



Entrevista a Sónia Dória, Directora de Produção do Hospital Fernando Fonseca

# “É fundamental que os médicos conheçam os limites”

A sua participação como formadora num curso pioneiro para reumatologistas acabou por despoletar um intenso debate sobre o papel dos médicos na gestão dos hospitais

**F**oi formadora no curso “Health Management Challenges”, uma iniciativa inédita entre a Católica-Lisbon e a Sociedade Portuguesa de Reumatologia. De que forma são relevantes para a prática clínica dos médicos cursos como estes, que incidem na componente da gestão?

**Sónia Dória:** Os médicos têm de ter, cada vez mais, a percepção do modelo de negócio para o qual contribuem: têm que conhecer os seus parâmetros, saber quanto custa fazer determinados actos e quanto é que o hospital recebe de retorno do Serviço Nacional de Saúde (SNS). É deste equilíbrio, entre o custo e o proveito, que a sustentabilidade da actividade é possível.

Por isso, é fundamental que as pessoas-chave deste processo, ou seja, os médicos, conheçam os limites, porque o dinheiro é finito. Os

reumatologistas, em particular, têm doentes com terapêuticas muito caras e com obrigatoriedade de despesa hospitalar e gratuita.

**Os limites estão mais “apertados” agora?**

Os limites vão estar muito apertados, seguramente. Temos tido, nos últimos

(...) os médicos têm de ter a percepção do modelo de negócio para o qual contribuem

tempos, sinais muito claros de que as organizações não vão ter o dinheiro de que necessitam. Infelizmente, os critérios não são muito equilibrados e, portanto, há uns que pagam mais do

que outros neste esforço de contenção. Geralmente, pede-se às organizações que estão mais equilibradas maiores esforços do que às que estão em défice, o que é irónico. Não há, aparentemente, sinais de compensação pelos esforços que as organizações fazem para se manterem sustentáveis.

**No âmbito desses limites e no actual contexto governamental, que consequências prevê para a contratualização externa e, consequentemente, para o espaço de manobra dos directores de Serviços?**

De acordo com o programa de governo, deverá ser retomado o novo modelo de financiamento dos hospitais, que foi suspenso em 2010; prevê profundas alterações na sua forma de classificação, quer ao nível do preço quer ao nível da complexidade. Por esta via, serão feitos elevados cortes ao financiamento para uma mesma produção.

O novo modelo de financiamento, assumindo a estrutura actual de cada hospital, leva a que a maioria dos hospitais mantenha ou agrave negativamente os resultados de exploração. Por outro lado, os níveis de redução dos custos operacionais dos hospitais, impostos pela Troika, levarão a uma necessária redução de custos fixos e variáveis, fundamentalmente de recursos humanos, dado o peso relativo que representam nas estruturas de custos dos hospitais. Estas realidades terão necessariamente de ter impacto na prestação de cuidados de saúde programados. À semelhança do que já acontece, as instituições têm vindo a ser convidadas a retirar, dos objectivos contratualizados com a ARS, quantidades significativas de actividade que, no limite, são obrigadas a realizar (nomeadamente, admissões na urgência) mesmo que não sejam remuneradas.

Nestas circunstâncias, cabe às organizações avaliar o impacto esperado destes cortes e desenvolver mecanismos alternativos de reajustamento da sua actividade para garantia dos resultados de exploração esperados.

## Os médicos fazem o Juramento de Hipócrates, mas precisam de competências de gestão, quando os recursos são reduzidos

**Numa especialidade como a Reumatologia, cujos Serviços ou Unidades têm, na maior parte dos centros periféricos, um ou dois especialistas, haverá ainda mais**

### **dificuldades na contratualização? Que estratégia aconselha?**

Um dos objectivos genéricos referidos na Troika é “estabelecer regras claras de prescrição de medicamentos e de MCDT (orientações de prescrição para os médicos), baseadas nas orientações internacionais de prescrição, (...) publicar normas de orientação clínica e criar um sistema de auditoria da sua implementação”, de forma a garantir uma efectiva capacidade de definição e implementação de *guidelines* clínicas, de cariz transversal ao SNS.

A meu ver, o seu desenvolvimento é facilitado pela concentração, em grandes centros especializados, das patologias que obedecem a maiores preocupações de controlo da despesa e com auditorias permanentes de avaliação dos ganhos em saúde.

