



## Recusa de medicamentos pode ser crime

pág. 50



Polémica  
Racionar, racionalizar e  
sustentabilidade do SNS  
pág. 36



Revista da  
Ordem dos Médicos  
Ano 29  
N.º 137  
Janeiro 2013

PROPRIEDADE:  
**Conselho Nacional Executivo  
da Ordem dos Médicos**

SEDE:  
**Av. Almirante Gago Coutinho, 151  
1749-084 Lisboa**  
Telefone geral da OM: 218427100

Presidente da Ordem dos Médicos:  
**José Manuel Silva**

Director:  
**José Manuel Silva**

Directores Adjuntos:  
**António Pereira Coelho, José Ávila  
Costa e Miguel Guimarães**

Directora Executiva:  
**Paula Fortunato**  
E-mail: paula.fortunato@omcne.pt

Redactora Principal:  
**Paula Fortunato**

Dep. Comercial:  
**Helena Pereira**

Designer gráfico e paginador:  
**António José Cruz**

Redacção, Produção  
e Serviços de Publicidade:  
**Av. Almirante Gago Coutinho, 151  
1749-084 Lisboa**  
Tel.: 218 427 100 – Fax: 218 427 199

Impressão:  
**Litografia Coimbra**  
Zona Industrial da Pedrulha  
Apartado 8041  
3021-997 Coimbra  
Depósito Legal: 7421/85  
Preço Avulso: **2 Euros**  
Periodicidade: **Mensal**  
Tiragem: 43.000 exemplares  
(11 números anuais)

Isento de registo no ICS nos termos do  
nº 1, alínea a do artigo 12 do Decreto  
Regulamentar nº 8/99



### 05 Código Deontológico

### editorial

### 06 A ética teoriza-se, mas também se deve praticar!

### informação

### 10 Sustentabilidade, Recursos Humanos e Racionamento em Saúde

### 15 Mapa de vagas do Concurso IM2013B

### 17 Parecer da Associação Portuguesa de Bioética sobre Racionamento em Saúde

### 22 Parecer do CNEDMOM sobre o parecer 64 do CNECV

### 23 Nova Cédula Profissional

### 24 Declarações do Presidente do CNECV de 24 de Dezembro de 2012

### 25 Notícias relativas a documento inacabado e interno da OM

### 26 Pedido de retratação pública

### 27 Carta ao coordenador do CNEDMOM

### 28 Demissões no CNEDM da Ordem dos Médicos

### 29 Demissão do Coordenador do CNEDMOM

### 30 Despacho 15630/2012

### 31 Declarações do presidente do Conselho de Administração do CHSJ

### 34 Unidades Privadas de Saúde Esclarecimento sobre a Portaria 287/2012

### 35 Tabela de Nomenclatura para medicina dentária

### actualidade

### 36 Racionar, racionalizar e sustentabilidade do SNS

### 50 Recusa de medicamentos pode ser crime

### 53 Carta aberta aos dirigentes políticos e autoridades de saúde da Europa

### 56 Que Futuro para a estratégia de segurança nacional?

### opinião

### 60 Racionalização? Racionamento?

### 64 SNS – não há dinheiro? Uma ideológica aldrabice

### 67 A revisão dos estatutos da Ordem dos Médicos

### 68 A mentira do “dever de empobrecer”

### 72 Este país não é para velhos

### 74 Um novo regime de trabalho médico...

### 77 Serviço Nacional de Saúde (SNS)

### 83 O Medo

### 86 Fumo sem fogo?

### histórias da...

### 87 Azevedo Neves (1877-1955)

Nota da redacção: Os artigos assinados são da inteira responsabilidade dos autores, não representando qualquer tomada de posição por parte da Revista da Ordem dos Médicos.

## PRESIDENTES DOS COLÉGIOS DAS ESPECIALIDADES

ANATOMIA PATOLÓGICA: Pedro Oliveira  
 ANESTESIOLOGIA: Paulo Ferreira de Lemos  
 ANGIOLOGIA/ CIRURGIA VASCULAR: José Fernandes e Fernandes  
 CARDIOLOGIA: Mariano Pego  
 CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA: José Monterroso  
 CIRURGIA CARDIOTORÁCICA: Manuel Antunes  
 CIRURGIA GERAL: Pedro Coito  
 CIRURGIA MAXILO - FACIAL: Paulo Coelho  
 CIRURGIA PEDIÁTRICA: Paolo Casella  
 CIRURGIA PLÁSTICA RECONSTRUTIVA E ESTÉTICA: (a designar)  
 DERMATO - VENEREOLOGIA: Manuela Selores  
 DOENÇAS INFECCIOSAS: Fernando Maltez  
 ENDOCRINOLOGIA - NUTRIÇÃO: Mário Rui Guerreiro Mascarenhas  
 ESTOMATOLOGIA: Rosário Malheiro  
 FARMACOLOGIA CLÍNICA: Henrique Luz Rodrigues  
 GASTROENTEROLOGIA: José de Almeida Berkeley Cotter  
 GENÉTICA MÉDICA: Jorge M. Saraiva  
 GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA: João Silva Carvalho  
 HEMATOLOGIA CLÍNICA: (a designar)  
 IMUNOALERGOLOGIA: Elza Tomás  
 IMUNOHEMOTERAPIA: Maria Helena Alves  
 MEDICINA DESPORTIVA: Paulo Beckert Rodrigues  
 MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO: Cecília Vaz Pimto  
 MEDICINA GERAL E FAMILIAR: José Silva Henriques  
 MEDICINA INTERNA: António Martins Baptista  
 MEDICINA LEGAL: (a designar)  
 MEDICINA NUCLEAR: Maria do Rosário Vieira  
 MEDICINA DO TRABALHO: António Lopes Pires  
 MEDICINA TROPICAL: José Lopes Martins  
 NEFROLOGIA: João Ribeiro Santos  
 NEUROCIRURGIA: Nuno Maria Salema Pereira dos Reis  
 NEUROLOGIA: José Fernando da Rocha Barros  
 NEUORRADIOLOGIA: João Abel Marques Xavier  
 OFTALMOLOGIA: Rui Daniel Mateus Barreiros Proença  
 ONCOLOGIA MÉDICA: Maria Helena Gervásio  
 ORTOPEDIA: Paulo Felicíssimo  
 OTORRINOLARINGOLOGIA: Artur Condé  
 PATOLOGIA CLÍNICA: Manuel Cirne Carvalho  
 PEDIATRIA: José Lopes dos Santos  
 PNEUMOLOGIA: Henrique Queiroga  
 PSIQUIATRIA: Luiz Carlos Viegas Gamito  
 PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA: (a designar)  
 RADIOLOGIA: Maria Amélia Ferreira Estevão  
 RADIOTERAPIA: Ângelo Oliveira  
 REUMATOLOGIA: José António de Melo Gomes  
 SAÚDE PÚBLICA: Pedro Serrano  
 UROLOGIA: José Palma dos Reis

## COORDENADORES SUBESPECIALIDADES

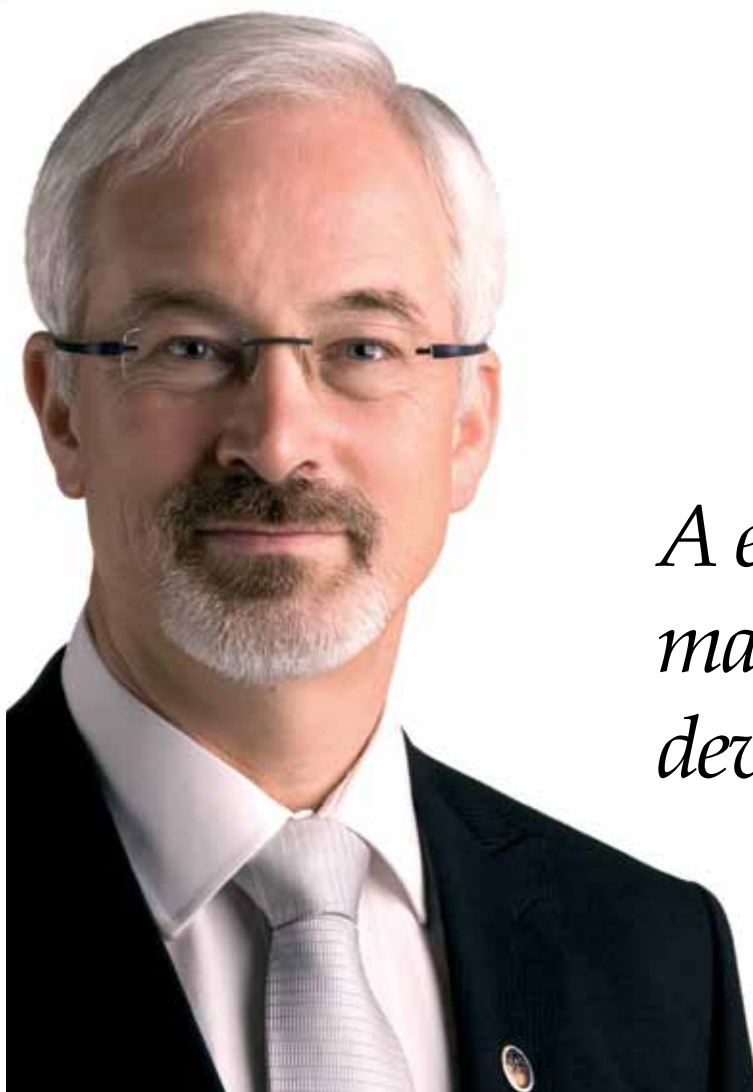
CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO: Vasco Ribeiro  
 CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS: José Filipe Farelle Neves  
 ELECTROFISIOLOGIA CARDÍACA: Pedro Adragão  
 EEG/NEUROFISIOLOGIA: Maria Regina Brito  
 GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA: (a designar)  
 HEPATOLOGIA: Rui Tato Marinho  
 MEDICINA INTENSIVA: Rui Paulo Moreno  
 MEDICINA DA REPRODUÇÃO: (a designar)  
 NEFROLOGIA PEDIÁTRICA: Fernando Rosa  
 NEONATOLOGIA: Daniel Virella  
 NEUROPEDIATRIA: José Carlos da Costa Ferreira  
 ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: Maria José Ribeiro  
 ORTODONCIA: (a designar)

## COORDENADORES COMPETÊNCIAS

ACUPUNCTURA MÉDICA: João Pires  
 EMERGÊNCIA MÉDICA: Carlos Mesquita  
 GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: (a designar)  
 HIDROLOGIA MÉDICA: Luís Cardoso Oliveira  
 MEDICINA DA DOR: Beatriz Gomes  
 MEDICINA FARMACÊUTICA: Ana Maria Nogueira  
 MEDICINA HIPERBÁRICA: Oscar Camacho







## *A ética teoriza-se, mas também se deve praticar!*

---

Encaro como positivo todo o diálogo sobre preceitos éticos, se bem que a continuação da presente discussão, a que não posso eximir-me, não aconteça pelos motivos mais positivos. Pela minha parte, esta matéria fica aqui definitivamente encerrada.

---

Fazendo um pouco de história dos momentos mais recentes...

