

Losartan Zynara 2007-03-03-04

Losartan Zynara 2007-03-03-04

Ver RCM e/ou preços nesta edição (págs. 1ES a 12ES)

Ver RCM e/ou preços nesta edição (págs. 1ES a 12ES)

■ Inês Guerreiro atribui problemas no arranque da RCCI à cultura portuguesa

«Não se mudam mentalidades

A coordenadora da Estrutura de Missão para os Cuidados Continuados Integrados faz um balanço, três meses após o arranque da rede destes cuidados, e responde às críticas. Inês Guerreiro reconhece a existência de alguns problemas, mas diz que tal se deve à dificuldade em mudar mentalidades

■ Maria F. Teixeira

Depois de «Tempo Medicina» ter publicado em edições anteriores quatro reportagens sobre as novas unidades de cuidados continuados, tornava-se imperativo ouvir Inês Guerreiro. Nos últimos tempos visitámos três instituições, em diferentes pontos do País, que aceitaram integrar a Rede de Cuidados Continuados Integrados (RCCI) e protocolaram com o Estado diversos tipos de unidades (convalescência, média e longa duração ou cuidados paliativos). Além disso, fomos conhecer uma experiência de cuidados continuados num hospital privado. Depois de ver e ouvir o que se passa no terreno, confrontámos a coordenadora com as críticas, queixas e também com os elogios dos profissionais. A dirigente respondeu sem hesitações, reconhecendo as falhas do sistema, mas também garantindo que a nova rede será, com certeza, benéfica para o País.

«Tempo Medicina» — Nos vários profissionais com quem falámos encontramos em comum o facto de todos concordarem que, do ponto de vista teórico, a RCCI faz sentido, mas depois fazerem várias críticas à forma como esta está a ser posta em prática. A Santa Casa da Misericórdia (SCM) da Amadora é a que mais se queixa do novo modelo.

Inês Guerreiro — No caso da Amadora, decidimos manter os compromissos que já existiam porque em Lisboa, neste momento, não há alternativas. Além desta instituição, apenas há a Casa de Saúde da Idanha, com quem também temos um protocolo para oito camas. Estamos a estudar todas as possibilidades e dentro disso escolhemos o que tem melhores condições, mas há situações que já vinham do passado e que, por falta de alternativas, não pudemos

Inês Guerreiro refere que o primeiro mês da RCCI «foi uma catástrofe», porque a cultura do País não tinha ainda permitido «interiorizar para que servia a rede e que tipo de cuidados esta prestava»

deixar de assegurar. A SCM da Amadora tinha já há muitos anos cinco camas contratadas com a ARS e três camas contratadas pelo Hospital de Amadora-Sintra, e decidimos manter as cinco camas porque não nos pareceu justo que os utentes que lá estavam deixassem de ter cuidados. Como é óbvio, para uma região com a dimensão de Lisboa oito camas são insuficientes e por isso mantivemos a SCM da Amadora.

«TM» — Já o provedor da SCM de Vila do Conde queixa-se de que o primeiro mês na rede foi «trágico», porque quase não receberam doentes.

IG — O provedor tem razão, mas este cenário espelhou ainda a situação anterior, em que para 400 camas no País toda a taxa de ocupação ficava abaixo de 50%. E de facto, o primeiro mês foi uma catástrofe, porque a cultura do País e dos cuidados de saúde — que não estavam preparados para um nível intermédio de cuidados entre o hospital e o centro de saúde —, não tinha permitido interiorizar para que servia a rede e que tipo de cuidados esta prestava. A partir daí, e neste momento, a RCCI está a funcionar a 100% e com listas de espera em alguns níveis.

«TM» — Está a dizer que queixas como estas, da SCM de Vila do Conde, resultam de questões tempo-

rárias que estão resolvidas?

