

MEDICINA

O JORNAL MÉDICO DE MAIOR DIVULGAÇÃO

Director: Dr. José M. Antunes

N.º 1498 • Segunda-feira, 15 de Outubro de 2012 • Ano XXVIII • Sai às segundas-feiras • Preço: €0,05

Norte tem nova estratégia de referência para cuidados paliativos **página 2** Biobanco-IMM não quer ser um órgão local, salienta João Lobo Antunes **página 5** Porque é obrigatório a «ponderação» das listas de utentes dos médicos de família, opinião de Henrique Botelho **página 11** Governo incentiva recolha de órgãos em dadores vivos **página 12**

Maratona de negociações entre os sindicatos e a tutela termina passados 10 meses, prometendo voltar em 2015

Arquivo «TM»

Acordo com muitas transições e excepções

Depois de intensas negociações, que chegaram a ser interrompidas pela greve nacional dos médicos, os sindicatos e a equipa ministerial chegaram a acordo para a nova grelha salarial das 40 horas semanais. O entendimento é histórico, mas olhando detalhadamente para o assinado, são várias as excepções e transições a que os profissionais estarão sujeitos.

Pág. 14

Manuel Teixeira reconhece que ajustamento da despesa pública em medicamentos foi «desequilibrado»

Queda do preço dos genéricos «terá de ser limitada»

Pág. 3



■ Há pacientes que entram e não precisam, e outros que precisam e não acedem, alerta Edna Gonçalves

«Estamos a “chutar para paliativos” doentes que precisam de um lar»

Está no terreno uma nova estratégia de selecção de doentes para cuidados paliativos (CP). Na região Norte, há já «equipas consultoras móveis» — operam também em cuidados primários — para avaliar se os doentes internados no hospital, no domicílio, ou em consulta externa reúnem critérios para CP

■ Manuel Morato

«Estão a ser admitidos doentes em cuidados paliativos que não são os que mais beneficiam destes cuidados e, ao mesmo tempo, há doentes que beneficiariam muito, mas que não têm acesso», disse ao **«Tempo Medicina»** Edna Gonçalves, directora do Serviço de Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar de São João (CHSJ), Porto.

A também especialista em Medicina Interna, que falava à margem da conferência de abertura do Congresso da Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), que se realizou de 11 a 13 de Outubro, propõe a criação de «equipas consultoras móveis» que, mesmo não tendo internamento próprio, se desloquem ao hospital e avaliem — com os cuidadores — se o doente reúne ou não critérios para ser internado em «paliativos». Isto, no caso dos doentes internados, visto que, como se sabe, a avaliação em CP pode também ser feita na consulta externa ou no domicílio.

Para isso, acrescenta a internista, é preciso que os profissionais «conheçam as acções paliativas de forma suficientemente desenvolvida» através de uma «base de trabalho», mas que haja garantia de que doentes que não precisam de equipa especializada «fiquem bem cuidados».

Isto é, de resto, parte do que já está a acontecer no projecto de cuidados paliativos do CHSJ, que passa por acompanhar equipas de médicos e enfermeiros de família ao domicílio dos doentes, para que essas



Ivo Godinho

Edna Gonçalves propõe a criação de «equipas consultoras móveis» que se desloquem ao hospital e avaliem — com os cuidadores — se o doente reúne ou não critérios para ser internado em «paliativos»

equipas «melhorem o que estão a fazer». E ainda para que, «no futuro, só recorram [aos cuidados paliativos do hospital] apenas para as situações mais complicadas», esclarece a especialista.

Sem falar em ruptura com o modelo da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), Edna Gonçalves adverte: «As equipas de paliativos da rede também estão nesta linha, mas o certo é que rapidamente nos esquecemos destas linhas orientadoras, ou seja, estamos a “chutar” para cuidados paliativos doentes que precisavam de um lar», ou porque a família não pode, ou não quer, mas que, de facto, «não precisam de um médico diário, nem enfermagem especializada».

O problema não é dinheiro, mas sim «reorganizar»

«Penso que tem que haver maior supervisão daquilo que está ser feito actualmente», indica a responsável, sublinhando: «Temos que seleccionar melhor os doentes para cuidados paliativos pois, se continuarmos como até agora, corremos o risco de gastar mal o dinheiro».

Em relação ao pessoal com formação nos hospitais, Edna Gonçalves admite que ainda não existe em número

suficiente, no entanto, esta especialista alerta para o facto de haver «muita gente» com formação teórica e prática, mas que «não tem oportunidade de trabalhar em equipas específicas». Mesmo assim, às vezes o problema não é contratar mais gente, mas «reorganizar quem já está no sistema», sustenta a especialista. «O que precisamos é que o pessoal chegue para os doentes internados no hospital que precisam de equipas especializadas. Não vamos inventar doentes!». Para a especialista, «às vezes não é uma questão de dinheiro mas de organização».

Já relativamente à Rede Nacional de Cuidados Paliativos (paralela à RNCCI), embora esteja publicada em *Diário da República*, Edna Gonçalves não se mostra grande defensora da sua criação: «Estes cuidados têm que ser tratados como as outras especialidades médicas — como a Medicina Interna, a Cardiologia ou a Medicina Geral e Familiar», defende.

«Diferença abismal»

Seja como for, no Norte já se nota «uma diferença abismal» na abordagem destes doentes, provavelmente bem diferente do que se passa noutras regiões, considera a directora de serviço: «Não é só no São João, mas também na ULS de Matosinhos, IPO do Porto e Centro Hospitalar do Porto». E mais, assinala a médica: «Há um programa de cuidados paliativos domiciliários (ver caixa) da iniciativa da ARS Norte para desenvolver este tipo de cuidados — em que, aliás, estamos a colaborar — para que as unidades de Gaia, Braga, Guimarães e Vila Real também possam vir a ter equipas idênticas à nossa.»

O serviço do CHSJ trabalha de uma forma diferente: «Como não temos unidade de internamento, quando algum serviço requer os cuidados paliativos chama-nos sempre a nós. A maior parte das vezes até entendemos que os doentes podem ir para casa. Se precisam mesmo de uma unidade de paliativos, referenciamos pela rede; ou então enviamos para a consulta externa — o doente tem alta e fica ligado à nossa consulta externa, por exemplo», explicou Edna Gonçalves.

Versão alargada em www.tempomedicina.com

ARS do Norte cria mais camas de cuidados paliativos

«Uma rede de cuidados paliativos não se constrói só com boas vontades», afirmou Rui Cernadas, vogal do Conselho Directivo da ARS do Norte, na abertura do congresso da APCP, adiantando que já no próximo ano «vai ser feita a transferência de várias unidades de convalescença da Região, do ponto de vista orçamental, para «camas de cuidados paliativos».

O objectivo, segundo o médico de família — que falava em representação do ministro da Saúde, Paulo Macedo — é «começar já a garantir alguns embriões do ponto de vista organizativo para que a rede do Norte [de cuidados paliativos] não se atrase». Na opinião deste dirigente, a ARS do Norte tem, contudo, que «ter níveis de exigência» para a instalação desta rede «mais adequados» à realidade nacional: «Não podemos manter padrões de elevada exigência, de topo de gama, seja para o sector social, público ou privado», defendeu Rui Cernadas.

Relativamente ao aumento de camas de cuidados paliativos, aquele responsável adiantou que a ARS do Norte vai «avaliar os resultados e tirar ilações para investimento em novas unidades ou para cessação de unidades». O dirigente prometeu ainda que a instituição não vai perder de vista a «aposta na rede de cuidados paliativos», procurando evitar ou ressaltar alguns dos «lapsos, erros ou inflexões que todos cometemos hoje» na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados».

■ Garantia dada pelo secretário de Estado da Saúde

Prescrição de medicamentos biológicos vai ser alterada

A forma como é feita a prescrição e disponibilização de medicamentos biológicos vai ser modificada, estando o Governo ainda a ultimar as alterações. O anúncio foi feito pelo secretário de Estado da Saúde, Manuel Teixeira, que justificou a medida com a necessidade de «preservar as necessidades dos doentes»

■ Andreia Vieira

Considerando que a prescrição de fármacos biológicos, sobretudo a doentes com artrite reumatóide, «tem tido uma dinâmica absolutamente significativa com um crescimento muito substantivo», o secretário de Estado da Saúde, Manuel Teixeira, anunciou que estão a ser ultimadas «alterações à prescrição e aviaamento» destes medicamentos. O objectivo é, nas suas palavras, «conseguir atingir o objectivo de preservar as necessidades dos doentes com um esforço que seja comportável pelo Estado», na medida em que «como estava antes, não era comportável». A revelação foi feita durante a sessão de abertura do V Fórum Nacional sobre a Gestão do Medicamento em Meio Hospitalar, promovido pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH) no passado dia 12, em Lisboa.

Esta medida foi apenas uma das várias anunciadas pelo governante, para que o Estado venha a conseguir baixar a despesa com medicamentos em meio hospitalar com o mesmo sucesso que alcançou na redução de custos relativos à disponibilização de fármacos em farmácia de rua. Com efeito, Manuel Teixeira elogiou o «fortíssimo ajustamento da despesa pública em medicamentos», mas reconheceu que este foi «desequilibrado». Razão por que o Governo vira agora a sua atenção para os medicamentos aviados em contexto hospitalar, «esperando que também esta despesa desça».

Prescrição electrónica nos hospitais

Entre as medidas anunciadas pelo governante contam-se as que, no mesmo dia, foram publicadas no *Diário*



Luís Ribeiro

Manuel Teixeira afirma que «quer preservar a entrada da inovação nos hospitais portugueses», mas «tornando-a sustentável»

da República (Despacho n.º 13382/2012) com entrada em vigor no dia 15 de Outubro. Tornar obrigatória a prescrição electrónica de medicamentos dispensados no ambulatório hospitalar, bem como impor a referência do doente a quem se destinam os fármacos, são algumas das novidades apresentadas.