Dia 23 de Dezembro sou surpreendido pelo contacto do JN para me pronunciar sobre um documento interno da Ordem, produzido pelo Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas (CNEDM). Fui reservado nas palavras, para evitar escusadas polémicas. Inglório. No dia 24 de Dezembro sou procurado intensivamente por toda a comunicação social, inflamada por falsas, incendiárias

e pouco éticas declarações do Presidente do CNECV.

O Presidente do CNECV faltou grosseiramente à verdade quanto às datas e quando afirmou que eu escondera um documento do CNEDM durante mais de um mês! Um comunicado dos três Presidentes Regionais, publicado nesta Revista, repõe factualmente a verdade. Esclarecido e instado a assumir um pedido de desculpas, o Presidente do CNECV nunca o fez. Ficamos esclarecidos quanto à sua interpretação da Ética.

Perante a avassaladora insistência da comunicação social, que inicialmente nem atendi por se tratar de um dia de Família, e em função de alguns telefonemas de Amigos e Colegas inquietos, dizendo-me que era imprescindível uma reacção, elaboro um comunicado pessoal, que também se publica nesta Revista, e dialogo com alguns meios de comunicação social. Estranha véspera de Natal. O parecer do CNEDM, agora igualmente publicado nesta

Revista, porque nada temos a esconder, surpreendeu-me. Informalmente discutido no CNE de 21 de Dezembro, foi decidido aguardar-se pelos esclarecimentos solicitados ao CNEDM.

Entretanto, em vez de respostas, recebemos os pedidos de demissão de três membros do CNEDM, entre os quais o Presidente, Prof. Filipe Almeida, o que motivou a carta que lhe enviei, e que aqui é divulgada. O Dr. Pedro Ponce pediu oralmente a sua demissão ao Presidente da SRS, conforme soubemos posteriormente. Em resposta ao reafirmar de confiança, em determinado momento apenas dois conselheiros reiteraram a sua demissão.

Mais uma vez, os membros demissionários, ou alguém por eles, foram (ou foi) pressurosamente para a comunicação social lançar mais ruído público sobre a Ordem dos Médicos, com objetivos certamente muito pouco nobres, o que apenas desabona em relação ao sentido ético dos próprios. O que acaba por aclarar alguns comportamentos.

O Prof. Filipe Almeida, inamovível, persiste no pedido de demissão, naturalmente aceite, divulgando-se a carta que o mesmo solicitou que fosse publicada. Na Ordem não há tabus e não há pessoas insubstituíveis.

Lastimo profundamente que os elementos agora demissionários não tenham protelado um pouco a sua demissão, para poderem responder às dúvidas legitimamente colocadas pelo CNE. Compreendo que teriam alguma dificuldade em o fazer. Fui acusado de “apoucar” o parecer do CNEDM! Pena foi que os Conselheiros demissionários tenham perdido a oportunidade

de “agigantar” o referido parecer dissecando e elaborando sobre os assuntos controversos do mesmo. Resumido o historial e enquadrados os documentos que agora se publicam, são inevitáveis alguns comentários.

- A Ordem dos Médicos, vertebradamente, continuará a defender, com intransigência, os Doentes e a Qualidade dos Cuidados de Saúde e não aceitará racionamentos impostos por nebulosos critérios financeiros de qualquer Governo nem os custos de oportunidade de decisões no mínimo discutíveis, que muito têm penalizado o SNS.

Como bem lembrou Donald Berwick, na sua recente conferência na Fundação Calouste Gulbenkian, “apostar em cuidados de excelência sairá sempre mais barato” e “é importante conquistar a sociedade civil e os profissionais com debates e processos de tomada de decisão sérios e com maturidade”.

- Causa alguma perplexidade que os responsáveis pela “fuga” do parecer do CNEDM para a comunicação social tenham preferido discutir um documento na comunicação social em vez de o fazer internamente. Em nada beneficiaram a Ética, os Médicos e a Ordem dos Médicos.

- As “fugas” de informação, que aparentemente tiveram origem em alguém do CNEDM e a que os Colegas da Secção Regional do Norte são completamente alheios, ocorreram por meios de comunicação do Porto.

Sobre o parecer do CNEDM da Ordem dos Médicos:

- É absolutamente espantoso e inacreditável que seja afirmado que o parecer 64/2012 do CNECV “evitou a controvérsia estéril”! Um parecer que o Dr. Bagão Félix qualificou de “Eutanásia

**CORREIO DA SAÚDE**



**JOSÉ MANUEL SILVA**

BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS

## Deplorável

**S**ão chocantes algumas das declarações do Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de S. João (CHSJ), numa entrevista com Judite de Sousa e Medina Carreira.

O rácio de cirurgias por cirurgião foi estranhamente viciado.

A equipa cirúrgica foi considerada como constituída apenas por um cirurgião especialista. Errado! Não foram retirados do denominador os cirurgões que já não operam, têm outras funções e responsabilidades ou estão doentes.

Em Outubro de 2012, o número de cirurgias de ambulatório já ia em

**Onde foi o Presidente do Centro Hospitalar São João buscar o número de 196 695 cirurgias por ano?**

240 000 e o de cirurgias de urgência em 89 000, números que não foram considerados.

Segundo o relatório da monitorização da actividade do SNS, do Ministério da Saúde, em Outubro de 2012 já tinham sido realizadas 208 218 cirurgias programadas convencionais. Ou seja, 2012 terminará com 300 000 cirurgias programadas convencionais. Onde foi o Presidente do CHSJ buscar o número de 196 695 cirurgias por ano?!

Com que objectivos o Presidente do CHSJ quis dizer mal dos médicos? O que vem aí?!

In “Correio da Manhã” - 20 de Dezembro de 2012

financeira”, que o Prof. Carlos Oliveira, indirectamente, referiu como uma reintrodução da pena de morte em Portugal, que é duramente criticado pela Associação Portuguesa de Bioética, que foi amplamente rejeitado pela Sociedade, que admite o racionamento por idade..., evitou a “controvérsia estéril”?!... Sem comentários...

- Para além de algumas ressalvas ligeiras e algumas reflexões coerentes, o parecer do CNEDM fugiu/evitou todos os aspectos mais polémicos do parecer 64 do CNECV e demitiu-se antes de o completar com as reflexões adicionais solicitadas! Ao requerer um parecer ao CNEDM sobre o parecer 64, o CNE esperava que os aspectos que mais intensa discussão pública motivaram fossem alvo de meditação ética do nosso Conselho de Ética. Infelizmente, tal não aconteceu.

Sobre os conflitos de interesses:

- No CNECV há quem, por ocupar cargos de nomeação política do Governo e aspirar a ser nomeado para outros, deveria, eticamente, ter-se escusado a participar de um parecer elaborado a pedido desse mesmo Governo. Sobre estes conflitos de interesses o Presidente do CNECV nada diz?!

- Recentemente foram nomeados pelo Governo dois novos elementos para o CNECV, para substituir dois que abandonaram. Não será passível de dúvidas que o Governo nomeie pessoas, cujo perfil escolheu livremente, para um órgão ético a que depois vai pedir pareceres?! Não deveria ter sido alvo de reflexão o facto de um dos elementos agora nomeados pertencer ao mesmo Instituto da relatora do parecer 64/2012 do CNECV? A Lei 24/09 deveria ser revista e corrigida nas suas várias fragilidades.

- Há elementos do CNEDM da OM que deveriam ter pedido escusa de se pronunciarem sobre o parecer 64 do CNECV. O principal é mesmo o ex-Coordenador do CNEDM, pois trabalha no mesmo Instituto de Bioética que tem como Directora a relatora do parecer do CNECV, facto que nem sequer assinalou! O Código Deontológico da Ordem dos Médicos é taxativo e afirma que os médicos que tenham conflitos de interesses ou afinidades não devem dar pareceres nessas circunstâncias.

Do debate na Ordem dos Médicos sobre racionamento vs racionalização em Saúde, não posso deixar de fazer um comentário.

O Presidente do CNECV apresentou na Ordem dos Médicos uma interpretação do parecer que, em alguns aspectos, contraria frontalmente a letra desse mesmo parecer.

Naturalmente, desafiei-o a reescrever o parecer com a nova e agora pública interpretação, porque tornaria o parecer 64 muito mais consensual e passível até de ser subscrito por mim próprio. Inesperadamente, o Prof. Miguel Oliveira da Silva recusou-se a passar a forma de letra o seu discurso oral. Ficamos esclarecidos. Porque o que conta e fica para a história é o que está escrito e não aquilo que é dito.

A conclusão é simples. O que está escrito no parecer 64 é de tão fraca qualidade que necessita de interpretação, mas a interpretação não pode ser escrita porque contraria o parecer...

Ao fim e ao cabo, não é nada de imprevisto, atentas as trapalhadas que vieram posteriormente a público, com o Presidente do CNECV a afirmar no Parlamento que os Hospitais G14 não teriam



## Recordar

**S**r. doutor, ando muito esquecido, pode receitar-me um medicamento para a memória? É um pedido frequente. Costumo responder que, se os houvesse, os médicos seriam os primeiros a tomá-los e a recomendá-los. E todos teríamos uma memória extraordinária!

Infelizmente, não há “medicamentos para a memória”, no sentido popular da expressão, embora haja um imenso negócio à volta da memória que, no essencial, vende gato por lebre. Se houvesse medicamentos para a memória, talvez o povo não tivesse “memória curta” e recordasse os motivos reais e quem nos

**Se houvesse medicamentos para a memória talvez o povo não tivesse “memória curta”**

conduziu à grave crise que atravessamos.

Terminou 2012, o ano de todas as previsões falhadas.

Depois da empobrecida festa de passagem, aí temos o Ano Novo. Ao contrário das frases vazias dos governantes, 2013 vai ser o ano de todas as crises.

Não esqueçam o nosso passado político recente, deixem de acreditar nas falsas promessas que anunciam o paraíso sempre para o ano seguinte, exijam e imponham mudanças!

Desejo a todos os portugueses muita saúde e “uma boa memória”.



colaborado com o CNECV, o que afinal não era verdade, sendo obrigado a emitir um comunicado explicativo a lamentar o “mal entendido”! Estranhamente, a resposta do G14 não circulou por todos os Conselheiros, nem sequer por todos os relatores! Sintomático.

Depois de meses de insistência foi finalmente revelado o teor da carta que o Ministro da Saúde dirigiu ao CNECV a solicitar o parecer. A carta nada tem de extraordinário, solicitando “a elaboração de um parecer sobre a implementação de medidas que visem a racionalização da oferta de tecnologias de saúde, em particular de medicamentos, no quando da sustentabilidade do SNS... Agradecemos um enfoque sobre as medidas que estão a ser implementadas por vários hospitais no sentido de se agregarem para a aquisição...”.

Curiosidade 1: O Ministro da Saúde solicitou um parecer sobre racionalização e o CNECV, “mais papista que o papa”, respondeu com uma estratégia de racionamento! Elucidativo.

Curiosidade 2: Conforme constava da carta do Ministro, era importante analisar a estratégia do G14, mas o respectivo documento não foi considerado pelo CNECV, não foi entregue a um dos relatores e não era do conhecimento do seu Presidente. Enfim...