## Health Management Challenges

Resultante de uma parceria inédita entre a Sociedade Portuguesa de Reumatologia e a Católica Lisbon, decorreu nos passados dias 17, 18 e 19 de Junho o curso “Health Management Challenges”, dirigido a reumatologistas.

O objectivo essencial foi dotar os formandos de ferramentas para “encontrarem as melhores opções – as que permaneçam clinicamente eficazes, mas que sejam mais económicas”, sublinha Henrique Martins, que assegurou a coordenação do curso juntamente com Francisco Velez Roxo, que partilha da mesma opinião. “Um médico reumatologista, que está habituado a olhar sistemicamente para o doente e a lidar diariamente com a dor, ficará

com muito menos ‘dores’ se souber as grandes questões de gestão que são, do ponto de vista da Reumatologia, também tratáveis”, justifica.

Apoiado pela Bial, o curso foi organizado em quatro módulos: Gestão da Saúde, Inovação e Medicina; Produção Hospitalar e Contratualização Interna; Informação e Liderança; Mercado, Estratégia e Serviços. Para Luís Maurício, presidente da SPR, este curso foi

bastante útil, na medida em que os especialistas têm todas as vantagens em dominar estes instrumentos, “numa fase em que as dificuldades se avizinham”.

A Católica Lisbon corresponde à Escola de Ciências Económicas e Empresariais da Universidade Católica. A mudança de nome deriva de uma estratégia de internacionalização deste estabelecimento de ensino.



Caso a concentração não venha a ser adoptada, a estratégia passará seguramente pelo cumprimento escrupuloso das orientações que venham a ser definidas e por uma enorme articulação com os outros Serviços e Unidades, atendendo a que cada vez mais estas patologias têm financiamentos “*per capita*” (também denominado por preço compreensivo).

### Gestão e Prática Clínica

**Os médicos têm a noção de que é preciso ter competências de gestão, além da sua actividade clínica “normal”?**

A grande questão neste momento é também de cidadania: o médico sabe que consegue essas competências sem perder aquilo que sempre reivindicou – que foi formado para tratar doentes. É certo que não gere dinheiro, mas aqui e agora tem de preocupar-se com problemas de desperdício. O médico faz o juramento de Hipócrates, mas os milénios passaram e o panorama sócio-económico mudou.

O tipo de abordagem do passado – eu preciso de me preocupar em tratar o doente e não com o quanto isso custa – é um modelo que exclui a cidadania. Não é salutar o divórcio ao nível da actuação e da utilização dos recursos públicos, na prática clínica.

**Os médicos resistem a este paradigma?**

Digamos que há ainda muito a fazer na cultura das organizações. O hospital onde trabalho [Fernando Fonseca] tem uma boa cultura de gestão, por ter tido, historicamente, um começo diferente dos restantes: uma gestão privada. Neste hospital, somos obrigados a responder pelos custos, pela estratégia que estamos a desenvolver e há, por isso, uma cultura interna de partilha de informação e de discussão das decisões. Um director clínico deste hospital tem um papel importante nas contas.

**Os hospitais públicos não fazem isso...**

Alguns hospitais não o fazem. Têm de ter sistemas de informação integrados com todas as áreas clínicas e de suporte, com dinamismo ajustado aos desafios de gestão e com pessoas para os manter. Dá trabalho construí-los e mantê-los.

**E os decisores? Como vêm a participação dos médicos... Importante para uma boa decisão ou apenas importante para que estes se sintam envolvidos nesse processo?**

O papel dos médicos no suporte à decisão é obrigatório. É absolutamente indispensável o seu envolvimento, para que os gestores possam fazer um levantamento exaustivo de todas as variáveis

**Se há serviços que só dão prejuízo, há outros que dão lucro e equilibram as contas**

que contribuam para a proposta a submeter à decisão. O envolvimento dos profissionais clínicos e não clínicos faz parte da dinâmica de concretização dos objectivos contratualizados e respectivo exercício de prestação de contas ao Conselho de Administração, pelo que as decisões que sejam levadas a Conselho de Administração devam ser trabalhadas em conjunto, devendo ser feito um exercício completo que permita visualizar os impactes dos cenários possíveis, com uma análise dos riscos associados à decisão, para cada um dos cenários.