Porém, apesar da clara intenção assumida de contenção de custos, o secretário de Estado da Saúde lembrou aos muitos administradores e gestores hospitalares de todo o País presentes na sessão, que os hospitais são a «porta de entrada da inovação» em termos terapêuticos. «Queremos preservar a todo o custo a entrada da inovação, mas tornando-a sustentável, coisa que no passado não era», reforçou.

Outra das iniciativas anunciadas prende-se com a previsível travagem da queda do preço dos medicamentos genéricos. Segundo Manuel Teixeira, o sucesso alcançado com a redução dos custos com medicamentos vendidos em farmácia de rua foi de tal ordem que, agora, «está implementada uma tendência para que a despesa desça de forma natural». Por isso, o Governo admite a possibilidade de ter de «actuar para não deixar essa dinâmica natural instalada continuar a

funcionar de *per si*», salientando que a mesma «terá de ser limitada nos seus efeitos».

Decréscimo de 170 milhões

Segundo Manuel Teixeira, a redução da despesa com medicamentos de ambulatório em meio hospitalar tem mesmo de acontecer, «é um espaço que terá mesmo de ser percorrido». Socorrendo-se dos dados disponíveis referentes ao primeiro semestre do ano, o responsável deu conta que o decréscimo verificado até então se tinha ficado apenas pelos 0,8%.

Reiterando a sua confiança no apoio da Indústria Farmacêutica à prossecução dos objectivos do Governo, o secretário de Estado da Saúde recordou que o objectivo é que a despesa dos hospitais em medicamentos decresça 170 milhões. «O acordo [com a Apifarma] prevê que, se por acaso, a despesa ficar afastada daquele objectivo a Indústria reembolsará, mas o Ministério não quer os reembolsos, ou quer que os reembolsos sejam uma parcela muito pequena. O que queremos é que os custos desçam», frisou.

Na sessão de abertura marcaram também presença Pedro Lopes, da APAH, e Eduardo Magallanes, director-geral do laboratório farmacêutico que patrocina esta iniciativa. Segundo este último, é necessário assegurar a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, mas é também importante «garantir o acesso a melhores medicamentos, mais seguros e eficazes». Para o conseguir, o responsável sublinhou a «necessidade de se colocar o doente no centro da discussão, sob pena de se voltar atrás» naquilo que entretanto se conseguiu alcançar, nomeadamente em termos de indicadores de Saúde. Nesse sentido, chamou a atenção para que se continuem a promover «debates alargados» tendo sempre em mente o «acesso dos doentes aos medicamentos inovadores».

Versão alargada em www.tempomedicina.com

Nota positiva para «G15»

O esforço no sentido de preservar o interesse dos doentes, mas de forma que possa ser comportado pelo Estado, levou Manuel Teixeira a elogiar novamente a actuação do denominado «G15». O governante fez questão de voltar a dar publicamente «nota positiva» ao grupo de hospitais do Norte que se reuniu no sentido de adquirir fármacos a preços mais baratos, com base numa lista de produtos pré-seleccionados de acordo com os mesmos critérios.

Para Manuel Teixeira, o caminho seguido por estes hospitais é uma «forma de tornar racional o uso do medicamento, juntando de forma inteligente duas pontas muitas vezes afastadas», disse, referindo-se às comissões de farmácia e terapêutica e aos departamentos de compras dos hospitais. «Esta junção é muito positiva e a minha vontade é que se disseminasse», acrescentou ainda.

■ Balanço inclui custos directos e indirectos da prescrição nos hospitais

A «caneta do médico» é responsável por «80% da despesa»

O custo médio anual da prescrição, por médico, é de cerca de 300 mil euros. No entanto, se cada médico poupar apenas 1% na prescrição, gastam-se menos 13,5 milhões de euros/ano. A estimativa é do psiquiatra e gestor hospitalar Hugo Meireles, que abordou o tema no I Congresso Nacional do Interno do ano Comum

■ Manuel Morato

«É de 30% a despesa que a caneta do médico desencadeia directamente nos hospitais», mas «há custos indirectos ao nível de pessoal para assumir os internamentos ou outros actos pedidos», afirmou o psiquiatra Hugo Meireles, que já tem uma longa experiência na gestão hospitalar (dirigiu o hospital de Conde Ferreira, foi presidente do CA do hospital de S. Sebastião, na Feira, e presidente da comissão executiva do Hospital de Braga), acrescentando que, directa ou indirectamente, a «caneta do médico acaba por ser responsável por 80% dos custos de um hospital». «Esta “caneta” é de facto muito importante», admitiu.

No I Congresso Nacional do Médico Interno do Ano Comum, que se realizou no Centro de Arte de Ovar, no final de Setembro, o psiquiatra reforçou que «a caneta do médico é um instrumento decisivo» para a gestão do SNS, sendo que «a sustentabilidade deste não pode prescindir de uma criteriosa utilização da mesma».

«A vossa caneta é importante, diria também para o vosso futuro», alertou Hugo Meireles, que falava para cerca de três centenas de internos do ano comum (IAC) sobre o tema «Qual o preço das coisas», numa mesa que dividiu com Luís Santiago, professor da Faculdade de Medicina da Universidade da Beira Interior, e Licínio de Carvalho (moderador), dirigente do Centro Hospitalar Leiria-Pombal.

Lembrando que «aquilo que não se pode medir também não se pode gerir», apelou — evocando um dos «pais da gestão hospitalar» — para a importância de os médicos «passarem a medir aquilo que fazem» para, assim, poderem «gerir».

«Tive a oportunidade de gerir um hospital onde conseguimos — embora com algumas limitações — passar para os clínicos muito da gestão do hospital», e «é importante que os médicos assumam progressivamente um papel em todas as decisões que se tomam na unidade», sublinhou, numa alusão à sua experiência na área.

No balanço que fez sobre a despesa global dos hospitais, que, em 2010, ascendeu a «5,5 mil mi-



Hugo Meireles apelou para a importância de os médicos «passarem a medir aquilo que fazem» para, assim, poderem «gerir»

lhões de euros», Hugo Meireles verificou que, só em medicamentos, gastou-se cerca de mil milhões, e em material clínico 386 milhões, ou seja, «cerca de 25% da despesa de um hospital está directamente relacionada com estes custos e, como tal, com a actividade do médico», assinalou.

Considerando apenas os médicos especialistas — não contando com os internos — verificou, entretanto, que o «custo médio por médico em medicamentos gerado por ano é de 300 mil euros, e de 120 euros em material clínico», sendo que «estes custos são naturalmente diferentes de hospital para hospital», notou ainda. O

«Cerca de 25% da despesa de um hospital está directamente relacionada com os custos e, como tal, com a actividade do médico», afirmou **Hugo Meireles**

gestor sublinhou, contudo, que, quanto a custos, se cada médico tentar fazer poupança na sua prescrição, «cada 1% de poupança representa cerca 13,5 milhões a menos na despesa total do País».

Prescrição não racional

Referindo que há doentes que usam diariamente 14 e 15 medicamentos, Luiz Santiago recordou a prescrição desnecessária de antibióticos e medicamentos injectáveis, os tratamentos ineficazes e inseguros: «Muitas vezes utiliza-se um medicamento novo e, depois, os doentes sabem que foi retirado do mercado pela televisão e não por nós, porque somos os últimos a saber.» A exacerbação, em alguns casos, ou o «prolongamento da doença porque não estamos a tratar com aquilo que devia ser», são algumas das consequências da prescrição não racional.

Falando sobre «prescrição racional», numa intervenção mais dirigida a médicos de família, Luiz Santiago relacionou ainda a prescrição não racional com o «aumento de reacções adversas» — «são frequentes, embora não notificadas» — e com «o desconforto em relação ao paciente e ao medo da resistência microbiana».

Citando António Vaz Carneiro, o também assistente graduado sénior da UCSP Eiras (Aces Baixo Mondego) lembrou ainda alguns dos princípios a atender na prescrição racional, tais como: «ter base científica para a prescrição do medicamento»; pensar «quais as melhores alternativas em termos de eficácia»; «quais as contraindicações e as reacções que podem ser esperadas e «qual a dose óptima», entre outros.

Apenas dois mil em 37 mil são responsáveis por 40% da despesa

Comentando as declarações dos oradores, segundo as quais há doentes que fazem 14 ou 15 medicamentos em simultâneo, Licínio de Carvalho lembrou que não é raro o próprio ouvir comentar, sobretudo internistas, «casos de doentes que chegam às consultas com cerca de 15 a 20 medicamentos» com toma diária. Recordou, de resto, que quando foi anunciado o programa para medicação hospitalar, elaborado já por este Governo, foi feito um levantamento em que «dos cerca de 37 mil prescritores que compunham o universo dos prescritores do SNS, dois mil deles eram responsáveis por 40% da despesa».

Versão alargada em www.tempomedicina.com

■ Biobanco do Instituto de Medicina Molecular (IMM) não quer ser um órgão local, reforça João Lobo Antunes

«É difícil de combater esta tendência para os minilatifúndios»

O Biobanco do IMM quer estar aberto aos cidadãos, às empresas, às sociedades científicas e aos investigadores. Na cerimónia de apresentação ficou a mensagem de que a investigação clínica nacional e internacional tem mais uma ferramenta para o desenvolvimento da Medicina e da investigação translacional

■ Teresa Mendes

O auditório do Edifício Egas Moniz, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa encheu-se, no passado dia 3, de individualidades do meio da Ciência e da Saúde. O motivo: A apresentação pública do Biobanco-IMM, um projecto, contrastando com as inaugurações tradicionais em que se apresenta aquilo que ainda não foi feito, que nasceu em 2008 e que já conta com 21 865 amostras e 2906 dadores.

Foi notória a satisfação de todos os intervenientes, realçada por João Lobo Antunes, presidente do Instituto de Medicina Molecular (IMM): «Num tempo cinzento e triste em que vivemos, particularmente na área da Saúde, hoje, aqui, celebra-se, com alegria, a criação de algo de novo, mas que já anda — não é um bebé recém-nascido.» Segundo o responsável, este é, por isso, «um momento singular e de grande regozijo», resultado «do esforço de pessoas que dentro desta instituição não baixam os braços e que têm do futuro uma visão optimista de confiança e de esperança».