A grande lição de todo este processo é que o Parecer 64 do CNECV em nada ajudou o

Ministro da Saúde. Bem pelo contrário, só lhe criou problemas adicionais. Fica demonstrado, como sempre temos afirmado, que o Ministro da Saúde, caso o pretenda, fará melhor em pedir pareceres à Ordem dos Médicos, que tem um potencial de experiência e conhecimento acumulados que não se encontra em nenhuma outra instituição. Finalmente.

Do mesmo modo como foram nomeados, os membros do CNEDM que se demitiram irão ser substituídos de acordo com os Estatutos da Ordem dos Médicos. São os procedimentos normais em qualquer instituição. Tal como agora dois membros do CNECV também foram substituídos sem qualquer polémica.

Enquanto assistirmos ao contínuo enterrar de milhares de milhões de euros no obscuro processo do BPN, entre muitos outros desperdícios, situações pouco transparentes e aviltantes desigualdades, contestaremos todo e qualquer processo de racionamento em saúde com redobrada energia.

A desumanidade e facilidade com que alguns aceitam o desfavorecimento dos mais pobres recorda-me o conto de Máximo Gorki, “Seres que outrora foram humanos”.

A Ordem dos Médicos defenderá e praticará sempre a Ética do Código Deontológico da Ordem dos Médicos.

Continuemos, todos, a ser Seres Humanos.



## Carta aberta

**E**m Espanha, Grécia, Irlanda e Portugal, países em vias de ou sob assistência da Troika, assiste-se à degradação da assistência aos Doentes e ao prejuízo das medidas de prevenção e contenção da doença.

Por isso, os Presidentes das respetivas Ordens dos Médicos e outras personalidades publicaram uma carta aberta aos dirigentes políticos e às autoridades de Saúde da Europa em defesa dos direitos dos Doentes. Um texto publicado na 'Lancet', em 2011, já fazia a análise das dramáticas consequências do racionamento na Saúde dos Gregos.

## Em Espanha, Grécia, Irlanda e Portugal assiste-se à degradação da assistência aos Doentes

O Direito à Saúde é um valor Ético que está consignado na Declaração Universal dos Direitos Humanos, na Constituição da República Portuguesa e no Livro Branco da Comissão Europeia.

Os signatários desta carta apelam às autoridades nacionais e internacionais para que defendam os Doentes e pugnem pela proteção e a promoção da saúde na governação nacional e europeia e para que atuem de modo a minimizar os já identificados efeitos da crise na Saúde.

A Saúde não tolera mais cortes.

In "Correio da Manhã" - 17 de Janeiro de 2013

Miguel Guimarães

Presidente do CRNOM

## Sustentabilidade, Recursos Humanos e Racionamento em Saúde



As declarações do Presidente do Conselho de Administração (CA) do Centro Hospitalar de São João (CHSJ) em entrevista ao programa “Olhos nos Olhos” na TVI24 nos dias 17/12/2012 e 07/01/2013, e toda a sequência de acontecimentos públicos relacionados com o parecer 64/2012 do Conselho Nacional

de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) mereceram do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRN) o máximo de atenção e preocupação, o que resultou em diversas intervenções públicas na defesa dos médicos e do direito de todos os cidadãos a cuidados de saúde de qualidade

e em igualdade de circunstâncias (ver documentos publicados nesta revista).

As sugestões dos Presidentes do CA do CHSJ e do CNECV anteciparam a apresentação pública do relatório do Fundo Monetário Internacional (FMI), o qual, em termos genéricos, aponta para que Portugal não

pode continuar a ter um Serviço Nacional de Saúde (SNS) de qualidade, que respeite os Direitos Humanos e os direitos sociais consagrados na nossa Constituição.

Sem prejuízo de uma análise mais formal das declarações proferidas pelo Presidente do CA do CHSJ, é profundamente lamentável que um médico manche abertamente o bom nome de todos os profissionais que trabalham no SNS e no CHSJ, ao sugerir que os médicos, e designadamente os especialistas de todas as especialidades cirúrgicas do país, e em particular os do CHSJ, não cumprem os seus deveres no SNS como cirurgiões e como cidadãos. A sugestão de que operam pouco, e de que “baixam a produtividade no SNS para operar os doentes nas instituições privadas”, não dignifica o CA do CHSJ nem os médicos. Pelo contrário, estigmatiza todos os médicos do CHSJ e apenas contribui para aumentar a indignação dos médicos e dos doentes.

De resto, a informação alarmista de que 30 cirurgiões do CHSJ não iriam ao bloco é incompreensível, na medida em que, a ser verdade e na ausência de justificação aceitável, a responsabilidade é também dos respectivos directores de serviço, nomeados pelo CA, e do próprio CA do CHSJ.

Foi completamente ignorada a constituição das equipas cirúrgicas (que, no mínimo, têm que ser constituídas por um cirurgião e um cirurgião ajudante) e a multiplicidade de ocupações a que um especialista está sujeito no seu serviço, desde a formação dos internos de especialidade às tarefas administrativas e de organização,

passando pela consulta externa e interna, serviço de urgência, serviço em unidades de cuidados específicos, acompanhamento dos doentes internados, formação contínua, actividade docente e investigação.

Uma simples análise do relatório de monitorização mensal da actividade assistencial, publicado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), revela que em 2012 e até Outubro foram realizadas 448.043 cirurgias programadas (208.218 convencionais e 239.825 em ambulatório) e 89.074 cirurgias urgentes. Ou seja, um total de 537.117 cirurgias, que no final de 2012 rondará as 671.396 cirurgias. Um número substancialmente diferente do referido pelo Presidente do CA do CHSJ (196.695 cirurgias). Na realidade, o rácio de cirurgias por cirurgião é muito superior àquele que foi sugerido na referida entrevista.

Adicionalmente, a referência às carreiras profissionais, e em particular à carreira médica, com a alusão negativa aos “cargos de chefia que se mantêm toda a vida”, foi particularmente infeliz e contrária aos princípios fundadores do próprio SNS, e mostrou uma confusão inquietante entre a progressão na carreira (qualificação e competências médicas) e os lugares de direcção (de nomeação e da exclusiva responsabilidade do CA do CHSJ).

Interpretando de forma literal os dados apresentados pelo Presidente do CA do CHSJ, só podemos concluir que resultaram de uma reflexão autocrítica de quem tem responsabilidades directas na matéria. Em última análise, se a actividade médica e cirúrgica do CHSJ não corresponde aos parâmetros

definidos pela sua direcção, só ela poderá justificar porque tal acontece e tomar as medidas necessárias para inverter a situação. Jamais tal poderá servir para julgar em praça pública os seus profissionais com declarações que entendemos serem difamatórias.

As suas afirmações sobre a taxa de absentismo no CHSJ (cerca de 6% em 2011, e não 11% como foi dito) e sobre a exclusividade de funções (a dedicação exclusiva, regime de trabalho que já não é uma opção dos médicos desde 2009 e que nem sempre correspondia a mais horas de trabalho) são reveladoras das intenções mais desastrosas do poder político e da sua ‘refundação do estado social’. Por isso, e no pressuposto de que os profissionais de saúde estivessem todos em exclusividade, o Presidente do CA do CHSJ referiu que poderia dispensar cerca de 20% dos recursos humanos, mantendo ou reforçando a actividade e qualidade de serviços. A imensa maioria dos médicos naquele hospital já trabalha no limite do que é ética e humanamente aceitável. E todos sabem bem disso. E será que os médicos em exclusividade de funções trabalham mais que os médicos que não estão em exclusividade? E serão os médicos em exclusividade mais eficientes do que aqueles que não estão em exclusividade, em função do seu vencimento mensal e horário de trabalho? E o CA do CHSJ tem recursos financeiros para pagar um regime equivalente ao da exclusividade a todos os médicos? E se todos os médicos do CHSJ solicitarem ao CA a passagem para o novo regime das 40 horas semanais recentemente

publicado, o CA do CHSJ aceitará os pedidos formulados?

Numa altura de crise social, em que todos os portugueses se sentem injustiçados, e em que o bom senso deveria constituir um imperativo público, as declarações proferidas são lamentáveis, inaceitáveis e contraproducentes.

O CHSJ foi considerado, pelo terceiro ano consecutivo, o melhor do SNS no estudo realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública. Tal avaliação não seria possível se não tivesse excelentes profissionais, pelo que tal estudo deveria também ser entendido como um elogio aos recursos humanos de que dispõe o CHSJ. Os profissionais daquele hospital não mereciam tanta falta de respeito e tanto desprezo.

De facto, os profissionais da saúde, e em particular os médicos, são os principais responsáveis pela melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos e pelo sucesso internacional do nosso SNS, tendo estado intimamente associados aos méritos do nosso serviço de saúde sistematicamente destacados pela OCDE e pela OMS. Os indicadores conhecidos e regularmente divulgados falam por si. Acresce, ainda, que os médicos portugueses são internacionalmente reconhecidos como excelentes profissionais e os que mais prestigiaram um serviço público em Portugal.

Na entrevista de 07/01/2013, o Presidente do CA do CHSJ deixou claro porque induziu em erro a população portuguesa. É que a grande fatia do Orçamento de Estado para a saúde está alocada aos recursos humanos. E se no início desta segunda entrevista tentou de alguma forma justificar parte das afirmações polémicas

produzidas na primeira, a realidade é que insistiu em falar de um regime de trabalho que já não está disponível desde 2009 (dedicação exclusiva) e que a enorme maioria dos portugueses não entende. De resto, não nos parece credível que o CA do CHSJ esteja disponível para aceitar a transição das 35 para as 40 horas a todos os médicos que assim o solicitarem ao abrigo da nova legislação da Carreira Médica. É que, provavelmente, o CHSJ não terá orçamento disponível para tal desiderato. Fica mais uma vez, agora de forma mais directa e sem a necessidade de sugerir que os seus funcionários não cumprem, a mensagem final de que o CHSJ tem cerca de 20% de profissionais em excesso, ou, dito de outra forma, tem 20% de médicos dispensáveis. E se no “melhor hospital do País” é assim, como será nos outros! O círculo está portanto quase encerrado. A mensagem final ocupou as manchetes da comunicação social no dia seguinte. E o relatório do FMI confirmou a mensagem que se quis antecipar. Até parece que já estava tudo combinado! Profundamente deplorável.

Neste contexto, quero mais uma vez aqui expressar a máxima solidariedade para com todos os profissionais médicos do CHSJ. O seu trabalho tem sido altamente prestigiante para a Medicina nacional e tem contribuído de forma decisiva para que o seu hospital seja uma referência de rigor e excelência na prestação de cuidados de saúde.

E qual a relação entre recursos humanos, racionamento em saúde e sustentabilidade? Bom, menos recursos humanos e mais racionamento igual a maior sustentabilidade. Ou melhor

ainda, menos doentes e menos profissionais igual a maior sustentabilidade.