**Um director de produção é uma peça-chave num hospital?**

Um director de produção tem o papel ingrato de alertar para as situações desviantes e de encontrar mecanismos para a sua correcção.



### Perfil

Sónia Dória é Directora de Produção do Hospital Fernando Fonseca. Foi coordenadora-adjunta do SIGIC e assessora principal para a área de produção hospitalar da Unidade de Missão Hospitais S.A. É Mestre em Epidemiologia pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa e licenciada em Probabilidades e Estatística pela Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa. Tem 25 trabalhos publicados em revistas científicas e actas de congressos nacionais e internacionais e é co-autora do livro “Alquimia da Qualidade na Gestão dos Hospitais”.

É a ponte entre a área clínica e a definição estratégica.

Embora reporte ao Conselho de Administração, há um nível de trabalho intermédio que é feito com homogeneidade, transversalidade e com o mesmo nível de exigência. “Transversalidade” é a palavra-chave e a dificuldade de gestão dos hospitais é ter essa capacidade de visão. Se há serviços que produzem resultados negativos, há outros que dão resultado positivo e equilibram as contas. É preciso ter esta noção de transversalidade para o equilíbrio ser garantido. ■



# AS FRATURAS NÃO SE EVITAVAM ATRAVÉS DA CONSTRUÇÃO DO OSSEO

## ATÉ QUE ALGUÉM PENSOU DIFERENTE E O MUNDO AVANÇOU.

**OSSEOR®**  
RANELATO DE ESTRÔNCIO

**RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO:** 1. DENOMINAÇÃO DO MEDICAMENTO: OSSEOR 2 g grânulos para suspensão oral. 2. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA: Cada saqueta contém 2 g de ranelato de estrôncio. 3. FORMA FARMACÉUTICA: Grânulos para suspensão oral. Grânulos amarelos. 4. INFORMAÇÕES CLÍNICAS: Indicações terapêuticas: Tratamento da osteoporose pós-menopáusia para redução do risco de fraturas vertebrais e do colo do fêmur. Posologia e modo de administração: A dose diária recomendada é uma saqueta de 2 g, uma vez por dia, por via oral. Devido à natureza da doença tratada o ranelato de estrôncio destina-se a uso prolongado. A absorção do ranelato de estrôncio é reduzida pelos alimentos, leite e produtos derivados, portanto OSSEOR deve ser administrado no intervalo das refeições. Devido à lenta absorção, OSSEOR deve ser tomado à hora de deitar, preferencialmente pelo menos duas horas após a refeição. Os grânulos nas saquetas devem ser tomados como uma suspensão num copo de água. Embora os estudos de utilização tenham demonstrado que o ranelato de estrôncio é estável em suspensão durante 24 h após preparação, a suspensão deve ser tomada imediatamente após ser preparada. Os doentes tratados com ranelato de estrôncio devem receber suplemento de vitamina D e de cálcio se a dieta for inadequada. Utilização no idoso: A eficácia e segurança do ranelato de estrôncio foi estabelecida num vasto leque etário (até 100 anos à inclusão) de mulheres pós-menopáusicas com osteoporose. Não é necessário ajuste da dose relacionado com a idade. Utilização na insuficiência renal: Não é necessário ajuste da dose em doentes com insuficiência renal ligeira a moderada (30-70 ml/min depuração da creatinina). O ranelato de estrôncio não é recomendado em doentes com insuficiência renal grave (depuração da creatinina inferior a 30 ml/min). Utilização na insuficiência hepática: Como o ranelato de estrôncio não é metabolizado, não é necessário ajuste da dose nos doentes com insuficiência hepática. Utilização na população pediátrica: A segurança e eficácia de OSSEOR em crianças com menos de 18 anos de idade não foram estabelecidas, pois não existem dados disponíveis. Contra-indicações: Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. Advertências