IG — Sim, estas queixas são exactamente a imagem da cultura existente no País em relação a este tipo de cuidados. Devem-se ao desconhecimento da existência dos mesmos e da sua necessidade, ao facto de as pessoas não saberem que se trata de uma rede de reabilitação, que deve suceder imediatamente após um episódio agudo de doença, antes de a pessoa ir para casa, ou deve configurar uma alternativa, no caso de a pessoa estar em casa sem condições para aí continuar. É uma questão de cultura e tudo o que é novo leva tempo a assimilar. E no primeiro mês nada disto mudou porque não se mudam mentalidades nem filosofias de um dia para o outro. Por isso, o trabalho da Estrutura de Missão tem sido muito de divulgação desta nova abordagem, dando orientações e directivas técnicas para o terreno, promovendo seminários, jornadas e reuniões, para que esta filosofia de prestação de cuidados, que existe na Europa há muitos anos, passe a ser, para os actores que tradicionalmente operam na Saúde e na Segurança Social, uma mensagem interiorizável.

Lentamente, toda esta cultura que vigorava vai mudar, e neste momento os sinais de mudança já são muito promissores. Considero um factor de grande sucesso o facto de, em tão pouco tempo, termos uma ocupação a quase 100%. E por isso o nosso próximo passo é, com urgência, alargar a RCCI.

«Isto não é burocracia, são boas práticas»

«TM» — Uma das críticas que é comum a várias unidades prende-se com a desadequação dos doentes enviados e também com a dificuldade de articulação com as equipas de gestão de alta, que faz com que haja um hiato demasiado extenso entre a referenciação do doente e a entrada na rede. A que se deve isso?

IG — Não confirmo, neste momento, essa informação. No início de Fevereiro a informação era que, de facto, a referenciação estava a correr mal, exactamente porque as equipas de gestão de alta eram um dispositivo novo. Nunca os hospitais tiveram gestão de altas, se bem que qualquer sistema de qualidade obriga à gestão de altas global do hospital, e isto exigiu também uma mudança de cultura muito grande. Normalmente, os



Luís Ribeiro

«Não temos interesse nenhum em manter preços desajustados»

«TM» — O Hospital da Luz não está interessado em integrar a RCCI porque os preços praticados não são convidativos. Isabel Galriça Neto destaca em especial os preços aplicados aos cuidados paliativos, alegando que há doentes com complexidades diferentes a precisar deste tipo de cuidados...

IG — Pode ser que a dr.^a Isabel e os demais profissionais tenham razão. Aliás, sempre dissemos, desde que fixámos preços administrativos e estabelecemos dentro desses preços alguns princípios (que tinham a ver com rácios de pessoal e com aquilo que as boas práticas internacionais previam em termos de consumo de fármacos para as várias tipologias de cuidados), que estávamos em fase de experiências-piloto, as quais iriam ser monitorizadas e poderíamos rever os preços, com base nos resultados, ao fim do tempo de vigência.

«TM» — Quando é que chega ao fim esse período experimental?

IG — Penso que em Abril já teremos resultados e condições para saber se é preciso fazer reajustes aos preços.

«TM» — Algumas das unidades que visitámos fizeram investimentos muito avultados para se adaptarem à RCCI. Não acha que se, de facto, os preços forem desajustados, isso pode levar à desistência de alguns prestadores da rede?

IG — Acho que não vamos, de maneira nenhuma, prejudicar ninguém com preços baixos, até porque os preços baixos apelam com certeza a cuidados sem qualidade. Nesta rede todos temos que ganhar, para que ganhe em especial a pessoa para quem ela existe, que é o doente, pelo que não temos interesse nenhum em manter preços desajustados, se esse for o caso.

de um dia para o outro»

hospitais davam altas sem referenciar o doente, a chamada alta apoiada era uma situação praticamente inexistente. Quando a rede aparece, como é óbvio, não é de imediato identificada pelo hospital, mas neste momento posso dizer que a referenciação está a ser feita, apesar de haver aspectos operacionais a melhorar.

Uma primeira defesa dos hospitais foi dizer que a rede era burocrática, porque pela primeira vez tinham que preencher um conjunto de documentos que permitiam identificar não só as orientações médicas de diagnóstico, como a terapêutica e o plano de cuidados para o doente, o que não era frequente fazer-se. Mas, na maior parte dos hospitais, sobretudo nos maiores, a referenciação está hoje a correr optimamente.