O primeiro passo no “racionalismo em saúde” foi dado pelo agrupamento dos hospitais do Norte (liderado pelo CHSJ) conhecido por G14. O acordo assinado entre os 14 hospitais, e que posteriormente foi alargado a outros hospitais, significa na prática a existência de protocolos terapêuticos em áreas específicas, com acesso limitado ou excluído a determinados tipos de tratamentos cientificamente comprovados como válidos e aprovados a nível nacional e internacional. A situação criada permitiu desigualdades marcadas no acesso a diversos tipos de tratamentos. Os doentes dos hospitais fora do G14 tinham mais possibilidades terapêuticas, e os hospitais do G14 tinham mais poupanças.

A contestação social subiu de tom e foi necessário legitimar eticamente o racionamento em saúde. Ao fim e ao cabo, os recursos em medicamentos, equipamentos e dispositivos médicos ocupam a outra grande fatia do Orçamento de Estado para a saúde. Assim, e a pedido do Ministro da Saúde, foi emitido um parecer (64/2012) pelo CNECV que tenta justificar eticamente o racionamento em saúde, sugerindo o racionamento administrativo e introduzindo a ideia do racionamento com base na idade. Além disso, e questionando as regras em vigor para a sua aprovação científica e fármaco-económica, o mesmo parecer aborda a questão da eficácia duvidosa de alguns medicamentos, colocando em causa o trabalho do próprio INFARMED e da Agência Europeia do Medicamento, centrando-se em três grupos de medicamentos:



retrovirais (doentes VIH+), oncológicos e biológicos (doentes com artrite reumatóide). O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos (CNE) não podia simplesmente ignorar este parecer. As implicações no âmbito dos direitos dos doentes e dos cidadãos, da qualidade dos cuidados de saúde, da ética e deontologia da profissão médica e da investigação e progresso científico, exigiam ao CNE uma tomada de posição pública. Foi o que aconteceu. Contestamos as questões polémicas do referido parecer de forma objectiva e firme. Em respeito pelos princípios fundamentais plasmados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, que têm como base a igual dignidade de todos os seres humanos, e em defesa da verdadeira equidade nacional no acesso aos cuidados de saúde e do combate eficaz e coerente ao desperdício, apoiado em mais organização e eficiência máxima das unidades de saúde. O contributo para a sustentabilidade do SNS nesta matéria pressupõe uma discussão ampla e aberta na sociedade com base em critérios de legitimidade e justiça, centrando o debate em prioridades éticas em saúde e nunca em racionamento ético, com base na adopção do utilitarismo (discriminação com base na idade), como sugerido pelo parecer do CNECV. De resto, e como realça a Associação Portuguesa de Bioética (APB) no seu parecer: *“o estabelecimento de prioridades na saúde para ser eticamente aceitável pressupõe que situações mais graves tenham prioridade sobre situações menos graves”*. No fundo, a amplificação do nosso trabalho diário. Existem prioridades no acesso às consultas externas e internas,

prioridades nas inscrições dos doentes para cirurgia, prioridades na marcação de consultas de vigilância, prioridades na observação dos doentes internados, prioridades no serviço de urgência, etc. Claro que, no limite, a definição e implementação exclusiva de prioridades pode restringir de forma muito significativa o acesso temporal a tratamentos por parte de doentes com patologias menos graves. E, se amplificado, pode conduzir à exclusão de determinados tratamentos no SNS, como por exemplo a cirurgia plástica com intuítos meramente estéticos.

O Presidente do CNECV não entendeu a posição da Ordem dos Médicos. E no dia 24 de Dezembro de 2012, a propósito do parecer interno do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médica da Ordem dos Médicos (CNEDM), afirmou na RTP: “o Bastonário da Ordem dos Médicos consegue durante mais de um mês censurar e não divulgar este documento, o que é gravíssimo” e “obviamente o Bastonário fica a falar sozinho e devia retirar as consequências, porque neste momento é óbvio que há imensas e insanáveis divisões no interior da Ordem dos Médicos”. Estas afirmações são falsas e mancharam publicamente o bom nome da Ordem dos Médicos e do seu Bastonário, logo de todos os médicos.

É inaceitável que um presidente de um conselho de ética falte à verdade na praça pública. Descredita o seu CNECV e coloca em causa a sua idoneidade ética e como cidadão. Tudo em nome da suposta sustentabilidade do SNS.

Uma análise detalhada dos factos pode ser benéfica para compreender toda a polémica

criada pelo Presidente do CNECV e que foi deliberadamente tornada pública: em 30 de Outubro, o CNE pediu ao CNEDM para elaborar o seu parecer sobre as questões consideradas polémicas levantadas pelo parecer do CNECV; em 23 de Novembro reuniu em Coimbra o CNEDM; em 11 de Dezembro, foi enviado por carta o parecer do CNEDM para os serviços administrativos do Bastonário/CNE; em 17 de Dezembro, o referido parecer chegou ao Bastonário; em 21 de Dezembro, em reunião do CNE em Lisboa, o Bastonário entregou o referido parecer a todos os membros do CNE. Nessa mesma reunião, o CNE decidiu manter sob reserva o referido texto, uma vez que o mesmo não respondia concretamente às questões polémicas suscitadas pelo parecer 64/2012 do CNECV, e cujo esclarecimento solicitara. Por esse mesmo motivo, o texto disponibilizado não foi considerado um documento definitivo, mas tão só um texto preliminar e, como tal, não passível de ser homologado.

O Presidente do CNEDM, em resposta aos esclarecimentos pedidos pelo Bastonário, apresentou a sua demissão, e mostrou-se incomodado com a posição assumida pelo CNE e, em especial, pelo Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos. E porquê? O que fez o CRN através do seu Presidente em conferência de imprensa? Defendeu a honra do nosso Bastonário e dos médicos ao desmascarar publicamente as declarações difamatórias do Presidente do CNECV, repondo a verdade com base em factos objectivos que estão devidamente documentados. Todos eles relacionados com o parecer emitido pelo CNEDM e que o seu

presidente bem conhecia. Melhor que qualquer outra pessoa, o Presidente do CNEDM sabia que o Bastonário da OM não tinha censurado o seu parecer, e muito menos durante mais de um mês como foi afirmado.

O Presidente do CNEDM demitiu-se, mas sem antes repor a verdade que tão bem conhecia. E nem uma palavra até ao momento sobre o comportamento deplorável do Presidente do CNECV.

Porque razão afirmou o Presidente do CNECV que o Bastonário reteve o documento mais de um mês? Terá tido 'informações privilegiadas' de quem conhecia o teor do parecer há mais de um mês? Terá sido enganado por algum dos seus colaboradores? Quem é que conhecia bem todo o processo? Tal como foi sugerido por um órgão de comunicação social, a demissão do Presidente do CNEDM terá alguma relação com o facto de ser um colaborador do Instituto de Bioética da Universidade Católica do Porto, o qual é presidido precisamente por um membro do CNECV?

No seio da Ordem dos Médicos existem posições diferentes sobre algumas matérias. E tal facto é salutar e estimulante para o trabalho que todos ajudamos a desenvolver. As decisões são tomadas por maioria e procurando consensualizar posições, como acontece em democracia.

O CNE tem nos seus arquivos (disponíveis a todos os médicos) os documentos que confirmam a verdade dos factos sobre todas as afirmações produzidas. Se necessário, tudo será publicado. A exigência da retratação pública ao Presidente do CNECV é o mínimo que podemos fazer, em defesa da dignidade dos médicos e do nosso Bastonário.

A exigência de explicações fundamentadas e a reposição da verdade ao Presidente do CA do CHSJ é o mínimo que podemos fazer, em defesa da dignidade dos médicos e da relação médico-doente.

As afirmações produzidas por ambos apenas contribuíram para deteriorar de forma irreparável a confiança dos cidadãos e dos médicos em quem preside ao CNECV e em quem governa o

CHSJ.

Neste momento, já ninguém tem dúvidas sobre as intenções do Governo no que diz respeito ao Estado Social. A refundação anunciada assenta num Estado Social diferente, mais dependente da iniciativa privada e convencionada. A deterioração que está a atingir o SNS é bem conhecida de todos, dos doentes e dos profissionais de saúde. Não podemos aceitar que, no nosso país, o acesso aos diferentes cuidados de saúde dependa do estrato social, financeiro ou outro. A opção de cortar nos recursos humanos e racionar tratamentos para assim supostamente se assegurar a sustentabilidade do SNS significa o fim desse mesmo SNS tal como está consagrado na nossa Constituição. Existem outros caminhos e outras opções. A começar pela percentagem do Produto Interno Bruto (PIB) que é atribuída à saúde (inferior a 5%) e pelo modelo de financiamento utilizado. Todos temos a obrigação de manter, respeitar e dignificar o SNS. A começar por quem tem o poder final de decisão.



# Mapa de vagas do Concurso IM2013B

Divulgamos em seguida a carta que a OM dirigiu a Manuel Teixeira, Secretário de Estado da saúde a propósito do mapa de vagas do Concurso IM2013B.

«Exm<sup>o</sup> Senhor Secretário de Estado,

A Ordem dos Médicos manifesta a sua preocupação relativamente à publicação do mapa de vagas do Concurso IM2013B. Como é sabido no aviso de abertura do IM2013B não foi publicado o Mapa de Vagas, tal como previsto no Regulamento do Internato Médico. Esta situação causou naturalmente muito desconforto nos candidatos a este concurso, que na data da Prova Nacional de Seriação (PNS) não sabiam ainda para que vagas estavam a concorrer.

De referir que antes mesmo do aviso de abertura ser tornado público, o Ministério da Saúde, através da ACSS, tinha publicado na sua página electrónica a informação de que haveria pelo menos 1 vaga por Especialidade. Ter ainda em conta que os candidatos do concurso IM2012B (do ano transacto) assistiram a uma muito significativa redução do número de vagas desse concurso, sem qualquer aviso prévio, tendo sido um corte muito forte nas suas expectativas e criado até situações dramáticas. Daí que é da mais elementar justiça que haja pelo menos uma vaga por

especialidade, para que haja de facto incentivo à meritocracia daqueles que fazem o esforço de realizar a PNS pela segunda vez, garantindo e o mínimo de igualdade de oportunidades.

Destaca-se que esta situação deve-se claramente às dificuldades na angariação de vagas para suprir o número total de candidatos ao concurso IM2012A + IM2013B, dificuldade esta já vivenciada nos últimos anos mas que, este ano, com o aumento do número de candidatos, ganha especial visibilidade.

A Ordem dos Médicos, através dos seus Colégios de Especialidade, atribuiu cerca de 1550 capacidades formativas para a elaboração dos mapas de vagas dos concursos IM2012A e IM2013B. Foi feito um esforço redobrado, mesmo nesta situação limite, para que se encontrassem capacidades formativas para todos os candidatos ao IM2012A e para um número de vagas semelhante (~90) ao ano passado para o IM2013B, tal como acordado em reunião realizada em Setembro com os responsáveis da ACSS.

Retirando as idoneidades formativas preenchidas pelos can-

didatos ao IM2012A, sobram cerca de 90 capacidades formativas hospitalares, às quais haverá que retirar as que foram preenchidas pelo contingente militar, das quais os dados não são públicos. No entanto, será seguro afirmar que dessas 1550 haverá pelo menos 60 a 70 capacidades formativas hospitalares às quais se juntarão as capacidades extra-hospitalares. Dito isto é certo que existem capacidades formativas para cerca de 90 a 100 candidatos, o que perfaz um compromisso muito aceitável na situação que vivemos e em linha com as expectativas dos candidatos.