Agradecendo o patrocínio do Alto Comissariado da Saúde (dado em 2008), João Lobo Antunes enalteceu sobretudo o «esforço» de João Eurico Fonseca [director do Biobanco], «uma pessoa que faz bem e com cuidado».

«Não é possível cada um querer ter o seu biobanco»

E porquê a apresentação pública? Para se dar a conhecer. Como salientou o presidente do IMM, «uma instituição destas tem que se abrir à comunidade, às sociedades científicas, aos serviços dos hospitais e empresas especializadas» e, acima de tudo «atingir massa crítica», pois, sublinhou no final da sessão, «certamente todos reconhecem que é uma pecha nacional difícil de combater esta tendência para os minilatifúndios».

Para o neurocirurgião, «não é possível cada um querer ter o seu biobanco, o seu tecto, não faz sentido. O IMM está mais interessado que o Biobanco-IMM seja o órgão que se sirva o País numa escala mais vasta, abrindo as suas portas, captando outras colaborações». Referindo que a criação de uma estrutura destas representa um processo altamente complexo «para assegurar desde a segurança à confidencialidade», João Lobo Antunes salientou, por isso, que não quer que o Biobanco-IMM seja «um órgão local, mas sim para servir outras instituições de uma forma absolutamente livre».

A Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR), um dos parceiros do Biobanco-IMM, que contribui com amostras do estudo Epireuma.pt, também pensa o mesmo e, por isso, Luís Maurício, presidente da



O Biobanco-IMM é resultado «do esforço de pessoas que dentro desta instituição não baixam os braços e que têm do futuro uma visão optimista de confiança e de esperança», salientou João Lobo Antunes na divulgação pública do projecto

SPR, aproveitou a ocasião para deixar um «desafio as outras sociedades científicas a estabelecerem com o Biobanco-IMM uma parceria a exemplo daquela que nós já estabelecemos, para que possam guardar aqui as amostras dos seus doentes, configurando isso um factor seguro de promoção da investigação científica nessas outras áreas médicas».

«Podemos competir a fazer Medicina de qualidade»

Sobre se vale a pena o investimento nesta área, João Eurico Fonseca, na sua qualidade de director do Biobanco-IMM, considera que a resposta já foi dada «pela reflexão de várias políticas de saúde e desenvolvimento biomédico de vários países que levam a ciência biomédica muito a sério, como a Holanda, o Reino Unido, Estados Unidos». A atitude destes países foi investir na saúde em todos os aspectos, desde «o desenvolvimento científico, à aplicabilidade médica e ao benefício para a sociedade, mas também do ponto de vista económico», lembrou.

E para João Eurico Fonseca, «nós não vamos competir a fazer carros com a Alemanha, mas podemos competir a fazer Medicina de qualidade e a desenvolver fármacos que interessem a todos e que tenham impacto económico». Esta, segundo o reumatologista do Hospital de Santa Maria, «pode ser uma das visões para apostarmos no biobanco».

Relativamente ao seu posicionamento na Europa, o responsável considera que «são os investigadores que iniciam colecções e que vêm interesse em colaborar com o Biobanco que vão determinar o seu crescimento». Mais tarde, «se este conseguir ter as estruturas humanas e financeiras para ele próprio iniciar colecções e se tudo correr de acordo com aquilo que nós sentimos estar a correr é provável que consigamos crescer a uma taxa de cerca de 20 mil amostras por ano». Isto significa que «em poucos anos atingiremos muitos milhares de amostras e doentes» e que dentro de «quatro ou cinco anos este biobanco poderá ombrear com os outros europeus», afirmou.

Informações param investigadores e dadores

No site oficial do Biobanco-IMM (www.biobanco.pt/) cidadãos e investigadores podem consultar todas as informações para doar ou requisitar amostras.

Atualmente com 21 865 amostras, designadamente sangue, soro, saliva, urina, osso, DNA e tecido tumoral, e respectiva informação clínica, o Biobanco-IMM (que integra a rede europeia de biobancos do BBMRI) oferece a todos os investigadores e a todos os tipos de pesquisa médica, de interesse público, um sistema de *software* de gestão de amostras e de informação clínica, adaptado às necessidades identificadas.

O Biobanco está autorizado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar Lisboa Norte para coletar e armazenar amostras biológicas para fins de investigação e a respectiva base de dados clínicos também está autorizada pela Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Relativamente aos cidadãos, estes podem doar uma amostra biológica, em geral sangue, podendo contactar através do telefone 21 7999437 ou 965152588, ou deslocando-se ao Edifício Egas Moniz, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

É ainda possível, no âmbito de uma consulta médica, informar o médico da sua intenção de doar uma amostra biológica. Finalmente, o cidadão poderá autorizar que os desperdícios de uma biópsia ou cirurgia a que seja sujeito sejam recolhidos e armazenados no Biobanco-IMM, devendo para tal falar com o médico que a/o acompanha.

Luís Ribeiro

■ «Racionamento» de medicamentos

Bastonário recebe apoio europeu

O parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) sobre o financiamento de medicamentos, nomeadamente os indicados para o cancro, sida e artrite reumatóide, ainda provoca ondas de choque. A última reacção negativa ao documento que utiliza a palavra «racionamento» vem de Bruxelas, onde está sediado o Comité Permanente dos Médicos Europeus (CPME).



Kostanty Radziwill, presidente da referida organização, escreveu ao bastonário da Ordem dos Médicos (OM), José Manuel Silva, para subscrever as suas críticas à opinião manifestada pelos conselheiros em causa — a missiva tem a data de 8 de Outubro, mas foi divulgada no dia seguinte.

Acusando o CNECV de «tentativa de interferir na autonomia médica», o CPME expressa o seu «forte apoio» à tomada de posição do representante dos clínicos portugueses, que se insurgiu, recorde-se, contra o «perverso» parecer «encomendado» pelo Ministério da Saúde.

A «rapidez» e a «coragem» que José Manuel Silva mostrou, como sublinha a carta, na defesa do direito dos doentes aos cuidados de saúde mais apropriados são particularmente enaltecidos por Kostanty Radziwill.

«As suas palavras são ainda mais importantes em tempo de crise, quando muitos políticos sentem-se tentados a poupar dinheiro à custa dos mais fracos e vulneráveis», escreve o dirigente do CPME dirigindo-se ao bastonário dos médicos.

No passado dia 27 de Setembro, no mesmo dia em que estalou a polémica em torno do «racionamento» de fármacos nos hospitais, o Conselho Nacional Executivo da OM, presidido por José Manuel Silva, foi contundente na análise ao entendimento do CNECV.

«A Ordem dos Médicos verifica que todo o parecer é uma tendenciosa construção que visa tentar justificar eticamente o racionamento em saúde, sem limites definidos, o que é uma inultrapassável contradição ética», lê-se, por exemplo, no comunicado então distribuído.

SG

Publicado previamente em www.univadis.pt

■ Novas estruturas abrangem maior área geográfica

Norte e Alentejo com menos Aces

Procurando obter «ganhos de eficiência», o Ministério da Saúde alterou o mapa de agrupamentos de centros de saúde (Aces) no Norte do País. Através de dois processos de fusão, que criam novos e maiores Aces, a região fica com menos outros tantos agrupamentos.

A Portaria n.º 310/2012 que procede à reorganização foi publicada no passado dia 10 no *Diário da República* e teve de ser assinada por três ministros: Paulo Macedo (Saúde), Vítor Gaspar (Finanças) e Miguel Relvas (Adjunto e Assuntos Parlamentares).

Alto Ave – Guimarães/Vizela/Terras de Basto e Grande Porto III – Maia/Valongo são como se designam os Aces agora criados.

O primeiro resulta da fusão dos Aces do Ave I – Terras de Basto e do Ave II – Guimarães/Vizela, ao passo que o segundo funde os antigos Aces do Grande Porto III – Valongo e do Grande Porto IV – Maia.

O novo desenho, conforme justifica a portaria, é principalmente fruto do balanço feito aos cerca de três anos de experiência acumulada, da evolução externa da rede hospitalar e do respeito pela nomenclatura de unidades territoriais para fins estatísticos (NUTS).

O Governo espera entretanto que as mudanças operadas, além do aproveitamento de sinergias, «reflectam e potenciem as oportunidades de obtenção de ganhos de eficiência».

Em termos de delimitação geográfica, o diploma estabelece que ela deve corresponder à NUTS III. «Tendo em conta a necessidade da combinação mais eficiente dos recursos disponíveis e factores geodemográficos», sustenta.

«Naturalmente que uma mudança de dimensão geodemográfica dos Aces implicará uma redefinição, por grupo profissional, dos recursos humanos a afectar a cada centro de saúde e correspondente Aces», reconhece também o Executivo.

Isto para garantir que, acrescenta, «as necessidades reais tenham correspondência nos respectivos mapas de pessoal» e haja uma «optimização dos recursos».

A criação dos novos agrupamentos permitirá diminuir o número de cargos dirigentes — os directores executivos passam de quatro para dois.

No caso Aces do Alto Ave, o mesmo terá 163 médicos, 213 enfermeiros, 29 técnicos de diagnóstico e terapêutica, 23 técnicos superiores, 189 assistentes técnicos, 90 assistentes operacionais e um capelão,



totalizando deste modo, incluindo o director executivo, 709 pessoas.

Os correspondentes serviços têm de ser prestados a mais de 282 mil inscritos nos cuidados primários.

Em relação ao Aces do Grande Porto III, que servem para cima de 220 mil utentes, tem afectados os seguintes recursos humanos, além do director executivo: 123 médicos, 161 enfermeiros, 21 técnicos de diagnóstico e terapêutica, 18 técnicos superiores, 126 assistentes técnicos e 53 assistentes operacionais. O que perfaz 503 profissionais.

A portaria altera ainda a área geográfica de dois agrupamentos. Designadamente do Grande Porto II – Gondomar e do Grande Porto VIII – Espinho /Gaia — este último mudou igualmente de nome, pois antes chamava-se Grande Porto IX.

Há meia dúzia de outras situações em que a mudança se cinge à denominação.