«TM» — Não considera burocrático esse processo que os profissionais devem preencher, tendo em conta a sobrecarga de trabalho que já têm?

IG — Não, nada. Em qualquer congresso internacional da área da Saúde, as pessoas ouvem à saciedade falar da importância desta informação. Todos os hospitais têm que ter altas apoiadas, informação para o exterior, articulação com a estrutura que vai receber o doente, seja a família ou uma unidade de cuidados continuados. Estes procedimentos não são mais do que boas práticas, internacionalmente reconhecidas e faladas em todos os congressos. Não é nenhuma novidade, a única novidade é fazer e passar a ser obrigatório. E a partir do momento em que se obriga a fazer parece que já se torna burocrático. Não estou a proferir uma crítica no sentido de atingir seja quem for, estou a reconhecer uma situação que fazia parte da cultura do Serviço Nacional de Saúde.

Mas também quero fazer um elogio, pois a capacidade de adaptação do sistema é tão grande que, a partir do momento que se reconheceu a vantagem desta informação, rapidamente todos estes aspectos foram ultrapassados. Não estou a dizer que não haja constrangimentos, porque há. Mas isto não é burocracia, são boas práticas e qualidade.

Profissionais sem trabalho

«TM» — A presidente da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, Isabel Galriça Neto, diz que não pode haver «formação fast food» nesta área e defende que os profissionais que trabalham na RCCI têm que ter formação avançada...

IG — Graças à intervenção da dr.^a Isabel Neto, e de outros profissionais que, como ela, acreditam no princípio de que só se pode prestar cuidados de qualidade com formação adequada, há muitos profissionais no terreno com mestrados e pós-graduações em cuidados paliativos. A própria dr.^a Isabel e a universidade com que colabora realizaram variados cursos de e-learning por todo o País, para além dos mestrados e pós-graduações que são formação avançada. E muitos dos médicos e enfermeiros que fizeram esta formação estão sem trabalhar em cuidados paliativos, simplesmente porque não há cuidados paliativos em Portugal. O que a RCCI quer fazer é criar as respostas para que as pessoas possam trabalhar.

Garanto-lhe que temos excelentes profissionais com formação avançada, alguns deles formados pela dr.^a Isabel, sedentos de trabalhar nesta área, mas

desiludidos e desmotivados porque neste momento não têm onde. Ou seja, o que temos é a situação contrária, porque se fez muita formação sem nenhum ajuste à realidade. Basta ver, como referi, a escassa oferta que existe na região de Lisboa e Vale do Tejo,

onde, precisamente se fez mais formação avançada nesta área.

Versão alargada em www.tempomedicina.com
(Edição Semanal e Arquivo «TM»)

ASPIRINA[®] GR 100 mg

Na prevenção da doença aterotrombótica

- no doente hipertenso⁽¹⁾
- no doente diabético^(2, 5)

RECOMENDAÇÕES IDF APMCG

No doente diabético
A antiagregação com ácido acetilsalicílico (75-100mg) está indicada quando o risco de DCV for elevado, se não houver contra-indicações para esta terapêutica e TA <145/90mmHg (NICE, 2004)⁽³⁾

Marca e Apresentação	IVP IVA incluído	TAXA compart. SNS	IVP na cartoneagem
Aspirina GR 100mg 30 comp.	€3.47	-	€3.47

Medicamento sujeito a receita médica

Bayer HealthCare
Bayer Portugal S.A. • Rua Quinta do Pinheiro, 5 • 2794 - 003 Carnaxide
Capital Social: €3.047.500 • Mat. na C.R.C. de Cascais sob o nº 7430 • PT 500 043 256

Ver RCM e/ou preços nesta edição (págs. 1ES a 1ZES)