No entanto, nem todas estas capacidades formativas neste momento a ser consideradas para os mapas de vagas por parte do Ministério da Saúde, por desacordo quanto ao orçamento disponível para pagamento aos Médicos Internos por parte das diversas Unidades de Saúde. É urgente que o Ministério da Saúde resolva rapidamente os diferendos de ordem orçamental para que todas as capacidades formativas reconhecidas pela Ordem dos Médicos sejam colocadas a concurso no mapa de vagas IM2013-B.

A não divulgação do mapa de vagas do concurso B na altura do aviso de abertura foi já uma maneira de adiar parte do problema até esta altura, altura na qual se realiza a escolha desses colegas. Porventura esperou-se assim ganhar mais tempo para esta negociação, mas não se pode deixar de parte as legítimas expectativas daqueles que, mesmo estando a trabalhar, dedicaram o último ano ao esforço de se prepararem para a PNS. Hoje, esses colegas já sabem os resultados da PNS sem saber para que vagas concorrem! Nas reuniões que teve com a ACSS, a OM insistiu para que fosse reservada pelo menos uma capacidade formativa por especialidade para o concurso IM2013B, para poder com segurança assumir o compromisso assumido, situação que sabemos não ter acontecido para todas as especialidades, infelizmente. Para além de cumprir essa garantia é fundamental garantir um mapa de vagas digno que atenda às expectativas dos concorrentes. Não se pode cair no erro de entender o Concurso B, que neste momento significa a única possibilidade de mudança de especialidade, como um concurso de menor importância. Para além do legítimo direito de vontade de mudança daqueles que não se adaptam às particularidades

de uma ou outra especialidade médica, o Concurso B representa a oportunidade daqueles que, por motivos de saúde, de vida pessoal ou familiar, não são capazes de prosseguir o seu rumo na especialidade que escolheram. É assim inaceitável que o Ministério da Saúde não tenha seguido os nossos apelos, o que nos coloca neste momento na situação de poderem existir especialidades nas quais não poderá haver vaga, por terem sido usadas todas as capacidades formativas na construção do mapa do IM2012A. A OM, através dos seus colégios de especialidade está a fazer um esforço para que se possam rever capacidades formativas em algumas dessas especialidades, no sentido de não prejudicar as expectativas dos candidatos.

O aumento exponencial do *numerus clausus* em Medicina nos últimos anos vem agora culminar no cenário a que assistimos. A carência de vagas para o internato do ano comum, a carência de vagas para o internato de formação específica e o desemprego dos jovens médicos forçados à procura de oportunidades no estrangeiro são realidades do presente. É premente que o Ministério de Saúde e o Ministério da Educação e Ciência tenham este ponto no topo das suas prioridades e

atuem no sentido de diminuir o *numerus clausus* já no próximo ano letivo, aliás como plasmado no relatório do Grupo de Trabalho para a revisão do Internato Médico. Caminha-se para o agravamento desta situação, o que forçosamente culminará na deterioração da formação médica e dos cuidados de saúde prestados aos portugueses.

De resto, e mantendo-se a política irracional dos últimos anos de ultrapassar largamente as capacidades formativas de todas as Escolas Médicas, não só diminui claramente a qualidade da

formação médica pré-graduada como ficará seriamente comprometida a formação médica pós-graduada, e aumentará realmente a possibilidade da existência de médicos indiferenciados. Não foi por isto que nos esforçamos durante todo este tempo. A qualidade da Medicina e do nosso SNS depende fortemente das novas gerações de jovens médicos.

A Ordem dos Médicos está disponível para ajudar a resolver rapidamente esta situação.

Aproveito a oportunidade para apresentar a V.Exa os melhores cumprimentos,

O Presidente

Prof. Doutor José Manuel Silva

## À volta do tempo

As 7as Jornadas de Saúde Mental decorrem nos próximos dias 7 e 8 de Março de 2013. A temática das 7as Jornadas de Saúde Mental do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho inclui debates sobre o «sofrimento do corpo», a «expressão clínica», «psicopatologia do trabalho», «cuidados continuados», etc. Para mais informações: [7jornadas.saudementalgaia@sapo.pt](mailto:7jornadas.saudementalgaia@sapo.pt) ou 227 865 100 (extensão 11150)



## Parecer da Associação Portuguesa de Bioética sobre Racionamento em Saúde

Publicamos em seguida a nota de imprensa do Conselho Nacional Executivo sobre o Parecer da Associação Portuguesa de Bioética sobre Racionamento em Saúde.

O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos (CNE) tomou conhecimento do parecer da Associação Portuguesa de Bioética (APB) sobre Racionamento em Saúde, elaborado a propósito do parecer 64/2012 do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV).

O documento produzido pela APB e apresentado publicamente pelo seu Presidente, Prof. Doutor Rui Nunes, em 10 de Dezembro, consubstancia uma posição equilibrada, informada e com verdadeiras preocupações éticas e sociais, a que a Ordem dos Médicos não podia ficar indiferente.

De facto, a defesa da verdadeira equidade no acesso aos cuidados de saúde em todas as instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o combate eficaz e coerente ao desperdício, com base em mais organização e eficiência máxima das unidades de saúde, são absolutamente

essenciais para que se considere a possibilidade de discutir na sociedade, de forma aberta e abrangente, a questão das prioridades éticas com base em critérios de legitimidade e justiça.

A discussão deve ser centrada precisamente em prioridades éticas em saúde, como sugere a APB, e nunca em racionamento administrativo sugerido pelo parecer emitido pelo CNECV.

De resto, a proposta de adoção do utilitarismo no acesso aos cuidados de saúde sugerida pelo parecer do CNECV, a propósito da discriminação com base na idade, é contrária aos princípios fundamentais plasmados nos direitos humanos, que têm como base a igual dignidade de todos os seres humanos, em acordo com o igualitarismo sueco, por exemplo.

O CNE, reunido a 21 de Dezembro de 2012, manifesta

formalmente a sua concordância genérica com o teor do parecer emitido pela APB, que não só reforça a posição que a Ordem dos Médicos tem sustentado sobre esta matéria, em defesa da dignidade da pessoa humana e no respeito pela irrepetível individualidade de cada doente, como condensa de forma objetiva e fundamentada o seu enquadramento ético e social.

Finalmente, o CNE subscreve na generalidade as recomendações apontadas pela APB, com particular ênfase para a inaplicabilidade e inadmissibilidade das recomendações do parecer 64/2012 do CNECV.

O CNE da Ordem dos Médicos  
Lisboa, 21 de Dezembro de 2012

Nota da redacção:

Publicamos nas páginas seguintes o parecer de APB.



## Parecer da APB sobre Racionamento em Saúde

Publicamos em seguida, pela sua relevância, o parecer da Associação Portuguesa de Bioética sobre racionamento em saúde, datado de 24 de Novembro de 2012.

Racionamento em Saúde

Relator: Rui Nunes

### INTRODUÇÃO

O direito à proteção da saúde é, hoje, considerado como uma conquista civilizacional, o que implica que a salvaguarda deste direito é uma responsabilidade da sociedade e das suas instituições democráticas. Tal como noutros países ocidentais, a existência em Portugal de um sistema público de proteção da saúde enquadra-se nesta dinâmica, sendo um fator decisivo para a melhoria sustentada dos indicadores de saúde da nossa população. Este sistema, de caráter universal, dependeu não apenas de um forte investimento financeiro ao longo dos últimos anos mas, também, de um elevado nível de desempenho profissional de que as carreiras médicas são um bom exemplo. Mais do que um direito constitucional, a proteção da saúde deve ser considerada como um dos grandes pilares de uma sociedade democrática e plural<sup>1</sup>. Porém, e não obstante o contributo fundamental do Serviço

Nacional de Saúde (SNS) para a melhoria dos indicadores de saúde dos portugueses, a sua sustentabilidade económica e financeira tem sido questionada e os governantes tentam dirimir este conflito – entre a necessidade de providenciar um bem social, como a saúde, e melhorar a eficiência numa perspectiva económica – tentando a convergência de dois fatores aparentemente irreconciliáveis: a equidade no acesso e a otimização da utilização dos recursos disponíveis. Está em causa a necessidade de se promover a eficiência através da adequada gestão dos recursos financeiros e dos meios humanos e materiais.

Porém, não restam dúvidas de que face à evolução demográfica dos países ocidentais torna-se difícil a incorporação imediata de algumas tecnologias inovadoras (medicamentos, dispositivos médicos, etc.) nos sistemas de saúde ocidentais surgindo progressivamente o debate em torno da necessidade de se estabelecerem prioridades éticas na saúde<sup>2</sup>. Este é um problema transversal a todas

as sociedades democráticas onde o direito à saúde é legalmente protegido existindo diversos modelos possíveis para a sua concretização<sup>3</sup>. Mas em todos estes países, nomeadamente a Holanda, a Dinamarca, a Suécia, o Canadá, o Reino Unido, ou a Austrália, a priorização ética na saúde implicou um esforço prévio de racionalização de recursos de modo a que o desperdício seja mínimo e, portanto, seja justo e adequado efetuar este tipo de escolhas<sup>4</sup>.

Assim, consciente de que o estabelecimento de prioridades éticas na saúde é um debate que deve ser concretizado com a maior abrangência e serenidade possíveis, a Associação Portuguesa de Bioética decidiu emitir este parecer na tentativa de contribuir para a clarificação desta problemática na sociedade portuguesa.

### ENQUADRAMENTO ÉTICO-SOCIAL

Em Portugal, e não obstante esta temática ser já debatida ao longo da última década em diferentes meios académicos

e profissionais, assistiu-se a uma controvérsia ímpar na nossa sociedade fruto de um pedido de parecer do Ministro da Saúde ao Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (64/CNECV/2012 – *Parecer sobre um Modelo de Deliberação para Financiamento do Custo dos Medicamentos*) com vista (presume-se) à formulação de políticas públicas em matéria de racionamento na saúde.

Ao abordar esta temática deve ter-se em atenção não apenas as especiais circunstâncias sociais e económicas que o país atravessa, nomeadamente a quebra acentuada do rendimento médio familiar, bem como os níveis de ineficiência no setor da saúde que continuam ainda acima do que é socialmente aceitável, gerando importantes custos de oportunidade. A primeira das prioridades deve ser, então, melhorar os níveis de eficiência existentes, combater o desperdício, otimizando os recursos disponíveis<sup>5</sup>. Recorde-se que o financiamento do Serviço Nacional de Saúde repousa essencialmente nos impostos (diretos e indiretos). E que sendo esta a modalidade de justiça social adotada, o financiamento do SNS está indexado, em grande medida, ao rendimento dos cidadãos estando estes no limite da sua capacidade de financiamento da saúde (e de outras prestações sociais).