Alentejo Central I e II fundem-se

No dia anterior foi também formalizada, com a publicação da Portaria n.º 308/2012, a extinção e integração por fusão dos Aces Alentejo Central I e II no Aces do Alentejo Central, alegando os representantes dos ministérios da Saúde, Finanças e Adjunto e Assuntos Parlamentares que, assim, «será possível otimizar os recursos existentes e a capacidade instalada, aproveitar as sinergias e aumentar a eficiência e a eficácia dos serviços».

O Conselho de Ministros, do passado dia 4, aprovou ainda, a criação da Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, que vai integrar o hospital e o Aces daquela sub-região.

SG

Publicado previamente em www.univadis.pt

Prémio Nobel da Medicina atribuído a John B. Gurdon e Shinya Yamanaka

O prémio Nobel da Medicina 2012 foi atribuído, no passado dia 8, conjuntamente a John B. Gurdon e Shinya Yamanaka «pela descoberta de que as células maduras podem ser reprogramadas para se tornarem pluripotentes», anunciou o Comité Nobel.

De acordo com o comunicado daquele comité, o Instituto Karolinska decidiu distinguir dois cientistas que descobriram que células maduras e especializadas podem ser reprogramadas para se tornarem células estaminais, capazes de formarem qualquer tecido do corpo.

John B. Gurdon, nascido em 1933, no Reino Unido, descobriu em 1962 que a especialização das células é reversível. Shinya Yamanaka, que nasceu no Japão em 1962,

descobriu mais de 40 anos depois, em 2006, como células maduras intactas em ratos podem ser reprogramadas para se tornarem células estaminais.

Estas descobertas, que o Comité Nobel considera revolucionárias, mudaram «por completo» a forma como a ciência vê o desenvolvimento e a especialização celulares.

«Compreendemos hoje que a célula madura não tem de ficar confinada para sempre ao seu estado especializado. Os manuais foram reescritos e estabeleceram-se novos campos de investigação. Ao reprogramar células humanas, os cientistas criaram novas oportunidades de estudar doenças e desenvolver métodos de diagnóstico e terapia», acrescenta o comunicado.

ANEM requer participação na elaboração da nova prova de seriação

«Lamentamos que mais uma vez se assista à criação de um grupo que se irá debruçar sobre o futuro dos estudantes sem incluir a sua participação», salienta a Associação Nacional dos Estudantes de Medicina (ANEM) num comunicado do passado dia 6, em resposta publicação do despacho que cria um grupo de trabalho para definir, no espaço de 60 dias, o novo modelo de prova nacional de seriação relativa ao acesso ao internato médico.

Manuel Abecacis, presidente da direcção da ANEM, que assina o comunicado, informa ainda que aquela associação vai requerer a sua integração neste novo grupo, «por forma a garantir que os estudantes serão seleccionados justa e adequadamente para o internato médico», demonstrando «interesse e a disponibilidade em colaborar e envolver os estudantes de Medicina no trabalho desenvolvido pelo mesmo».

O despacho (n.º 13092/2012 de 4 de Outubro) conjunto dos secretários de Estado da Saúde e do Ensino Superior, que surge na sequência de um processo de revisão do regime do internato médico iniciado em Dezembro de 2011 com a criação de um outro grupo de trabalho através do despacho nº 16696/2011, prevê que o novo modelo de prova nacional de seriação entre em vigor a partir de 2015.

Deste novo grupo fazem parte um representante do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, que coordena; um representante do Gabinete do Secretário de Estado do Ensino Superior; da Administração Central do Sistema de Saúde; do Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas e da Ordem dos Médicos.

Odette Santos Ferreira vence Prémio Nacional de Saúde 2012

A investigadora Odette Santos Ferreira venceu o Prémio Nacional de Saúde 2012, pelo seu «notável mérito da investigação brilhante e perseverante» bem como pelo «relevo da sua ação a nível pedagógico e cívico, nomeadamente através da criação e animação de estruturas de difusão de conhecimentos e de apoio a doentes com infecção VIH-sida», refere um comunicado da Direcção-Geral da Saúde, do passado dia 4.

O júri, constituído por Walter Friederich Alfred Osswald (que presidiu), pelos bastonários da Ordem dos Médicos, dos Enfermeiros e dos Farmacêuticos, bem como pelo diretor do Instituto de Higiene e Medicina Tropical considerou «por unanimidade» estes contributos como «de alto valor para a saúde pública, já reconhecidos tanto a nível nacional como internacional».

Maria Odette Santos Ferreira licenciou-se em Farmácia em 1970, doutorou-se na Universidade de Paris Sud em França e chegou a professora catedrática de Microbiologia em 1987. É professora catedrática jubilada da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.

Considerada «pioneira no nosso país da investigação científica da infecção pelo VIH-sida», a sua vida «constitui um exemplo de missão e dedicação ao serviço do Sistema Nacional de Saúde Português e da Academia Portuguesa», salienta o comunicado.

No princípio dos anos 80, em colaboração com a equipa de José Luís Champalimaud, do Hospital Egas Moniz, a investigadora caracterizou os primeiros casos de infeção por VIH em doentes originários da Guiné-Bissau com um quadro clínico de imunodeficiência. No seguimento desta investigação, identificou um grupo de amostras com um comportamento anormal face ao método de diagnóstico usado que constituíram o ponto de partida para a descoberta do VIH do tipo 2.

«TM» errou

Na edição anterior do «TM» (n.º 1497, de 08/10/12) houve, devido a um erro técnico, uma duplicação de uma página. Pelo lapso, apresentamos as nossas desculpas.

Tempo
MEDICINA

PROPRIEDADE: IMPREMÉDICA, Imprensa Médica, Lda. **REDACÇÃO E PUBLICIDADE:** Rua Abranches Ferrão, n.º 23, 3.º, 1600-296 Lisboa – **TELEF.:** 21 478 86 20; Fax: 21 478 30 81/86 21; **E-MAIL:** tempomedicina@mail.telepac.pt e tempomedicina@tempomedicina.com **EDIÇÃO ELECTRÓNICA:** www.tempomedicina.com **CONSELHO CIENTÍFICO:** Dr. Gerardo Ubach Ferrão, Prof. M. J. Halpern, Prof. Manuel da Silva Meirinho, Prof. Miguel Carneiro de Moura, Prof. Rui Penha, Prof. Armando Porto, Prof. Mário Quina, Prof. Luís Aires de Sousa, Dr. Pedro Abreu Loureiro, Dr. Pedro Montargil, Dr. Gastão de Deus Figueira, Dr. Manuel B. Martins, Dr. A. Madeira Ventura e Dr. J. Margalho Carrilho **DIRECTOR:** Dr. José M. Antunes **EDITOR:** João Paulo de Oliveira **REDACÇÃO:** Teresa Mendes (Coordenadora) **COLABORADORES PERMANENTES:** Alice Oliveira e Helena Nunes (Coimbra), Manuel Morato (Porto) **COLABORADORES:** Andreia Vieira, Sérgio Gouveia, Teresa Martins, Linda Rosa, M. M. de Oliveira, Zózimo Zorrinho (Lisboa), Vitalino José Santos (Coimbra) **REDACTORES MÉDICOS:** Dr.ª Ana Ramos Falcão, Dr. Bernardo Feijó, Dr.ª Carla Loureiro e Dr. João Mário P. Figueira **IMAGEM:** Luís Ribeiro (Coordenador), António Cabral e André Roque (Lisboa), Carlos Monteiro (Coimbra), Ivo Godinho (Porto) e Cristina Logarinho (Algarve) **TM Online:** Luís Ribeiro (Coordenador) **COMERCIAL:** Maria Cristina Lourenço **GRAFISMO E PAGINAÇÃO:** Manuel dos Santos **SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS:** Marília Correias **IMPRESSÃO:** Empresa Gráfica Funchalense **DISTRIBUIÇÃO:** IMPREMÉDICA/Multimailing/Correios **DEPÓSITO LEGAL** n.º 15 823 I.C.S. n.º 214304 (Publicação n.º 108948) **Preço:** 0,05 euros **ASSINATURA:** 50 euros/ano Tiragem: 15 000 exemplares

A reprodução (integral ou parcial) de artigos publicados no «Tempo Medicina» e/ou TEMPOMEDICINA ONLINE só é possível com autorização expressa da Direcção do Jornal

Dados de 2010 indicam que [a taxa de suicídio] já ultrapassou as mortes por acidentes na estrada (mais 86). O INEM também alertou para o aumento do número de chamadas por tentativas de suicídio [este ano]. Sabemos, de resto, que há uma correlação entre a crise económica e o aumento do suicídio

Pedro Afonso, psiquiatra
Público, 11/10/12

Felizmente, o ministro da Saúde, as associações de doentes, a Ordem dos Médicos e a generalidade da sociedade rejeitaram o parecer. Até o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida reconheceu que talvez não tivesse traduzido da melhor maneira os textos anglo-saxónicos em que se baseou. O parecer morreu

José Manuel Silva, bastonário da Ordem dos Médicos
Correio da Manhã, 11/10/12

Em Portugal, apenas 22 por cento dos doentes com dor crónica são seguidos por um especialista e só um por cento são seguidos em unidades de dor crónica

Matilde Raposo, anestesiológica e directora da Clínica de Dor do IPO de Lisboa
RCMPharma, 11/10/12

O que queríamos era mobilizar os profissionais de saúde mental para uma resposta profissional que dê «armas» aos doentes. Por isso é que falamos em *empowerment*, na necessidade das pessoas desenvolverem as suas competências, em vez de ficarem numa posição mais passiva e mais desarmada. De braços caídos ficamos pior

Roma Torres, director da clínica de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de S. João, Porto
Diário Digital/Lusa, 09/10/12

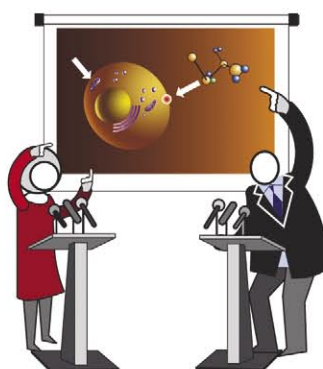
Há um perigo de desabastecimento do mercado português face aos preços dos medicamentos, que se têm vindo a degradar nos últimos anos, com a consequente dificuldade dos doentes portugueses de terem em tempo acesso aos medicamentos

João Almeida Lopes, presidente da Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica
Jornal de Notícias, 09/10/12

Versão alargada em www.tempomedicina.com



DEBATES QUE DESPERTAM **ATENÇÃO !**

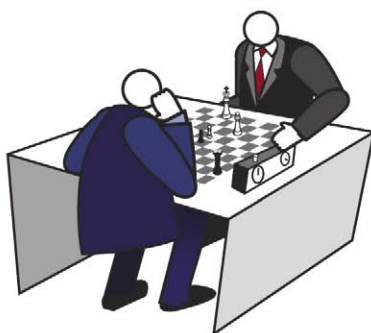


Milhares de artigos,
centenas de temas,
várias publicações
por uma só ideia:
disponibilizar informação científica
essencial para o exercício
da actividade médica.