■ Debate entre um médico e um matemático

Matemática ao serviço da Saúde

Como é que os modelos matemáticos podem ajudar a tomar melhores decisões em Saúde? A questão foi respondida por um matemático e por um médico, no âmbito de uma das sessões do ciclo «Matemática e sociedade», realizada na Livraria Almedina Estádio, em Coimbra

■ Alice Oliveira

João Luís Soares, professor do Departamento de Matemática da Faculdade de Ciências da Universidade de Coimbra, e José Luís Biscaia, médico e coordenador da Unidade de Saúde Familiar de S. Julião, da Figueira da Foz, foram os convidados da sessão realizada no dia 1 de Março, na Livraria Almedina Estádio, em Coimbra. De acordo com o matemático, no que se refere à gestão dos recursos, a Matemática e a Saúde estão «unidas na mesma luta». Um dos exemplos usados para demonstrar como a Matemática pode ajudar a tomar melhores decisões foi o do encerramento de maternidades nos Estados Unidos.

Em 1997, quase 80% das maternidades de Nova Iorque tinham uma taxa de ocupação média inferior a 75%, o que foi considerado uma evidência de que o número de camas era excessivo. Cortou-se também no pessoal e noutros recursos. No entanto, um critério diferente de análise levou a conclusões diferentes. Estudando, através de um modelo matemático, a dinâmica de chegada e dos atendimentos na maternidade, verificou-se que com uma taxa de ocupação de 75% a probabilidade de espera era de 1%, aumentando a espera proporcionalmente à ocupação e podendo chegar-se à ruptura. «É preciso considerar com algum cuidado o critério das taxas de utilização para encerrar unidades ou diminuir camas», referiu João Luís Soares.

«Resultados em Saúde não são números de consultas, números de atendimento, números de Cirurgia, tempo de espera. Esses poderão ser, quando muito, resultados das organizações», referiu José Luís Biscaia

«É preciso considerar com algum cuidado o critério das taxas de utilização para encerrar unidades ou diminuir camas», acentuou o João Luís Soares

Escalas na Urgência

O docente universitário apresentou também um modelo de aplicação de escalas médicas num serviço de Urgência, realizado com Linda Green e o chefe do Serviço de Urgência do Columbia Presbyterian Hospital, de Nova Iorque. Com uma procura complementemente imprevisível e de ritmos diferentes ao longo da semana e do dia, a questão colocada foi «como ajustar o número de médicos ao serviço em cada instante, caracterizar os respectivos turnos e afectar mais horas extraordinárias».

«Estavam em funcionamento várias escalas médicas de oito horas, com um total de 55 médicos por hora, todos os dias da semana. Pegando no nosso modelo, alterámos as escalas para que a proporção de doentes que espera mais do que uma hora fosse inferior a 20%». Com base na afluência ao serviço, de acordo com João Luís Soares, aumentou-se para 58 o número de médicos aos dias de semana e reduziu-se para 53 aos fins-de-semana. «O número de doentes que desistiram de ser observados diminuiu 18% e estas escalas são as escalas ainda a funcionar naquele hospital», referiu o matemático.

Para João Luís Soares, «o agente de decisão não precisa saber de matemática para fazer uso destes modelos, só precisa de um adequado sistema de apoio à decisão». Condição *sine qua non* é ter em funcionamento sistemas de informação que possam alimentar os modelos matemáticos. «Não podemos

fechar os olhos à potencialidade da Matemática para apoiar a tomada de decisão em saúde», concluiu.

Aplicar modelos

José Luís Biscaia concordou que «os modelos matemáticos transformam a informação em conhecimento que nos ajuda a tomar uma decisão», mas esclareceu que existem outros critérios a ter em conta, nomeadamente a missão da organização, as necessidades e as expectativas em Saúde. «Um qualquer modelo matemático é insuficiente para otimizar a Saúde», porém, «todos sabemos que os recursos são escassos e que é necessário discutir critérios para os usar da melhor forma», declarou.

Que tipo de perguntas podemos fazer para usar os modelos matemáticos na tomada de decisões? É possível tomar decisões diferentes sobre a mesma informação? Sublinhando que «a saúde não é componente analítico», o responsável da USF de S. Julião, lembrou os diversos factores controláveis mas também incontroláveis que condicionam a saúde, e disse que «otimizar em Saúde não significa discutir processos mas resultados».