e precauções especiais de utilização: De acordo com a boa prática clínica, recomenda-se a avaliação periódica da função renal nos doentes com insuficiência renal crónica. A continuação do tratamento com OSSEOR em doentes que desenvolvam insuficiência renal grave deve ser considerada numa base individual. OSSEOR deve ser usado com precaução em doentes com risco aumentado de tromboembolismo venoso (TEV). Quando se tratarem doentes em risco ou com potencial risco de TEV, deve ser prestada particular atenção aos possíveis sinais e sintomas de TEV e tomar as medidas preventivas adequadas. O estrôncio interfere com os métodos colorimétricos para determinação das concentrações sanguíneas e urinárias de cálcio. Por isso, na prática clínica, a espectrometria de massa com plasma indutivamente acoplado ou a espectrometria de absorção atômica deverão ser os métodos usados para garantir uma determinação exata das concentrações sanguíneas e urinárias de cálcio. OSSEOR contém uma fonte de fenilalanina, que pode ser prejudicial às pessoas com fenilcetonúria. O tratamento com OSSEOR deve ser interrompido em caso de reação alérgica grave. Foram notificados casos graves de síndrome de hipersensibilidade incluindo, em particular, eritema com eosinofilia e sintomas sistêmicos (DRESS), por vezes fatais, associados à utilização de OSSEOR. O tempo para a manifestação dos sintomas foi cerca de 3-6 semanas e na maioria dos casos resolvem-se favoravelmente com a descontinuação do tratamento com OSSEOR e após o início de terapêutica com corticosteróides. A recuperação pode ser lenta e foram notificadas em alguns casos, recidivas da síndrome após descontinuação da terapêutica com corticosteróides. As doentes devem ser informadas para parar imediata e permanentemente a toma de OSSEOR caso surja eritema e consultar o médico. As doentes que pararam o tratamento devido a reações de hipersensibilidade não devem retomar a terapêutica com OSSEOR. Interações medicamentosas e outras formas de interação: Alimentos, leite e produtos derivados e medicamentos que contenham cálcio podem reduzir a biodisponibilidade do ranelato de estrôncio em aproximadamente 60-70%. Por isso, a administração de OSSEOR e daqueles produtos deve ser separada de pelo menos duas horas. Um estudo clínico de interação in vivo demonstrou que a administração de hidróxidos de alumínio e magnésio duas horas antes ou em simultâneo com o ranelato de estrôncio causou uma ligeira diminuição na absorção do ranelato de estrôncio (diminuição de 20-25% da AUC), enquanto que a absorção não foi praticamente afectada quando o antiácido foi tomado duas horas após o ranelato de estrôncio. Por isso, é preferível tomar os antiácidos pelo menos duas horas após OSSEOR. Como os cátions bivalentes formam complexos com as tetraciclinais orais e quinolonas ao nível gastrointestinal, reduzindo por isso a sua absorção, não é recomendável a administração simultânea de ranelato de estrôncio com estes medicamentos. Como medida de precaução, o tratamento com OSSEOR deve ser suspenso durante o tratamento com tetraciclinais orais ou quinolonas. Não foi observada interação com suplementos orais de vitamina D. Efeitos indesejáveis: OSSEOR foi estudado em ensaios clínicos que envolveram aproximadamente 8000 participantes. A segurança a longo prazo foi avaliada em mulheres pós-menopáusicas com osteoporose, tratadas até 60 meses com ranelato de estrôncio 2 g/dia (n=3.352) ou com placebo (n=3.317) em estudos de fase III. A idade média foi de 75 anos na inclusão e 23% das doentes incluídas tinham entre 80 e 100 anos de idade. As taxas de incidência global dos acontecimentos adversos