A Imprensa Médica
divulga opiniões,
análises, definições,
estudos e conclusões,
determinantes
para a reflexão
e decisão médicas.



Estudos efectuados
por Universidades Norte-Americanas
e Indústria Farmacêutica⁽¹⁾
concluíram que a publicidade
na Imprensa Médica
apresenta a mais elevada taxa
de retorno do investimento.



Um Estudo do Infarmed,⁽²⁾
abrangendo 4062 médicos,
concluiu também que as publicações
médicas são meio preferencial
de formação e informação.

A Imprensa Médica,
pedra angular
da informação médica
ocupa, por isso,
uma posição cimeira
no investimento.

**Imprensa
Médica**

1 – <http://www.rxpromoi.org>
2 – <http://www.infarmed.pt>

■ Procura até Agosto

Só o Algarve escapa à redução das consultas nos centros de saúde

A tendência que mostra menos visitas dos utentes do SNS às unidades de cuidados primários é cada vez mais vinculada. Nos primeiros oito meses do ano, consultados os números disponibilizados por cada ARS (administração regional de saúde) pelo «Tempo Medicina», apenas o Algarve regista um aumento face ao período homólogo de 2011.

Não é uma grande variação, mas, para todos os efeitos, a região mais a Sul do território nacional é a única que tem uma percentagem positiva para mostrar (mais 0,54%) de consultas médicas realizadas – foram efectuados, no acumulado até Agosto, cerca de 760 mil atendimentos.

Os centros de saúde e as USF (unidades de saúde familiar) sob a jurisdição das ARS do Alentejo e do Centro, pelo contrário, são os que apresentam as quedas mais acentuadas de utentes a recorrerem aos seus serviços: menos 6,35% e menos 5,56%, respectivamente, comparando com o ano passado.

Na região de Lisboa e Vale do Tejo a diminuição não é tão acentuada, mas é na mesma um decréscimo. Neste caso de menos 2,84%.

Quanto à ARS do Norte, ainda não foi divulgado o correspondente quadro de monitorização mensal. No entanto, tendo por base que, em Julho, o número de consultas médicas desceu, apesar de muito ligeiramente, pela primeira vez no exercício comparativo com 2011 (menos 0,16%), é de prever a manutenção da trajetória.

Um dado que será tirado a limpo quando a ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde) puser cá fora os quadros com todos os números — mais uma vez, o prazo estabelecido pelo Ministério da Saúde para o efeito (até ao dia 8 de cada mês) não foi respeitado pelo instituto público.

No caso particular dos atendimentos presenciais, a sua clara redução é já também um dado adquirido e aqui nem o Algarve escapa à tendência — apesar de ostentar uma variação negativa de apenas menos 0,31%.

Neste capítulo e sempre no acumulado até Agosto, as ARS do Centro e do Alentejo atingem decréscimos que praticamente tocam os 10%. Em Lisboa e Vale do Tejo o valor é de menos 7,63%.

Um mês antes, em Julho portanto, a região do Norte tinha registado uma quebra de 2,54% em termos de consultas médicas presenciais.

A ACSS, recorde-se, nas análises que tem feito até agora nunca correlacionou a menor procura dos cuidados primários por parte dos portugueses com o facto de terem de pagar, desde Janeiro, taxas moderadoras mais altas.

No seu entender, a queda global das consultas tem a ver, por exemplo, com o aumento da prescrição de receitas renováveis.

SG

Publicado previamente em www.univadis.pt

Leal da Costa quer psiquiatras deslocalizados «para onde são necessários»

O secretário de Estado Adjunto do ministro da Saúde, Fernando Leal da Costa, admitiu, durante um jantar comemorativo do Dia Mundial da Saúde Mental, no passado dia 10 em Cascais, que o processo de desinstitucionalização dos doentes mentais «não terá sido perfeito». No entanto, conforme se pode ler no discurso colocado no Portal do Governo (www.portaldasaude.pt), o mesmo será «será concluído», garantiu.

Lembrando «as alterações profundas e benéficas no parque hospitalar psiquiátrico», com uma «rede centrada já em hospitais gerais», o governante assegurou que no Ministério da Saúde estão «comprometidos com a criação de uma rede de apoios e serviços de carácter continuado e de proximidade» e que serão corrigidas «assimetrias regionais e de planeamento que não foram feitos da melhor forma e, muitas vezes, sem o contributo dos técnicos de saúde mental».

A fórmula para a correcção das assimetrias regionais é, segundo Fernando Leal da Costa, «a deslocalização de psiquiatras para os locais onde eles são necessários,



O governante assegurou que no Ministério da Saúde estão «comprometidos com a criação de uma rede de apoios e serviços de carácter continuado e de proximidade»

para a continuação da tradição de interligação entre os níveis de cuidados primários e especializados», mobilidade que considerou «prioritária».

CE aposta na inovação...

A Comunicação da Comissão Europeia sobre Política Industrial (http://ec.europa.eu/enterprise/initiatives/mission-growth/index_en.htm), divulgada no passado dia 10, que defende o investimento em inovação, bem como a promoção e defesa dos direitos de propriedade intelectual, foi saudada pela European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA) como um importante passo para assegurar a competitividade da Indústria Farmacêutica (IF) europeia e o acesso aos medicamentos por parte de todos os cidadãos europeus.

Segundo Sir Andrew Witty, presidente da EFPIA, «a inovação farmacêutica pode ser uma das plataformas-chave de um programa de crescimento para a Europa», porque a IF «é, de longe, a indústria europeia que mais intensivamente investe em investigação e desenvolvimento». E se é verdade que a Europa é um líder mundial nesta área, «outras regiões, como os EUA e alguns países asiáticos, concorrem cada vez mais com ela, em I&D e produção».

O melhor meio de apoiar a inovação, disse Sir Witty, é utilizá-la e recompensá-la, pagando um preço justo pelo valor acrescentado. Drásticas reduções nos orçamentos nacionais, ausência de uma abordagem política coerente e a sucessão de medidas de contenção de custos com impactes extraterritoriais estão a minar a competitividade da IF de investigação, afirmou o presidente da EFPIA.

... mas a solução está nos genéricos

Um estudo da Direcção-Geral dos Assuntos Económicos e Financeiros da União Europeia (*Economic Papers* 461/September 2012), cujos autores se propõem a estimular o uso racional dos medicamentos e a manter a despesa que estes geram sob controlo, defende a possibilidade de a farmácia substituir genéricos e medidas para acelerar a entrada destes medicamentos no mercado. Entre elas, a fixação do preço e da comparticipação no mesmo processo, desligado das patentes, de forma que estas decisões já estejam tomadas quando a patente expirar; e a adopção de uma patente comunitária e de um sistema de resolução de litígios unificado para evitar excessivas demoras na entrada de genéricos no mercado.

O estudo salienta também que as decisões de comparticipação devem poder ser revistas regularmente, e destaca as virtualidades do sistema de preços de referência vs preços livres, e a necessidade de «melhoria do comportamento de prescrição dos médicos», combinada com a prescrição por DCI, quotas de prescrição, orçamentos pré-definidos e incentivos financeiros.

Obituário

A Saúde está de luto com a perda de duas das suas grandes figuras.

Santana Maia, antigo bastonário da Ordem dos Médicos faleceu no passado dia 3 de Outubro, aos 76 anos, após doença prolongada. A sua vida, de médico prestigiado e cidadão pautou-se por uma marcante intervenção cívica ao serviço do Portugal, representando um exemplo para todos.

Nuno Grande, médico e professor, morreu no passado dia 8, aos 80 anos, no Porto. Fundou o Instituto Abel Salazar de Ciências Biomédicas, foi pró-reitor da Universidade do Porto para os Assuntos Sociais e, desde 1989, era membro do painel de conselheiros do Comité Científico da NATO. Para além da atividade docente e de investigação, e do desempenho em cargos administrativos, Nuno Grande distinguiu-se também na oposição à ditadura.

Algumas considerações acerca da reorganização das Urgências



■ Carlos Mesquita*

Fui, há alguns dias, convidado a pronunciar-me sobre o documento da Comissão de Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência (CRRNEU) na revista da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (OM), o que me levou a ter de ler o mesmo com atenção redobrada. Nesta medida, gostaria de aproveitar a ocasião para partilhar com um conjunto mais alargado de colegas e outras pessoas as opiniões que então expressei e no que sei ser acompanhado pela generalidade dos que comigo integram a actual direcção da Competência em Emergência Médica.

Exemplos

Sem questionar a importância do documento, há em todo ele uma sensação de mais do mesmo, como se Correia de Campos fosse ainda o ministro da Saúde, pelo que a primeira questão seria a de saber que critérios presidiram à nomeação da CRRNEU. Dá a ideia de um relatório encomendado a uma comissão feita à medida, com ausência de contraditório, não sendo difícil adivinhar as conclusões antes de as ler.