«Resultados em Saúde não são números de consultas, números de atendimento, números de Cirurgia, tempo de espera. Esses poderão ser, quando muito, resultados das organizações». Resultados em Saúde são «mais e melhor saúde», traduzem-se, por exemplo, no número de diabéticos que ficaram mais tarde com retinopatia diabética, no número de pessoas que têm enfarte e que não morrem, na diminuição da mortalidade infantil, sustentou.

A satisfação da expectativa dos utentes é outro indicador de resultados em Saúde. A propósito deste, José Luís Biscaia usou um exemplo da sua USF. Devido à espera, o responsável mandou instalar uma máquina de senhas com que se classifica o motivo de consulta e prioriza os utentes à chegada. «Agora sei qual é o tempo de espera global e o motivo de consulta. Agora sei que, por qualquer motivo, o tempo máximo de espera é de 12 minutos», mas, reparou, «as pessoas continuam insatisfeitas».



Carlos Monteiro

Organizações com capacidade de aprender

José Luís Biscaia defendeu que os hospitais e os centros de saúde devem ser «organizações com capacidade de aprender, com sistemas abertos». Ao contrário, as nossas unidades «são bons exemplos da Administração Pública, pensam pouco, são sistemas muito fechados, funcionam mal». Os que evoluem «fazem a gestão do conhecimento, partilham-no e transformam-no em acção, criando um conceito de governação integrada», referiu.

No entender do coordenador da USF S. Julião, a governação clínica tem de ser capaz de desenvolver processos de auditoria, lidar com questões de efectividade, de gestão do risco, de formação e desenvolvimento profissional contínuo.



José Luís Biscaia

■ Contribuição para a «alteração do paradigma da prática médica»

Maria de Belém recebeu Prémio Nacional de Bioética

Maria de Belém Roseira recebeu, no passado dia 6, o Prémio Nacional de Bioética, naquela que foi a primeira edição do galardão atribuído pela Associação Portuguesa de Bioética (APB). A cerimónia de entrega teve lugar na Aula Magna da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP).

A presidente da Comissão Parlamentar da Saúde e antiga ministra da Saúde foi escolhida, nas palavras de Rui Nunes, presidente do júri do prémio e da APB, pela sua «relevante intervenção nos domínios da bioética e do biodireito». Neste âmbito, destacou a contribuição da premiada para uma verdadeira «alteração do paradigma da prática médica», conseguida com a Lei sobre Informação Genética Pessoal e Informação de Saúde, quando se bateu, enquanto deputada, por conferir ao doente o direito de propriedade sobre o seu processo clínico, antes considerada pertença do médico.

A este propósito, Rui Nunes voltou a defender a alteração do Código Deontológico dos médicos por forma a adaptar-se a esta realidade, bem como o seu papel como representante do Governo na assinatura da Convenção de Oviedo.

Outro marco no percurso da deputada foi a Lei sobre a Procriação Medicamentosa Assistida, outra das razões para a atribuição do prémio, com Rui Nunes a destacar o «papel importantíssimo» de Maria de Belém ao apresentar uma proposta, ainda enquanto ministra da Saúde, e, mais tarde, já como presidente da comissão parlamentar, ao conseguir alcançar «consenso numa matéria que fractura completamente a nossa sociedade».

Dizendo não merecer a distinção, Maria de Belém não se escudou em «falsas modéstias» e disse apenas ter «beneficiado das circunstâncias», apressando-se a dizer que a Lei sobre Informação Genética Pessoal e Informação de Saúde foi proposta pelo Bloco de Esquerda e que, se «algum mérito pessoal» teve foi o da «defesa acérrima da propriedade da informação clínica por parte do doente».