Ainda assim, e sendo desde já questionável a oportunidade da introdução do debate público do racionamento na saúde face aos graves constrangimentos económicos da maioria da população, entendeu o Ministério da Saúde iniciar este debate junto da sociedade portuguesa. O estabelecimento de prioridades

na saúde<sup>6</sup> – para ser considerado justo e equitativo – deve cumprir obrigatoriamente dois critérios sob pena de ser apenas uma forma administrativa de racionamento de bens essenciais<sup>7</sup>: legitimidade<sup>8</sup> e justiça<sup>9</sup>.

#### A) LEGITIMIDADE

Em democracia a fonte de legitimidade (substantiva e não meramente formal) pode advir de duas vias diferentes. Em primeiro lugar da vontade popular expressa através do voto no quadro de propostas claras e inequívocas que sejam sufragadas em atos eleitorais específicos. Em matéria de priorização ética na saúde esta não é a solução mais utilizada desde logo porque reflete apenas a vontade da maioria em detrimento de opiniões e perspetivas das minorias que, pelas regras da democracia representativa, têm mais dificuldade em fazer ouvir a sua voz.

Uma fonte alternativa de legitimidade, seguida aliás na maioria dos países que se debruçaram sobre o estabelecimento de prioridades na saúde, advém do envolvimento ativo e participado da sociedade e dos diferentes atores sociais (*empowerment*). Esta participação da sociedade nos desígnios coletivos implica, para ser legítima, uma ampla base de sustentação, para que a ausência do voto dos cidadãos possa ser colmatada por uma representação adequada, alargada e transparente<sup>10</sup>.

Em última análise, está em causa uma verdadeira justiça processual: procedimentos justos, transparentes e sob o olhar atento da sociedade. O conceito de *public accountability*<sup>11</sup> inscreve-se nesta dinâmica, isto é, na

1- Daniels N: Is there a right to health care and, if so, what does it encompass? A Companion to Bioethics, Blackwell Companions to Philosophy, Helga Kuhse and Peter Singer (Editors), Blackwell Publishers, Oxford, 1998.

2- Nunes R, Rego G: Prioridades na Saúde, McGraw-Hill, Lisboa, 2002.

3- Choices in health care. A Report by the Government Committee on Choices in Health Care, the Netherlands, 1992.

4- Wall A, Owen B: Health policy. Gildredge Social Policy, The Gildredge Press, Eastbourne, 1999. Ver também Leathard A: Health care provision. Past, present and into the 21st century. Stanley Thorne, Cheltenham, 2000, 2nd Edition.

5- Antunes M: A doença da saúde. Serviço Nacional de Saúde: ineficiência e desperdício. Quetzal Editores. Lisboa, 2000.

6- Rego G, Brandão C, Melo H, Nunes R: Distributive justice and the introduction of generic medicines. Health Care Analysis 10; 2002: 221-229.

7- Precisamente a diferença entre o estabelecimento de prioridades éticas na saúde e “racionamento” é a presença ou ausência de legitimidade e justiça no quadro dos valores mais representativos da nossa sociedade. Nomeadamente aqueles que estão plasmados na Constituição da República.

8- Daniels N, Light D, Caplan R: Benchmarks of fairness for health care reform. New York, Oxford University Press, 1996. Ver também Mullen P, Spurgeon P: Priority setting and the public. Radcliffe Medical Press, Abingdon, 2000.

9- Daniels N: Just health care. Studies in Philosophy and Health Policy. New York: Cambridge University Press, 1985. Ver também Daniels N, Sabin J: Setting limits fairly. Oxford University Press, New York, 2002.

10- Wiseman V, Mooney G, Berry G, Tang K: Involving the general public in priority setting: experiences from Australia. Social Science & Medicine 56; 2003: 1001-1012.

11- Nunes R, Brandão C, Rego G: Public accountability and sunshine healthcare regulation, Health Care Analysis 19 (4); 2011: 352-364. Ver também Daniels N, Sabin J. The ethics of accountability in managed care reform. Health Affairs 17 (5); 1998: 50-65.

12- Nunes R, Rego G, Brandão C: The rise of independent regulation in health care, *Health Care Analysis* 15 (3); 2007: 169-177, e também Nunes R, Rego G, Brandão C: Healthcare regulation as a tool for public accountability, *Medicine, Healthcare and Philosophy* 12; 2009: 257-264.

13- Sobre deliberação democrática ver Solomon S, Abelson A: Why and when should we use public deliberation, *Hastings Center Report* 424 (2), 2012: 27-29, e também Syrett K: NICE and judicial review: Enforcing "accountability for reasonableness" through the courts? *Medical Law Review* 16 (1); 2008: 127-140.

14- <http://www.bioetica.org.br/>

15- A título de exemplo refere o Parecer 64/CNECV/2012 "Assim, pensamos incluir mais um ponto que deverá ser objeto de escrutínio ético: 6) Analisar cuidadosamente as questões de justiça distributiva referentes às diferentes faixas etárias, incluindo: (...) a avaliação dos cuidados disponíveis para tratar quem se encontra em fase de final de vida e em fase terminal".

16- Daniels N, Sabin J: Limits to health care: Fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem of insurers. *Philosophy & Public Affairs* 26 (4); 1997: 303-350.

17- Nunes R: Evidence-Based Medicine: a new tool for resource allocation? *Medicine, Health Care and Philosophy* 6 (3); 2003: 297-301.

18- Atente-se a esta passagem do Parecer 64/CNECV/2012: "A fase clínico-administrativa deverá envolver o grupo da primeira fase e agora (...) reunir com as administrações hospitalares. Estes, perante a análise benefício/custo, poderão alterar, ou não, a ordenação dos fármacos a disponibilizar em contexto hospitalar para determinada patologia".

19- De facto, o Parecer 64/CNECV/2012 sugere "a avaliação da permissibilidade de racionamento por idade".

20- Artigo 13.º, Princípio da igualdade: 1. Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei. Artigo 64.º, Saúde: 1. Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. 2. O direito à proteção da saúde é realizado: a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito.

21- A avaliação tecnológica em saúde pode ser definida como a multidisciplinary process that summarises information about the medical, social, economic and ethical issues related to the use of a health technology in a systematic, transparent, unbiased, robust manner. Inclui a avaliação de dispositivos médicos bem como a definição de critérios para a sua reutilização. Ver Garrido M, Kristensen F, Nielsen C, Busse R: Health technology assessment and health policy-making in Europe. Current status, challenges and potential. *Observatory Studies Series* 14, 2008.

22- Nunes R: *Regulação da Saúde, Vida Económica*, Porto, 2009, 2ª edição.

necessidade de se prestar contas dos procedimentos utilizados e dos fundamentos das decisões<sup>12</sup>. A justiça processual, enquanto denominador comum à maioria das vertentes da justiça distributiva, pode não ser a melhor, mas a única solução numa sociedade onde os cidadãos se encontram com distintas mundividências e onde não existe uma visão unânime do bem comum.

Em síntese, é essencial que os fundamentos e o *rational* das decisões de priorização tenham uma ampla participação de todos aqueles que possam ser implicados nestas decisões. Assim, para ser legítimo, ou seja para que não se trate de simples racionamento mas sim do estabelecimento de prioridades éticas na saúde, devem encontrar-se as soluções adequadas para alcançar a legitimidade deste tipo de decisão<sup>13</sup>. Desde logo tendo como referencial outros países que implementaram já soluções desta natureza. Ou seja para que exista uma sintonia substancial entre as decisões políticas e a vontade dos cidadãos.

## B) JUSTIÇA

Nas democracias plurais, a legitimidade é condição necessária mas não suficiente para um processo desta natureza ser ética e socialmente justificável. De facto, o pilar das sociedades modernas e desenvolvidas é considerar-se que todas as pessoas têm igual dignidade e devem poder gozar de um conjunto alargado de direitos básicos, inalienáveis e inderrogáveis. Esta igualdade fundamental entre todos os seres humanos foi a base da edificação da doutrina dos direitos humanos e é, de facto, o mais importante agente unificador da

humanidade à escala global.

Pelo que ainda que se entenda que alguns critérios utilitaristas possam estar subjacentes às políticas sociais da atualidade, não é eticamente admissível uma mudança radical de paradigma no referente ao exercício do direito à proteção da saúde. Uma crítica recorrente a esta tese é a de que o utilitarismo permite intervenções discricionárias, isto é, a discriminação de grupos de pessoas, tais como os deficientes, as minorias culturais ou os idosos, colocando em causa, nomeadamente, o princípio da solidariedade intergeracional. Permitindo assim práticas discriminatórias inaceitáveis em qualquer democracia plural. De facto, o utilitarismo tem sido sistematicamente rejeitado em Portugal. A título de exemplo o Prof. Daniel Serrão, em entrevista ao Centro de Bioética do CREMESP, refere "*Quer dizer que a sociedade é assim, uns pagam pelos outros? Se não somos utilitaristas, somos personalistas, olhamos assim: isto é uma estrutura humana, e eu respeito a vida humana em todas as suas manifestações. Portanto, não devo destruí-la*"<sup>14</sup>.

Em nossa opinião, o aludido parecer do CNECV sobre o racionamento em saúde evoca pelo menos três situações de potencial injustiça e iniquidade:

## INJUSTIÇA SOCIAL:

O estabelecimento de prioridades na saúde para ser eticamente aceitável pressupõe que situações mais graves tenham prioridade sobre situações menos graves (a triagem de Manchester é um bom exemplo). O oposto do sugerido pelo Parecer 64/CNECV/2012 que legitima o racionamento de medicamentos em doentes com cancro, SIDA e



doenças crónicas graves<sup>15</sup>, mas nada diz sobre intervenções que não correspondem a verdadeiras necessidades em saúde (mas simples preferências como defende aliás Norman Daniels<sup>16</sup>), tal como a cirurgia plástica meramente estética, medicamentos sem evidência clínica de efetividade comprovada<sup>17</sup> ou intervenções de simples melhoramento;

#### **INIQUIDADE RELATIVA:**

O conteúdo substantivo do parecer não exclui a possibilidade de diferentes hospitais poderem implementar diferentes políticas e em diferentes pontos do país<sup>18</sup>. Aliás o que já se verifica em Portugal como o próprio parecer refere. A priorização ética da saúde, ao contrário do racionamento administrativo, pressupõe a obtenção de níveis máximos de eficiência no sistema de saúde (o que não se verifica no SNS) sem comprometer a equidade horizontal e vertical. Em suma, todos os cidadãos devem ter acesso ao mesmo tipo de provisão pública de cuidados de saúde independentemente do ponto do país em que se encontrem e do hospital público a que tenham acesso;

#### **DISCRIMINAÇÃO E ESTIGMATIZAÇÃO:**

O Parecer 64/CNECV/2012 abre a porta à discussão da possibilidade da discriminação com base na idade. A mudança de paradigma proposta – mudança que preconiza a adoção do

utilitarismo como doutrina base no acesso à saúde – permite a limitação do fornecimento de cuidados de saúde apenas com base neste critério<sup>19</sup>. Para além de ser eticamente inaceitável a limitação de cuidados de saúde a uma pessoa apenas pelo facto de se ser idoso (sendo aliás impossível determinar com clareza a linha a partir da qual se é idoso), o utilitarismo na saúde permite em abstrato qualquer tipo de discriminação sendo que a idade é apenas uma das suas formas possíveis. E isso é contrário à doutrina da igual dignidade de todas as pessoas.