Exemplos disto serão:

- Urgências polivalentes e centros de trauma em Braga, Vila Real, Viseu e Faro, mero resultado da teimosia em pretender manter apenas dois

Dá a ideia de um relatório encomendado a uma comissão feita à medida, com ausência de contraditório, não sendo difícil adivinhar as conclusões antes de as ler

[O relatório da CRRNEU é] um documento preconceituoso e corporativo, clientelar, insuficiente, nascido torto e desligado da realidade, a traduzir mais uma oportunidade perdida, condenado a não ficar para a história

níveis de resposta hospitalar, em vez de três, com base em números também à medida, tais como 750.000 a 1.000.000 de habitantes, discurso a fazer lembrar o que justificou os Estádios do Euro 2004, sem perceber que não pode haver hospitais centrais por todo o lado!

- Centros de ECMO apenas no Porto e em Lisboa. Para além da evidente discriminação, para já, de Coimbra, a proposta tem implícita uma enorme ignorância quanto às potencialidades da técnica e importância da sua divulgação, designadamente no meio extra-hospitalar e na questão dos dadores de coração parado.

- Por outras palavras, encerramentos e despromoções sem que se perceba porquê. Promoções à medida dos presentes e despromoções à medida dos ausentes?

- Uma presença cirúrgica irrelevante, tendo em conta o peso da chamada Via Verde do Trauma e dos centros de trauma em todo o relatório. Proporcional, praticamente nulo, o esperado contributo para a resolução de um dos principais obstáculos à sua implementação, ao ignorar, pura e simplesmente, a necessidade de formação específica em cirurgia de controlo de dano.

- Incapacidade para entender a importância de unidades de urgência básica (UUB), para além dos SUB, como primeiro patamar das Urgências hospitalares e peça essencial de uma desejável triagem médica, após a triagem por prioridades. O assunto nem sequer é abordado...

- Na mesma linha, falta de aposta na requalificação dos médicos dos CS no âmbito da Medicina de Urgência e Emergência — incapacidade para reconhecer a importância de recolocar no cenário da Urgência os médicos dos centros de saúde, possibilitando-lhes a qualificação que lhes tem vindo a ser negada — e insistência em sistemas suburbanos de interesse e fiabilidade muito duvidosas, como o Saúde24.

- A expressão SAP tornou-se uma espécie de tabu, sendo interessante a expressão “situações agudas não urgentes”, absolutamente artificial, apenas para justificar o pequeno número de SUB propostos e a sua não identificação com os CS, postura centrípeta e tradutora de um desconhecimento profundo das realidades do interior.

- Na mesma linha, tempos de resposta de 60 minutos, inaceitáveis, a contrariar os investimentos em proximidade e a tentar justificar a quase obsessão por sistemas de transporte dispendiosos, falíveis e, até, perigosos. Como se houvesse agora uma forma original e bem portuguesa de tratar os doentes, a qual consistirá em pô-los a andar de carro ou de helicóptero por “dá cá aquela palha”, sem perceber que é sempre melhor tudo o que permita tratar os doentes sem recurso a transportes.

Aspectos positivos

Quanto a aspectos positivos, que também os há (sobretudo quando o relatório não é um mero repatório, para pior, do chamado “Relatório António Marques”, dos tempos de Correia de Campos):

- A questão das relações entre a Urgência e o internamento, em especial o reconhecimento de que “a relação entre o serviço de urgência e

o internamento hospitalar deve ser ágil e fisiológica, acordando-se claramente o papel de cada uma das partes e critérios de internamento para os processos patológicos mais prevalentes”.

- A tentativa de abordagem e definição, ainda que insuficiente, da questão das equipas dedicadas. Seria de esperar do relatório que fosse mais avançado nesta questão. As equipas dedicadas em ambiente hospitalar só têm cabimento se enquadradas em unidades de Urgência básica e triagem médica e se essencialmente constituídas por médicos com formação generalista, transversal, e competência em Medicina de Urgência e Emergência reconhecida pela OM. O conceito será sempre de muito difícil aplicabilidade e aceitação por parte das especialidades existentes, designadamente as cirúrgicas, cuja noção de Urgência ultrapassa sempre, em muito, os limites físicos do SU.

- O reconhecimento da necessidade de titulação e creditação avalizadas pela OM, embora sem dar o braço a torcer na questão da competência, já que insistindo na especialidade ou subespecialidade, ignorando as conclusões da OM no encontro de 2009, que se seguiram à aprovação do ciclo de estudo especiais como via formativa preferencial, pelo menos numa primeira fase.

- A este respeito, haverá que entender que, tal como uma casa não se começa a construir pelo telhado, também um internato de especialidade não se organiza sem tutores. É por esta razão que é importante, em primeiro lugar, a criação de uma nova competência, em Medicina de Urgência e Emergência, baseada em ciclos de estudos especiais, a partir da já existente, em Emergência Médica. Poder-se-á vir a falar de especialidade e internato, daqui a uns anos, mas só quando os SU tiverem quadros próprios integrados por gente formada, formação esta que não poderá processar-se à margem dos médicos generalistas, antes pelo contrário, já que serão eles a base dos quadros próprios dos SUB ou das UUB hospitalares.

- Uma louvável tentativa de definição de um perfil para o director do SU (pena é que outros não proponham o mesmo para o director clínico...).

- Os capítulos sobre viaturas de emergência e helitransporte, com bastante informação, bem como a ideia de associar as SIV aos SUB e os helis aos hospitais centrais (embora “esquecendo”, mais uma vez, Coimbra, e pretendendo retirar a SIV de Cantanhede para a deslocar para Arganil, o que só pode traduzir ignorância ou, então, má fé...).

Em resumo, um documento preconceituoso e corporativo, clientelar, insuficiente, nascido torto e desligado da realidade, a traduzir mais uma oportunidade perdida, condenado a não ficar para a história.

***Consultor/Assistente Graduado de Cirurgia Geral dos HUC – CHUC; Presidente do Colégio de Competência em Emergência Médica da OM; Membro da Comissão de Acompanhamento das Boas Práticas em Trauma da OM; Coordenador do Grupo de Trabalho para a Formação em Cirurgia de Emergência da OM**

Subtítulos e pagelas da responsabilidade da Redacção

Porque é obrigatória a «ponderação» das listas de utentes dos médicos de família



■ Henrique Botelho*

Existe uma tendência para analisar unilateralmente as listas apenas sob o ponto de vista da sua dimensão. Contudo, este é um aspecto que, embora importante, é parcelar.

Não levar em conta outras componentes impede a comparação entre as mesmas originando iniquidades entre profissionais e penalizações de acesso para as diferentes populações envolvidas.

Evidência n.º 1

Diferentes listas de utentes, apesar de constituídas pelo mesmo número absoluto (dimensão da lista), irão determinar procura, consumo e necessidades completamente distintas, em função da variabilidade de múltiplos factores relacionados com aspectos específicos das mesmas (características da lista).

1550 utentes predominantemente jovens, saudáveis, socialmente favorecidos, determinam necessidades em saúde não comparáveis com igual número de idosos, com multipatologia e socioeconomicamente deprimidos.

Evidência n.º 2

A aplicação do conceito de lista de utentes por unidades ponderadas, com repercussão retributiva associada a um alargamento voluntário das listas, permitiu diminuir, até este momento, e através das USF, em 526.157 o número de utentes sem médico de família atribuído.

A atribuição de mais utentes através das USF não constituiu apenas um ganho quantitativo mas também um acréscimo de qualidade na assistência e de racionalização dos cuidados (factor sustentabilidade económica e de segurança para os cidadãos).

Evidência n.º 3

Várias instituições e grupos de investigação (ex.: Serviço de Higiene e Epidemiologia da FMUP) têm identificado múltiplos factores com influência directa na variabilidade de necessidades em saúde de grupos populacionais:

Exemplos: Composição etária; Género; Doenças crónicas; Taxa de desemprego; IpC / Rendimento mensal; Índice de dependência; Ruralidade/Concentração urbana; Prevalência de subsistemas/unidades de saúde alternativas.

Só listas padronizadas poderão ser comparadas

O estabelecimento de padrões e *ratios* destina-se a introduzir racionalidade e equidade no sistema através de instrumentos de comparação. Se os instrumentos de medida não forem os mais adequados os resultados poderão induzir medidas perversas.

Para tal, é necessário assumir em definitivo, no dimensionamento das listas de utentes dos médicos de família, a noção, tão cara à epidemiologia, da **Padronização**. Só listas padronizadas poderão ser comparadas (à semelhança do que se faz com taxas de mortalidade). Ignorá-lo constituiu um erro grosseiro que não permite a comparabilidade.

A legislação construída para as USF levou em linha de conta a padronização para determinados grupos etários. Em princípio os geradores de maiores atenções preventivas (0-4 anos) e de maiores necessidades de acompanhamento relacionado com o envelhecimento e o aumento de patologia crónica (65-74 anos e ≥ 75 anos).

A produzir-se qualquer modificação nesta matéria ela só deverá ser aceite no sentido do aperfeiçoamento deste princípio através da introdução de outros factores, levando sempre em linha de conta eventuais correlações entre os diferentes indicadores, evitando-se a multiplicação do mesmo factor mais do que uma vez.

Como tal, o princípio fixado para as USF, deverá ser alargado também às UCSP.

Uma vez definida uma lista-padrão nacional, seleccionadas as variáveis a considerar e os respectivos factores multiplicativos de ponderação, o aumento ou diminuição das listas em unidades ponderadas é que deverá determinar o n.º absoluto ajustado e os eventuais suplementos remuneratórios, uma vez que é de mais ou menos trabalho que estamos a considerar.

Tal como já tinha sido fixado no documento *Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários — Jan 2006, 5*. «Deverá ser possibilitado o alargamento voluntário de lista de utentes (além das USF) até um limite previamente determinado, ao qual corresponderá uma compensação retributiva a definir com base na experiência acumulada...»

A dimensão da lista de utentes pode e deve ser negociada. Mas nunca através dum número absoluto.