Maria de Belém (acompanhada por Rui Nunes) diz que a distinção é «imerecida» e que apenas beneficiou das circunstâncias



Ivo Godinho

Desafiada por Alexandre Sousa Pinto, também presente na cerimónia, a adaptar as considerações bioéticas às reais necessidades dos médicos e dos cidadãos, em geral, por forma a responder a problemas concretos, a premiada lembrou que esta necessidade está vertida na Constituição, através do «princípio da concordância prática».

Como tal, Maria de Belém admitiu a possibilidade de a comissão a que preside ter de vir a pronunciar-se a curto prazo sobre a questão das directivas antecipadas de vontade e ainda sobre a alteração à Lei da Transplantação de Órgãos, por via da transposição de uma directiva comunitária.

Da agenda da bioética, disse a premiada, não poderão deixar de fazer parte, nos tempos mais próximos, discussões sobre a eutanásia ou sobre o casamento entre pessoas do mesmo sexo e a adopção por parte de casais homossexuais. No entanto, afirmou, estas matérias não são prioritárias, neste momento, no nosso país.

O prémio, que este ano se cingiu apenas a uma medalha de prata, tem outras ambições, nomeadamente a de se estender a outros países, «abrindo uma porta para novos intelectuais lusófonos darem a conhecer o seu trabalho». Nesta edição, a APB associou-se à FMUP, sendo o júri constituído por elementos das duas entidades.

PMG

Ver RCM e/ou preços nesta edição (págs. 1ES a 1ZES)

Triapin®
Ramipril 5mg + Felodipina 5mg

Na vida há associações que fazem sentido.

sanofi aventis
O momento é a vida

PTFRAM07.01.06

■ Reconfiguração dos centros de saúde

Missão reúne-se com parceiros

A Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública, a Ordem dos Enfermeiros e o Sindicato dos Enfermeiros foram as três entidades que, até ao fecho desta edição, se tinham reunido com a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP). Entretanto, esta estrutura já tem em seu poder o estudo do Gabinete de Análise Económica (Ganec) da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa e vai apresentar brevemente a proposta final de reconfiguração dos centros de saúde.

Inicialmente, as reuniões foram convocadas para os últimos dias de Fevereiro e primeiros de Março, mas, devido a imperativos de agenda, alguns dos encontros ainda não se realizaram. É o caso das reuniões com a Ordem dos Médicos, Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, que deverão realizar-se esta semana. De acordo com Luís Pisco, coordenador da MCSP, a reunião com a Federação

Nacional dos Médicos ocorreu no passado dia 9. Em causa encontra-se a proposta de reconfiguração dos centros de saúde e as implicações que a mesma poderá ter para profissionais e utentes dos cuidados de saúde primários (CSP).

De fora desta «ronda» de auscultações ficou o Sindicato Independente dos Médicos (SIM). A data inicialmente avançada pela MCSP tornou-se incompatível com a agenda dos representantes do SIM, pelo que esta estrutura sindical convidou a Missão para debater a reconfiguração dos centros de saúde a 6 de Março, nas suas instalações. Em resposta, a MCSP explicou que na data e hora propostas pelo sindicato também não havia disponibilidade para reunir, algo que, a exemplo do que está a ser feito com outras entidades, deveria acontecer nas instalações da Missão. Assim sendo, «a reunião com o SIM ficou sem efeito», elucidou Luís Pisco.

De acordo com este dirigente, os encontros já

concretizados têm sido «muito proveitosos», na medida em que vêm permitindo «clarificar muitos aspectos e conhecer a posição dos parceiros relativamente à reconfiguração proposta. Em cima da mesa têm estado questões relacionadas com a autonomia de gestão dos centros de saúde, unidades de cuidados na comunidade e o papel do centro de saúde concelhio, entre outras. Em destaque também tem estado a formação de unidades locais de cuidados de saúde primários (ULCSP) — que consistem em agrupamentos de centros de saúde —, a articulação entre as várias unidades e com os hospitais de referência.

De qualquer modo, e como já pode contar com o estudo do Ganec, a MCSP prepara-se para apresentar ao ministro da Saúde, ainda esta semana, a proposta final de reconfiguração dos centros de saúde.

LC