Em síntese as inferências do Parecer 64/CNECV/2012 evocam reservas do ponto de vista ético não sendo adequado a sua implementação sem uma ampla discussão pública sobre as suas principais aplicações. Para além de, salvo melhor opinião, o conteúdo do parecer estar em desacordo com o art.º 64 e o art.º 13 da Constituição da República Portuguesa<sup>20</sup>.

#### **RECOMENDAÇÕES**

Assim, e face ao exposto, a Associação Portuguesa de Bioética recomenda:

- a) Que o Ministério da Saúde suspenda a aplicação das recomendações do Parecer 64/CNECV/2012 dado que algumas das inferências – nomeadamente o racionamento com base na idade – são eticamente questionáveis e de constitucionalidade duvidosa;
- b) Que a Assembleia da República proceda à nomeação de uma

comissão plural e independente, que seja o reflexo dos diferentes quadrantes da sociedade e que inclua necessariamente os diferentes grupos profissionais, associações representativas dos doentes, os distintos operadores da saúde e outras forças vivas, incluindo as diferentes forças políticas com representação parlamentar, de modo a ser possível efetuar um debate sereno e participado sobre a problemática do estabelecimento de prioridades na saúde, garantindo o exercício da igualdade de acesso e impedindo práticas discricionárias e arbitrárias por parte dos hospitais públicos portugueses;

- c) Que seja aprofundada a implementação da avaliação tecnológica em saúde por parte das autoridades de saúde competentes<sup>21</sup>, em estreita articulação com a Ordem dos Médicos, sendo mesmo de considerar a possibilidade da sua implementação em moldes semelhantes à metodologia utilizada pelo NICE (*National Institute for Health and Clinical Excellence*)<sup>22</sup>, para que o estabelecimento de prioridades na saúde se concretize de acordo com os valores e referências da sociedade portuguesa.

24 de Novembro de 2012

## Parecer do CNEDMOM sobre o parecer 64 do CNECV

Divulgamos em seguida o parecer do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas da Ordem dos Médicos (CNEDMOM) sobre o Parecer 64/CNECV/2012 acerca do modelo de deliberação para financiamento dos medicamentos.

«Recebeu o Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médica da Ordem dos Médicos (CNEDMOM) um pedido de parecer solicitado pelo Conselho Nacional Executivo sobre o Parecer 64/CNECV/2012 Acerca do modelo de deliberação para financiamento dos medicamentos.

1 – O parecer do CNECV está bem redigido, é equilibrado, evita a controvérsia estéril, em suma, é um bom documento convocando à reflexão ética.

2 – De sempre, particularmente na atualidade, a reflexão inserida no documento, envolvendo mas não se esgotando nos conceitos de racionamento de recursos em saúde e na racionalização da sua distribuição, é indispensável. Vivemos, há muitos anos, num ambiente em que esse mesmo racionamento decorre diariamente de forma clandestina, escamoteada, sem conhecimento ou consentimento da comunidade que servimos; sem normas de orientação, sujeito correntemente a estritos

critérios financeiros e ignorando frequentemente princípios de equidade e de justiça distributiva; quantas vezes, decidido arbitrariamente quer pelas autoridades de saúde, quer pelos prestadores de saúde, que, sem suporte científico e ético, supostamente maximizam o benefício da comunidade em detrimento do doente individual. 3 - Visando propor um modelo de deliberação de financiamento do custo dos medicamentos, não deveria este documento ter sido justificado na apreciação do financiamento de três grupos de medicamentos para doentes específicos: antirretrovirais para doentes VIH+, “oncológicos” e “biológicos para doentes com artrite reumatoide”. Antes, deveria assumir-se inequivocamente, e apesar da solicitação ministerial expandida, como proposta universal para modulação estatal do financiamento de medicamentos. 4 – Porventura discutível é o seu *timing*. Já em falta há muito tempo, surge agora por encomenda expressa das

autoridades de saúde, ditado prioritariamente por constrangimentos económicos que suscitam inadiáveis cortes na despesa. Esta pressão é um mau conselheiro para a reflexão serena deste tema e para a sua divulgação junto da sociedade.

5 – Deve o Parecer 64/CNECV ser considerado fundamentalmente como um documento de reflexão ética sobre um problema a um tempo real e acutilante, apontando estratégia de ação, mas não dispensando aturada reflexão individual e institucional na demanda de claros caminhos com consequências práticas para o nosso dia-a-dia de decisores clínicos.

Com efeito, conclusões como:

“9. O CNECV não deixa de enfatizar que há também, seguramente, muito a fazer para conter despesas com fármacos de duvidosa eficácia, os quais, deverão ser reavaliados regularmente na sua efetividade e respetivos gastos pelo Estado” - Vamos abater cerca de 70% dos medicamentos inscritos no Simpósio Terapêutico

efectivamente sem prova de eficácia? Ou só os que são caros? “10. Nos fármacos compartilhados pelo SNS, o CNECV considera premente reavaliar gastos correntes em termos de custo-oportunidade e custo-efetividade, com possíveis substituições, desinvestimentos ou suspensões. Com efeito, o debate não pode restringir-se à contenção de custos adicionais, mas à melhor utilização dos recursos já existentes e ao combate contra o desperdício e ineficiência na Saúde” - Há limites quantitativos do custo-oportunidade, ou do custo-efetividade que recomendem a eliminação de uma opção terapêutica? Estes ratios serão calculados na perspectiva do utente, do SNS, ou da sociedade? Os resultados poderão ser muito diferentes. Deixam em aberto interrogações para as quais urge adequar respostas eticamente aceitáveis.

“11. O CNECV considera importante enfatizar a redução dos custos de prestação em áreas como intervenções e meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica, se mal justificadas elou desnecessárias. Estas devem ser objeto de criteriosa reflexão, sendo necessário estabelecer modelos éticos para fundamentar as decisões” - Deveria ter sido

clarificado o que são meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica mal justificados e/ou desnecessários! Na verdade, será difícil atribuir a NOC's a responsabilidade da fundamentação das decisões, o que sempre deverá estar nas mãos dos clínicos! Por tal, não seria preferível instigar fortemente a indispensável reflexão ética na observância de uma ética distributiva a que cada médico deve atender na fase construtiva da sua decisão?

“12. Em qualquer caso, o CNECV tem como essencial que tudo o que se faça não pode de modo algum pôr em causa a relação de confiança e de aliança terapêutica entre os doentes e os profissionais de saúde” - Neste ponto, já temos a prova de que vamos no bom caminho!

6. No ponto 6 do capítulo “D. Conclusões”, deveria ter sido mais abrangente a recomendação de uma bem cuidada preparação ética nos cursos de saúde, já que em cursos como por exemplo Direito, Gestão ou mesmo Administração Hospitalar, podendo não ser explicitamente cursos de saúde, assim se poderão excluir desta incontornável obrigatoriedade pedagógica, com reflexos preocupantes quando

não devidamente considerados no plano curricular de futuros agentes no terreno da saúde.

7 – Em resumo, trata-se de um documento bem elucidativo, versando sobre um tópico relevante, inócuo, eticamente pouco controverso, que recoloca em cima da mesa uma instantânea necessidade de preparar eticamente os nossos estudantes de medicina e reavivar aos profissionais a grada atenção sobre questões de um exercício profissional que, hoje, de modo particular, exige essa específica preparação em bioética. Bioética que extravasa o mero patamar da relação de empatia e confiança que entre doente e médico se há-de estabelecer, alcançando patamares de intervenção que atendam a uma justiça distributiva que a cada profissional compete respeitar com denodo.

Coimbra, 23 de novembro de 2012

O Coordenador do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas da Ordem dos Médicos, Prof. Doutor Filipe Almeida»

## Nova Cédula Profissional

Com vista a esclarecer todas as dúvidas que têm sido manifestadas pelos Médicos, a OM publicou no site nacional mais respostas às questões colocadas sobre o processo de renovação da Cédula Profissional, que principiou no início de Outubro de 2012. Recorda-se que já foram publicados anteriores esclarecimentos nos meios de comunicação interna da OM, portais, revistas e emails, pelos que os actuais vêm acrescentar informação complementar. Caso persistam algumas dúvidas, continuamos inteiramente disponíveis e empenhados em que todas as questões sejam cabal e transparentemente elucidadas. O acesso a estas informações é fácil: os documentos estão em destaque na home page do portal ([www.ordemdosmedicos.pt](http://www.ordemdosmedicos.pt)) ou, em caso de dificuldade, basta escrever na pesquisa do site «renovação da cédula profissional» que surge de imediato a informação completa com a resposta às perguntas frequentes sobre a nova Cédula Profissional da OM.

## Declarações do Presidente do CNECV de 24 de Dezembro de 2012

Divulgamos a nota de imprensa do Conselho Nacional Executivo da OM sobre as declarações do Presidente do CNECV de 24 de Dezembro de 2012 a propósito do parecer do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médica da Ordem dos Médicos (CNEDM).

O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos (CNE) tomou conhecimento das declarações proferidas pelo Presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) em 24 de Dezembro, a propósito do parecer do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médica da Ordem dos Médicos (CNEDM).

O Presidente do CNECV afirmou na RTP que **“o Bastonário da Ordem dos Médicos consegue durante mais de um mês censurar e não divulgar este documento, o que é gravíssimo”** e “Obviamente o Bastonário fica a falar sozinho e devia retirar as consequências, porque neste momento é óbvio que há imensas e insanáveis divisões no interior da Ordem dos Médicos, e verifica-se que o Bastonário de facto, não tem legitimidade para dizer todos os disparates que tem dito.”

Estas afirmações não dignificam quem as faz nem a estrutura que representa. E não dignificam porque são FALSAS e mancham publicamente o bom nome da

Ordem dos Médicos e do seu Bastonário e, portanto, de todos os médicos.

É completamente inaceitável que um Presidente de um Conselho de Ética minta na praça pública. Desacredita o seu CNECV e coloca em causa a sua idoneidade ética e como cidadão. Que confiança pode merecer agora o Presidente do CNECV?

Factos a saber:

. Em 30 de Outubro foi pedido pelo CNE ao CNEDM para elaborar o seu parecer sobre as questões consideradas polémicas levantadas pelo parecer do CNECV;

. Em 23 de Novembro reuniu em Coimbra o CNEDM;

. Em 11 de Dezembro foi enviado por carta o parecer do CNEDM para os serviços administrativos do Bastonário/CNE;

. **Em 17 de Dezembro (à noite) o referido parecer chegou ao Bastonário;**

. **Em 21 de Dezembro, em reunião do CNE em Lisboa, o Bastonário entregou o referido parecer a todos os membros do CNE.** Nessa

mesma reunião o CNE decidiu manter sob reserva o referido texto, uma vez que o mesmo não respondia concretamente às questões polémicas suscitadas pelo parecer 64/2012 do CNECV cujo esclarecimento se solicitara. Por esse mesmo motivo, o texto disponibilizado não foi considerado um documento definitivo, mas tão só um texto meramente preliminar e, como tal, não passível de ser homologado antes de completado.