***Especialista em Medicina Geral e Familiar e director executivo do Aces Ave 1 Terras de Basto**

Destaque e intertítulos da responsabilidade da Redacção

É necessário assumir em definitivo, no dimensionamento das listas de utentes dos médicos de família, a noção, tão cara à epidemiologia, da Padronização. Só listas padronizadas poderão ser comparadas (à semelhança do que se faz com taxas de mortalidade). Ignorá-lo constituiu um erro grosseiro que não permite a comparabilidade



Mais informações pelo telefone 21 478 86 20 ou pelo e-mail: tempomedicina@tempomedicina.com

Identificação

Nome _____
 N.º Cédula _____ Especialidade Clínica _____
 Morada _____ Localidade _____ Código Postal _____
 Telf. _____ Email _____ N.º Contribuinte _____

- ☐ Assinatura profissional 1 Ano 50€
☐ Assinatura profissional 2 Anos 85€

Forma de Pagamento

- ☐ Junto envio Cheque n.º _____
☐ Vale Postal _____
☐ Transferência Bancária NIB - 0010.0000.99162960001.93 - BPI - dep. Odivelas

Preencha, recorte e envie para: Impremédica - Imprensa Médica, Lda. - Rua Abranches Ferrão n.º 23 - 3.º Andar - 1600-296 Lisboa ou para o Fax: 21 478 86 21, ou ainda dados por e-mail para: jose.antunes@tempomedicina.com

■ Transplantes estão a ser adiados

Governo incentiva recolha de órgãos em dadores vivos

«Num momento difícil para a transplantação portuguesa» como expressaram os presidentes da SPT e do XI Congresso Luso-Brasileiro de Transplantação, o programa desta iniciativa científica atribuiu especial relevância aos transplantes renais, hepáticos, cardíacos e pulmonares

■ Vitalino José Santos

«Temos verificado, de facto, uma redução no número de transplantações, desde o ano de 2009», disse o secretário de Estado Adjunto do ministro da Saúde, Fernando Leal da Costa, na cerimónia inaugural do XI Congresso Luso-Brasileiro de Transplantação, em 4 de Outubro, na cidade de Coimbra.

Ao analisar a evolução da transplantação de órgãos nos últimos anos, o governante referiu que até Agosto do corrente ano tinham sido colhidos em cadáveres 182 órgãos para transplante, o que corresponde a uma diminuição de 90 órgãos relativamente ao ano de 2011, em período homólogo.

Na sua intervenção, Leal da Costa observou que 2009 foi o ano de maior número de colheitas em cadáver no País, mas que «curiosamente, o maior pico de colheitas» se verificou em 2010.

«Continuamos com uma situação que, em termos internacionais, é muito satisfatória, mas a realidade é que, em Portugal, como noutros países do Mundo e da Europa, tem havido uma diminuição das colheitas em dador cadavérico», sublinhava Leal da Costa, na sequência das intervenções de Manuel Antunes (presidente do congresso), de Fernando Macário (presidente da Sociedade Portuguesa de Transplantação), de José Medina (presidente da Associação Brasileira de Transplantação de Órgãos), de João Paulo Barbosa de Melo (presidente da Câmara Municipal de Coimbra) e de Hélder Trindade (presidente do Instituto Português do Sangue e da Transplantação).

Maior longevidade e menos dadores

«Tem havido uma tendência para a diminuição da mortalidade — o que é preocupante do ponto de vista da transplantação, embora muito gratificante do ponto de vista do sistema de saúde — mas, a longevidade dos portugueses tende a aumentar e, portanto, o número de pessoas em idade de ainda serem dadoras tem vindo a diminuir proporcionalmente», particularizava Leal da Costa.

«Sabemos — e estas são boas notícias — que a mortalidade por acidente vascular cerebral (em particular, por acidente vascular hemorrágico) tem vindo a

diminuir», acentuava o secretário de Estado Adjunto do ministro da Saúde, adiantando: «Provavelmente, poderia vir a traduzir-se também numa diminuição do impacto em termos de doenças cardíacas e vasculares, sobretudo a nível da tensão arterial... Mas ainda é um problema grande!»

«Porque esse problema é grande e porque temos números ainda muito preocupantes a nível da diabetes, continuamos a ter um número de insuficientes renais bastante alto. E isso merece uma reflexão profunda. Pois, somos um dos países com mais doentes em diálise, designadamente em hemodiálise», acrescentou o governante.

Por conseguinte, Leal da Costa confirma a «necessidade de responder com transplantação renal a estes doentes», incentivando igualmente a recolha de órgãos em dadores vivos.

Programa de dador vivo

«Como já foi dito pelo presidente da SPT, nós — no Ministério da Saúde — apoiamos, com grande satisfação e empenhamento, na medida das nossas possibilidades, uma campanha que a SPT irá desenvolver no contexto da divulgação (junto da opinião pública, em geral, e dos profissionais) de um programa de dador vivo, já em condições de avançar em Portugal», disse Leal da Costa, defendendo que «esta é uma mensagem para a qual todos nós somos chamados». Contudo, essa campanha será dirigida, «em particular», às «pessoas ligadas à transplantação, no sentido de desmistificar aquilo que envolve a doação em vida de órgãos».

«Porum lado, não entendemos que, em momento algum, possa ser substitutiva da transplantação a partir de dador cadavérico; mas, por outro lado, também convirá que as pessoas conheçam aquilo que é a realidade, nomeadamente os riscos que estão associados à prática e não a visões de carácter mais ou menos catastrofista, muito pessimista, algumas das quais — infelizmente, até! — passadas por colegas nossos», comentava Leal da Costa.

Nessa perspectiva, o governante alega: «Tudo isto se combate com maior informação e maior esclarecimento, para que quer as pessoas, em geral, quer os médicos, conheçam aquilo a que corresponde verdadeiramente o programa de dador vivo.» «E que conheçam também a bondade desse programa e a necessidade de ele ser implementado, sem que com isso haja intenção de substituir, por dadores vivos, aquilo que continua a ser o nosso principal objecto de colheita: os dadores



«Somos um dos países com mais doentes em diálise, designadamente em hemodiálise», admitiu Leal da Costa

cadavéricos», frisava o secretário de Estado adjunto e da Saúde.

Na sua alocução, Leal da Costa salientava que a área da transplantação captura igualmente interesse «por razões que são muito relevantes do ponto de vista político». «Em primeiro lugar, porque é uma área de cooperação — e não é só a cooperação a que assistimos aqui, muito típica das entidades de saúde, envolvendo a partilha de saberes e de conhecimento —; é também, no caso português, uma cooperação que envolve a cedência de órgãos entre Portugal e a Espanha...», considerava o representante do Governo.

«Devo dizer-vos que, por exemplo, no ano passado, nós cedemos 13 órgãos, dos quais oito corações, a receptores espanhóis, não tendo sido possível, na altura, encontrar um receptor português em condições... de poder receber esses órgãos», expressava Leal da Costa, para quem «não há, obviamente, perda de órgãos».

«Há sempre vidas que podem ser salvas quando as colheitas são realizadas. Tudo deve ser feito — e conto muito com o vosso empenhamento — para que alguma assimetria regional (que ainda existe no País) possa, nesta como noutras áreas, ser combatida», acrescentava o governante, na intenção de elevar, «em todo o lado, os nossos níveis de colheita a partir do dador cadavérico e também do dador vivo».

Versão alargada em www.tempomedicina.com

Arquivo «TM»

Leal da Costa: «Tudo isto se combate com maior informação e maior esclarecimento, para que quer as pessoas, em geral, quer os médicos, conheçam aquilo a que corresponde verdadeiramente o programa de dador vivo»

■ FIGO 2012

Melhorar a saúde e os direitos das mulheres

«A Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) tem como objectivo que as mulheres de todo o Mundo atinjam o mais elevado nível possível de saúde física, mental, reprodutiva e sexual, e de bem-estar ao longo de toda a vida», disse Gamal Serour na conferência de Imprensa de abertura do congresso mundial da organização, que decorreu em Roma, Itália, de 7 a 12 do corrente

■ João Paulo de Oliveira

Serour, professor da Universidade do Cairo, no Egipto, sublinhou que a missão da FIGO, a que preside, «consiste em melhorar a saúde e os direitos das mulheres, e reduzir as disparidades nos cuidados de saúde disponibilizados às mulheres e aos recém-nascidos, bem como fazer progredir o conhecimento científico e prático da Obstetrícia e da Ginecologia». Com esta finalidade, a FIGO colabora com organizações das Nações Unidas, ONG e sector privado.

O congresso, que se celebra na Europa de 15 em 15 anos e decorreu pela primeira vez em Itália, reuniu mais de 8000 participantes entre profissionais de saúde, associações de doentes, representantes de parcerias e organizações da ONU, e decisores políticos.

A mortalidade infantil está a baixar, mas há ainda muito a fazer para atingir o objectivo proposto, de acordo com o Millennium Development Goal 5, isto é, uma redução de dois terços entre 1990 e 2015 nas crianças com menos de cinco anos. Desde 1990, nas regiões em desenvolvimento, a taxa de mortalidade neste grupo etário baixou cerca de 35%, mas as crianças como um todo têm duas vezes mais probabilidades de morrer antes de completar cinco anos do que as crianças dos 20% de lares mais ricos, frisou Serour. O especialista acrescentou que embora a mortalidade materna tenha sido reduzida para metade desde 1990, está ainda muito longe dos objectivos para 2015.

Por outro lado, a pobreza e a falta de educação perpetuam uma elevada taxa de gravidezes na adolescência, e a carência de recursos para o planeamento familiar

é um dos principais obstáculos à melhoria da saúde reprodutiva das mulheres.

Saúde reprodutiva

Ajudar as mulheres inférteis a engravidar e ajudar as mulheres férteis a evitar gravidezes indesejadas são duas faces da mesma moeda: saúde reprodutiva. A FIGO está envolvida em ambas as áreas, e o congresso de Roma incluiu dois importantes eventos no que respeita a infertilidade e contracepção: a apresentação de «The FIGO Fertility Tool Box™» e a terceira edição de Emergency Contraceptive Pills: Medical and Service Delivery Guidelines.