com o ranelato de estrôncio não diferiu do placebo, tendo sido normalmente ligeiros e transitórios. As reações adversas mais frequentes foram a náusea e diarreia, que foram geralmente notificadas no início do tratamento, sem que se observasse mais tarde uma diferença significativa entre os grupos. A interrupção da terapêutica foi devido principalmente a náuseas (1,3% e 2,2% no grupo placebo e no grupo ranelato de estrôncio, respectivamente). Doenças do sistema nervoso: Frequentes: cefaleia (3,3% vs. 2,7%). Doenças gastrointestinais: Frequentes: náusea (7,1% vs. 4,6%), diarreia (7,0% vs. 5,0%), fezes pastosas (1,0% vs. 0,2%). Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos: Frequentes: dermatite (2,3% vs. 2,0%), eczema (1,8% vs. 1,4%). Não existiram diferenças na natureza dos acontecimentos adversos entre os grupos de tratamento, independentemente da idade no momento da inclusão ser superior ou inferior a 80 anos. Durante os estudos de fase III, a incidência anual de TEV observada ao longo de 5 anos, foi aproximadamente de 0,7%, com um risco relativo de 1,4 (95% IC = [1,0; 2,0]) nas doentes tratadas com ranelato de estrôncio comparativamente com o placebo. Durante os estudos de fase III, ao longo de 5 anos, foram notificadas doenças do sistema nervoso com maior frequência em doentes tratadas com ranelato de estrôncio, comparativamente com placebo: perturbações de consciência (2,6% vs. 2,1%), perda de memória (2,5% vs. 2,0%) e crises convulsivas (0,4% vs. 0,1%). Exames complementares de diagnóstico: Ocorreram elevações transitórias (> 3 vezes o limite superior do intervalo normal) na atividade da creatinina-fosfoquinase (CPK) notificadas em 1,4% e 0,6% nos grupos ranelato de estrôncio e placebo respectivamente. Na maioria dos casos, estes valores normalizaram espontaneamente sem qualquer alteração do tratamento. Os seguintes acontecimentos têm sido notificados na experiência pós-comercialização: Perturbações do foro psiquiátrico: Frequência desconhecida: estado confusional. Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino: Frequência desconhecida: hiper-reatividade brônquica. Doenças gastrointestinais: vômitos, dor abdominal, irritação da mucosa oral incluindo estomatite e/ou ulceração da boca. Afecções hepatobiliares: Frequência desconhecida: aumento das transaminases séricas, em associação com reações de hipersensibilidade cutânea. Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos: Frequência desconhecida: reações de hipersensibilidade cutânea incluindo eritema, prurido, urticária, angioedema, síndrome de Stevens-Johnson. Casos graves de síndromes de hipersensibilidade incluindo eritema provocado pelo fármaco, com eosinofilia e sintomas sistêmicos (DRESS). Alopecia. Afecções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos: Frequência desconhecida: dor musculoesquelética incluindo espasmo muscular, mialgia, dor óssea, artralgia e dor nas extremidades. Perturbações gerais e alterações no local de administração: Frequência desconhecida: edema periférico. Pirexia, em associação com reações de hipersensibilidade cutânea. Doenças do sangue e do sistema linfático: Frequência desconhecida: insuficiência da medula óssea, eosinofilia e linfadenopatia, em associação com reações de hipersensibilidade cutânea. Sob licença de LES LABORATOIRES SERVIER - 22, rue Garnier - 92200 Neuilly-sur-Seine - França. Medicamento sujeito a receita médica (MSRM). Regime de comparticipação: Escalão B (RG: 69% - RE: 84%). \*Para mais informações deverá contactar o representante local do titular da AIM: Bial - Portela & Cº, S.A. - À Av. da Siderurgia Nacional - 4745-457 S. Mamede do Coronado. Telefone 22 986 61 00. \* DIDSAM110301