The FIGO Fertility Tool Box™ é um novo instrumento destinado a aliviar o peso da infertilidade, desenvolvido pela Comissão para a Medicina Reprodutiva da FIGO, presidida por David Adamson, professor da Universidade de Stanford, EUA. «Em vez de nos focarmos em tratamentos sofisticados para a infertilidade, como a fertilização in vitro ou outras tecnologias de reprodução assistida, decidimos trabalhar ao nível dos obstetras e ginecologistas generalistas, e incluir as parteiras e a população», explicou.

A «Caixa de Ferramentas», disse o especialista, é simples, fácil de usar e baseada na evidência, muito flexível para poder ser adaptada a diferentes ambientes e países. A caixa consiste em seis componentes destinados a ajudar a vencer barreiras pessoais e sociais à prevenção, diagnóstico, tratamento, referência e resolução da infertilidade, mais a Fertility Daisy (A Margarida da Fertilidade)™, da FIGO, que explica a razão pela qual as pessoas se devem preocupar com a infertilidade. «O tratamento da infertili-



Arquivo «TM»

A missão da FIGO «consiste em melhorar a saúde e os direitos das mulheres, e reduzir as disparidades nos cuidados de saúde disponibilizados às mulheres e aos recém-nascidos, bem como fazer progredir o conhecimento científico e prático da Obstetrícia e da Ginecologia», disse Gamal Serour

dade — explicou Adamson —, especialmente em países de baixos recursos, tem um impacto positivo na qualidade de vida, carga de doença, não-discriminação, planeamento familiar, prevenção de doenças sexualmente transmitidas, disponibilidade e protecção de recursos — cada aspecto simbolizado por uma pétala da margarida. Embora seja principalmente destinada a prestadores de cuidados de saúde às mulheres, esperamos que também venha a ser usada por decisores políticos».

LOGIC

No congresso foi também apresentado um balanço da iniciativa LOGIC (Leadership in Obstetrics and Gynecology for Impact and Change), um programa criado pela FIGO e financiado pela Fundação Bill & Melinda Gates, lançado em 2009, que visa melhorar a prática clínica e as políticas de saúde envolvendo mães e recém-nascidos em oito países da África e Sul da Ásia (Burkina Faso, Camarões, Etiópia, Índia, Moçambique, Nepal, Nigéria e Uganda), através do desenvolvimento das capacidades das organizações profissionais nacionais de Ginecologia e Obstetrícia.

O programa deve terminar em Outubro de 2013, mas já existem resultados palpáveis. As associações de ginecologistas e obstetras do Burkina Faso e do Uganda foram convidadas pelos respectivos ministros da Saúde para organizar e manter registos nacionais de mortes maternas, e a do Uganda conseguiu que o Governo aumentasse em 30% o financiamento para a saúde reprodutiva.

«A maioria das mortes maternas é prevenível, no entanto, muitos milhares de mulheres morrem todos os dias em resultado de complicações da gravidez e do parto», disse David Taylor, professor da Universidade de Leicester, no Reino Unido, e director do LOGIC.

«A maioria das mortes maternas é prevenível, no entanto, muitos milhares de mulheres morrem todos os dias em resultado de complicações da gravidez e do parto», frisou David Taylor

Contracepção de emergência

Ian Fraser, professor da Universidade de Sidney, Austrália, é um dos especialistas da FIGO envolvidos na revisão das recomendações sobre a contracepção de emergência.

«Apesar da existência de métodos muito efectivos de contracepção, muitas gravidezes são mal planeadas ou indesejadas e podem significar um alto risco de morbilidade e mortalidade, sobretudo em países onde o aborto seguro não existe. Muitas destas gravidezes podem ser evitadas pela pilula do dia seguinte. Além disso, a contracepção de emergência dá uma sensação de segurança às mulheres traumatizadas por violência sexual», observou o especialista.

De acordo com as *guidelines*, a pilula do dia seguinte, a forma mais usada e conveniente de contracepção de emergência, deve ser fácil e generalizadamente acessível.

■ Maratona de negociações termina passados 10 meses, prometendo voltar em 2015

Sindicatos conseguem grelha salarial para as 40 horas, com muitas excepções e transições

Todos os médicos contratados a partir de Janeiro de 2013 e todos os clínicos com CIT que auferiam valores inferiores aos da primeira remuneração da tabela agora acordada vão ganhar mais e fazer 40 horas semanais. No entanto, serão obrigados a trabalhar pelo menos 6 horas extra, pagas pela metade, e ficarão sujeitos a um regime de mobilidade até 60 km

■ Teresa Mendes

Ao fim de dez meses de duras negociações, sindicatos e Ministério da Saúde chegaram a acordo, assinado no passado dia 14 e anunciado, no mesmo dia, em conferência de Imprensa, em Lisboa.

Os médicos têm agora um novo modelo de grelha salarial para as 40 horas semanais integrada nas tabelas remuneratórias da Administração Pública.

Os valores acordados são de 2746,24 euros para os que entrem na carreira (assistentes); 3209,67 euros para o nível seguinte (assistentes graduados); 4033,54 euros para os graduados séniores e 5063,38 euros para os médicos em topo de carreira (chefes de serviço).

Assim, a partir de 2013, todos os novos contratos e todos os médicos com CIT que auferiam valores inferiores aos da primeira posição remuneratória respectiva, terão transição imediata para este novo modelo.

Os restantes terão de esperar para o fazer a partir de Janeiro de 2015, exceptuando alguns casos que poderão fazer a transição «em função da necessidade para o bom funcionamento do serviço e tendo em conta as disponibilidades orçamentais, sendo a situação acompanhada pela comissão tripartida», esclarece o Sindicato Independente dos Médicos (SIM) no jornal virtual www.simedicos.pt, hoje, dia 15.

Os sindicatos não conseguiram evitar que o regime de mobilidade da Administração Pública se alargasse à carreira médica (na foto da esq. para a dta., Roque da Cunha, do SIM e Sérgio Esperança, da Fnam)



Obrigação de fazer até 6 horas extraordinárias

A estes novos valores remuneratórios corresponderá o trabalho semanal de 40 horas, o qual inclui a prestação de até 18 horas de trabalho em Serviço de Urgência (SU). O SIM, no documento divulgado com os pontos principais do acordo, salienta ainda que «não poderá ser exigida a prestação diária de mais de 12 horas de Urgência, nem em mais de duas jornadas de trabalho em cada semana». Contudo, ficam os médicos com a «obrigatoriedade de prestar até 6 horas de trabalho extraordinário, se necessário».

A aferição do total de horas realizadas em SU é feita num período de referência de 8 semanas, sendo pago como trabalho extraordinário aquele que exceda as 144 horas do período normal de trabalho, relativamente ao referido período de aferição.

Resumindo, só estas — as 6 horas extra obrigatórias — serão sujeitas ao regime da restante administração pública e, como tal, sofrerão um corte de 50%, pelo

menos durante o ano de 2013 e 2014, refere o documento, deixando em aberto se esta é uma situação para reverter ou não.

Para os trabalhadores que se mantiverem no regime das 35 horas semanais, «será criado um regime de pagamento melhorado das horas extra, passando a partir da quinta hora a ser o previsto na nova grelha salarial para as 40 horas».

Relativamente aos CIT, é referida a «manutenção do valor acordado de horas de Urgência, ainda que este seja superior ao previsto no acordo» agora assinado.

Médicos sujeitos a mobilidade até 60 km

Os sindicatos não conseguiram, no entanto, evitar que o regime de mobilidade da Administração Pública se alargasse à carreira médica. Ou seja, o médico fica sujeito a ser mobilizado para outra unidade de saúde até a um máximo de 60 km.

Relativamente à dispensa do trabalho nocturno e do SU, o SIM e a Federação Nacional dos Médicos garantem a manutenção dos 50 e 55 anos, respectivamente, como limite da idade. Contudo os médicos que transitarem para o novo modelo serão penalizados, pois têm que, obrigatoriamente, «prescindir dessa dispensa durante dois anos».

O descanso compensatório, outro ponto em discussão nas negociações, ficou assegurado, mantendo os seus moldes actuais. Já a aplicação na íntegra, em 2013, do sistema de avaliação anual do desempenho da carreira médica única, também foi garantido pela tutela.

Os sindicatos médicos obtiveram da equipa ministerial a garantia de «abertura de vagas para o ingresso de cerca de 2000 recém-especialistas em 2013/2014».

Em contrapartida, os médicos de Medicina Geral e Familiar terão de aumentar as suas listas de utentes dos actuais 1500 para 1900, o que corresponde a um acréscimo de 400 utentes para cada clínico.

Este acordo, agora conseguido, irá ser avaliado e renegociado no início de 2015, avança ainda o SIM.

Todos satisfeitos

No final da última ronda de negociações, Paulo Macedo garantiu, na conferência de Imprensa conjunta com os sindicatos, que estas medidas serão executadas «sem aumento de custos para o Serviço Nacional de Saúde [SNS]». Já o secretário de Estado da Administração Pública, Helder Rosalino, referiu que estas podem ser aplicadas com «neutralidade orçamental».

Roque da Cunha, do Sindicato Independente dos Médicos, salientou que o acordo permitirá recuperar as listas de espera e poupança nas horas extraordinárias.

Sérgio Esperança, presidente da Federação Nacional dos Médicos, admitiu que apesar de uma «longa maratona de negociações», «cansativa e esgotante», o acordo irá «permitir regular o mercado e impedir determinados exageros e determinadas fugas que estavam a ser feitas». José Manuel Silva, bastonário da Ordem dos Médicos, em declarações à *TSF*, hoje, dia 15, salienta a atitude responsável que ministério e sindicatos revelaram ao longo do processo negocial, tendo em conta a actual situação do País e sublinha que «nas circunstâncias presentes é um excelente acordo». «Quer os sindicatos, quer o senhor ministro da Saúde revelaram um grande sentido de responsabilidade, a vontade de manter a estrutura nuclear do Serviço Nacional de Saúde que são as carreiras médicas e de proporcionar mais disponibilidade de médicos de família aos cidadãos portugueses. Foi mais um passo dado no sentido de todos os portugueses terem acesso ao médico de família, que é a base de qualquer sistema de saúde», defendeu.

Os sindicatos agendaram ainda uma conferência de Imprensa para o próximo dia 17, a propósito da assinatura deste acordo.