### Em tom de provocação

**Devem os médicos, na sua opinião, ter em conta na prática clínica a gestão sustentável dos recursos financeiros das organizações onde trabalham, além da preocupação fundamental de tratar os doentes? Porquê?**

Quatro personalidades respondem à questão...



#### Francisco Velez Roxo

*Professor auxiliar convidado da CATÓLICA-LISBON School of Business & Economics, onde é também coordenador do PAME – Programa Avançado de Marketing e dos programas na área da Saúde.*

*Mestre em Comunicação Educacional Multimédia, licenciado em Organização e Gestão de Empresas pela Universidade Técnica de Lisboa.*

*Consultor de gestão e administrador de empresas públicas e privadas.*

*Porquê e Para quê ser médico gestor?*

Um médico reumatologista, como qualquer outro médico, tem de cuidar bem da sua saúde para poder cuidar bem da saúde dos seus doentes actuais e potenciais. Numa só frase: não pode ter reumático na gestão da sua missão de gestor da Qualidade de Vida da Sociedade.

Sendo um especialista, está entre a generalista utopia da vida sem doenças e a gestão pragmática do futuro com qualidade de vida aceitável. A custo aceitável. E com motivação.

Assim, no *Porquê* e *Para Quê* do saber também de “gestão”, um médico (reumatologista, em especial) deve sempre “saber fazer as contas” qualitativas e quantitativas entre o quanto custa e quanto vale. O quanto pode e quanto não deve ou deve. Entre o princípio de que não há almoços grátis e de que todo o exercício físico ajuda a ser mais ágil e eficiente na gestão dos recursos.

**Um médico  
(reumatologista  
em especial) deve  
sempre “saber fazer as  
contas” qualitativas e  
quantitativas entre  
o quanto custa e  
quanto vale**

E desde que no como e quando não se exagere e se giram os recursos com o princípio de Hipócrates cantado por uma voz tipo Amália: do meu reumático e da sua gestão com qualidade e custo equilibrado “nem às paredes confesso”.

Um médico gestor nunca tem reumático. Nem dores de falta de recursos. Previne e Prevê. Faz e Acontece.

E gere melhor que um gestor com reumático. ■



#### Luís Maurício Santos

*Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia*

*Reumatologista do Hospital do Funchal*

A principal razão pela qual os clínicos devem ter em conta a sustentabilidade financeira dos seus actos clínicos advém do conceito, bem real, de que os recursos são escassos e devem ser o melhor possível geridos. Até pelo simples - não tão simples assim - facto



## Dado o momento actual, julgo que os médicos não se podem demitir dessa função

de que os clínicos nunca deverão colocar em causa o interesse, a indicação para um determinado “target” terapêutico, “daquele” doente em particular, não podem demitir-se de serem intervenientes activos na gestão dos recursos, deixando para outros - os estigmatizados gestores - a decisão, porventura muito racional, muito fria e objectiva dos números, sem a “alma” clínica que só o técnico de saúde, neste caso o médico, pode ter.

Dado o momento actual, julgo que os médicos não se podem demitir dessa função e devem procurar munir-se dos instrumentos indispensáveis a uma boa decisão clínica, mas também financeira. ■



### João Eurico Fonseca

*Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia*

*Professor Auxiliar com Agregação da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL)*

*Director da Unidade de Investigação em Reumatologia e do Biobanco do Instituto de Medicina Molecular da FMUL*

*Assistente Hospitalar de Reumatologia do Hospital Universitário de Santa Maria*

Na minha opinião é inevitável que os médicos tenham uma noção dos recursos financeiros e devem ter formação programada e promovida no seu horário de trabalho do Serviço Nacional de Saúde ou do sector privado sobre isso. Este facto não pode entrar em conflito com o desígnio número um do médico que é prestar o melhor serviço possível ao doente.

Na verdade, uma boa gestão financeira suporta uma boa prática médica. ■

## Uma boa gestão financeira suporta uma boa prática médica



### José Carlos Romeu

*Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia*

*Reumatologista do Hospital Universitário de Santa Maria*

Na minha opinião, é inquestionável que os médicos, na sua prática clínica, devem ter em conta a gestão sustentável dos recursos disponíveis. Isto é algo que nunca nos foi ensinado, pelo menos no meu tempo, enquanto estudantes de

Medicina, e mesmo até recentemente se foi criando a ideia de que para a saúde ou na doença os recursos seriam ilimitados. Mais, penso mesmo que, na defesa dos interesses dos doentes, os médicos devem ter uma participação activa na gestão das suas Unidades de Saúde, nomeadamente nos seus diversos órgãos de gestão e nas estruturas de apoio aos mesmos, onde poderão dar uma contribuição insubstituível para uma melhor utilização dos recursos.

Defendo que, em relação à gestão dos recursos, se não formos nós a decidir ou a mais influenciar as decisões, alguém decidirá, e provavelmente pior, por nós!

Esta prática de pensarmos também na gestão dos recursos e de participarmos ou contribuirmos para as decisões que a ela dizem respeito dá-nos uma vantagem adicional junto dos “outros gestores”: reconhecendo-a como comum à nossa prática, mais dificilmente poderão recusar as nossas propostas de inovação que tragam ganhos para os doentes e vantagem para as nossas instituições.

## Se não formos nós a decidir ou a influenciar as decisões, alguém decidirá, e provavelmente pior, por nós!

Finalmente, não posso deixar de salientar que, também na minha opinião e reflectindo agora certamente direitos e, sobretudo, deveres como cidadão, a nossa preocupação com a adequada gestão dos recursos deve ir para além do interesse das organizações que integramos. ■