Vimos desta forma exigir publicamente ao Presidente do CNECV a sua retratação pública sobre esta matéria, em defesa da dignidade dos médicos e do nosso Bastonário.

O CNE tem nos seus arquivos (disponíveis a todos os médicos) os documentos que confirmam o conteúdo desta nota informativa.

Os Presidentes dos Conselhos Regionais do Sul, do Centro e do Norte,

Pereira Coelho, Fernando Gomes e Miguel Guimarães

Portugal, 28 de Dezembro de 2012





## Notícias relativas a documento inacabado e interno da OM

Divulgamos a nota de imprensa que a Ordem dos Médicos elaborou na sequência de notícias surgidas na comunicação social no dia 24 de Dezembro relativas a um documento inacabado e interno desta instituição.

A Posição da Ordem dos Médicos sobre o parecer 64 do CNECV, relativo ao racionamento em Saúde, foi estabelecida por unanimidade em reunião do Conselho Nacional Executivo (CNE), por todos os seus dez Conselheiros.

A posição oficial e formal da Ordem dos Médicos é, por conseguinte, de rejeição do parecer 64 do CNECV. A Ordem dos Médicos recorda que foi inequívoca a reprovação do parecer 64 do CNECV de forma alargada pela Sociedade e pelos Doentes.

Mesmo contra a vontade de alguns, a Ordem dos Médicos continuará sempre a defender o direito dos doentes terem acesso a todos os cuidados de saúde de que necessitem.

Sublinha-se que, na sua reunião do dia 21/12/2012, o CNE decidiu manifestar a sua concordância genérica com o teor do parecer emitido pela Associação Portuguesa de Bioética (APB), recentemente apresentado, profundamente crítico do parecer 64 do CNECV, que não só reforça

a posição que a Ordem dos Médicos tem sustentado sobre esta matéria, em defesa da dignidade da pessoa humana e no respeito pela irrepetível individualidade de cada doente, como condensa de forma objetiva e fundamentada o seu enquadramento ético e social. O CNE subscreve na generalidade as recomendações apontadas pela APB, com particular ênfase para a inaplicabilidade e inadmissibilidade das recomendações do parecer 64/2012 do CNECV.

Foi prematuramente divulgado na comunicação social um curto e singelo documento interno, não homologado e não suficientemente discutido, do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médica (CNEDM) da Ordem dos Médicos, sobre o parecer 64 do CNECV.

Estranhamente, o parecer do CNEDM, não reflecte sobre algumas questões éticas da máxima importância, pelo que foi solicitado ao Conselho que o fizesse e integrasse essas reflexões no documento em

análise, tais como:

1- O CNEDM não faz qualquer menção à proposta de racionamento por idade que consta do parecer 64 do CNECV. Considera-o ético?

Mais paradoxal, inacreditável e cru se torna este “racionamento por idade” sabendo-se que 2012 foi considerado como o Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre Gerações! Racionar por idade é primariamente anti-ético e viola grosseiramente o Código Deontológico (CD) da Ordem dos Médicos (artº 6º do CD).

Quem aceita a discriminação por idade também está disponível para aceitar outras formas de discriminação! Discriminar por idade representa um trágico retrocesso civilizacional de laivos nazistas.

2- O CNEDM não faz qualquer alusão ao facto da decisão última sobre o racionamento, sem qualquer recurso, ser da exclusiva responsabilidade da administração, em todas as situações de desacordo, o que relega para segundo plano

e torna irrelevantes todas as eventuais discussões prévias. Será o Governo que vai decidir questões éticas, do ponto de vista meramente administrativo? Passaremos a estar sob a égide da “ética financeira” governativa? É preciso recordar que aceitar o racionamento nas mãos do Estado implicaria aceitar não tratar doentes de acordo com o Estado da Arte Médica, o que constitui uma indisputável violação do Código Deontológico da Ordem dos Médicos (nomeadamente do nº 2 do artº 3º do CD). Além disso, o parecer sujeita as Normas de Orientação Clínica,

elaboradas pela Direcção Geral da Saúde e pela Ordem dos Médicos, às decisões arbitrárias das “administrações hospitalares” que passariam a poder alterá-las, o que é totalmente inaceitável (violando o artº 3º do CD).

3- Ao contrário da Associação Médica Mundial, o CNEDM não faz qualquer consideração sobre o dever Ético de exigir recursos suficientes para tratar os doentes, nomeadamente num país que ainda não combateu muitas áreas de desperdício, de corrupção e de interesses pouco éticos. Será Ético aceitar

passivamente o orçamento da Saúde sem o questionar?

O Parecer do CNECV “desconhece por completo a dimensão constitucional do direito à saúde” e “cede à mensagem subliminar de que pode haver uma ética na saúde a partir dos interesses dos nossos credores”, segundo Fernanda Palma, Professora Catedrática de Direito Penal.

Ordem dos Médicos  
Coimbra, 24 de Dezembro de 2012

## Pedido de retratação pública

Publicamos em seguida a carta, datada de dia 5 de Janeiro, a qual foi dirigida a Miguel Oliveira da Silva, presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, pelos presidentes das três secções regionais da OM solicitando uma retratação pública relativamente a afirmações falsas do representante do CNECV.

«Senhor Prof. Doutor Miguel Oliveira da Silva,

O Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos (CNE) tomou conhecimento das declarações proferidas pelo Presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) em 24 de Dezembro, a propósito do parecer do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médica da Ordem dos Médicos (CNEDM).

As suas afirmações de que “o Bastonário da Ordem dos Médicos consegue durante mais de um mês censurar e não divulgar este documento, o que é gravíssimo” não dignificam quem as faz nem a estrutura que representa. E não dignificam porque são FALSAS e mancham publicamente o bom nome da Ordem dos Médicos e do seu Bastonário e, consequentemente, de todos os médicos.

Em 30 de Outubro foi pedido pelo CNE ao CNEDM para elaborar o seu parecer sobre as questões consideradas polémicas levantadas pelo parecer 64/2012 do CNECV. Em 23 de Novembro reuniu em Coimbra o CNEDM. Em 11 de Dezembro foi enviado por carta o parecer do CNEDM para os serviços administrativos do Bastonário/CNE. Em 17 de Dezembro o referido parecer chegou ao Bastonário. Em 21 de Dezembro, em reunião do CNE em Lisboa, o Bastonário entregou o referido parecer a todos os membros do CNE.

Face a estes factos conhecidos e comprovados, vimos desta forma exigir a sua retratação pública. Os Presidentes dos Conselhos Regionais do Sul, do Centro e do Norte.



## Carta ao coordenador do CNEDMOM

Publicamos em seguida a carta que o presidente da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, dirigiu a Filipe Almeida, coordenador do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas da Ordem dos Médicos (CNEDMOM).

«Exm<sup>o</sup> Colega,

Recebi o seu email de 27/12/2012, que agradeço. Antes de responder decidi dedicar-lhe alguns dias de reflexão e deixar passar o período de Festas, que também convida a uma meditação mais tranquila e profunda sobre os valores da Vida e da Humanidade.

A carta que teve a amabilidade de me enviar logo no dia 2 de Janeiro de 2013 repete, no essencial, o conteúdo do email, pelo que respondo nesta oportunidade ao conjunto das duas comunicações que recebi de V. Exa.

1. Lamento visceralmente os acontecimentos originados pela divulgação abusiva e intempestiva de um documento interno da Ordem dos Médicos e pelas mentiras deliberadas e inopinados comentários produzidos acerca do mesmo pelo Presidente do CNECV.

2. Esta matéria foi levada para discussão pública por alguém que, comprovadamente, tem da Ética e dos Direitos Humanos um conceito radicalmente diferente do meu.

3. Não me associo àqueles que, analisando a temporização do mesmo, consideram ter sido implementado um processo metodicamente preparado para desencadear a polémica pública ocorrida.

4. Lastimo que o coordenador do CNEDM não tenha uma palavra explícita para se dissociar e verberar o comportamento do Presidente do CNECV.

5. Procurei evitar ao máximo a intervenção na comunicação social, conforme o demonstram as minhas parcas declarações ao JN, na véspera do dia 24.

6. No dia 24, já um dia de Família, que dedicava aos meus filhos, nem sequer estava a ouvir quaisquer notícias nem a responder aos números de telefone da comunicação social, mas fui compelido a dar atenção ao problema quando comecei a receber inúmeros contactos de Colegas preocupados com a ausência de qualquer resposta da minha parte ao impressionante teor acusatório e às múltiplas intervenções do Presidente do CNECV.

7. Fui obrigado a reagir de imediato, procurando desvalorizar as circunstâncias e a polémica, o que deu origem à nota de imprensa que lhe enviei e que também visou evitar mais declarações à imprensa, o que se revelou absolutamente impossível, face aos insistentes contactos.

8. Segundo os Estatutos da Ordem dos Médicos e sem qualquer

desprimor, todos os Conselhos Nacionais são órgãos consultivos, sem poder deliberativo atribuído, pelo que os respectivos pareceres podem ser sujeitos, como é hábito, a discussão e votação no CNE ou no Plenário, para que se transformem em posições oficiais da Ordem dos Médicos. Como deverá ser com qualquer órgão consultivo de qualquer instituição.

9. A discussão inter pares, com dignidade, humildade e espírito democrático, é benéfica para a Ordem dos Médicos e já conduziu à alteração de alguns pareceres ou posições da Ordem, nomeadamente como resultado das opiniões do CNEDM. O sentido inverso não é menos digno ou menos aceitável, no respeito pela indeclinável independência de opiniões e competências de cada órgão, até porque a verdade absoluta é uma verdade divina.

10. Se os elementos do CNE se demitissem sempre que a sua razão não prevalece, já não teríamos nem Bastonário, nem CNE. A Democracia ensina a respeitar as decisões da maioria, de acordo com a legislação enquadradora.

11. Por conseguinte, e porque o CNEDM tem desenvolvido um trabalho de Qualidade e sentido Ético, não aceito o pedido de

demissão de V. Exa. e continuarei a contar com a sua valiosa colaboração.

12. Aliás, nem seria compreensível a demissão do CNEDM a meio de um processo de análise e reflexão bioética relativamente a uma matéria tão sensível e complexa quanto a presente, situação que poderia prestar-se a outro tipo de interpretações.

13. Assim, venho solicitar formalmente a V. Exa. que promova entre todos os elementos do CNEDM uma importante e urgente reflexão, incorporando no parecer emitido inicialmente, da forma mais objectiva possível, a resposta às questões seguintes, originadas pelo parecer 64/2012 do CNECV:

a) O racionamento discriminatório por idade, proposto no parecer do CNECV, respeita a Ética Médica e o Código Deontológico, particularmente no que concerne ao artº 6º deste último?

b) Entregar as decisões sobre racionamento ao Governo, ultrapassando todos os outros patamares de análise e avaliação, condicionando a prática médica e a obrigação ética de respeito pelo Estado da Arte, a que o médicos estão deontologicamente obrigados, respeita a Ética Médica e o Código Deontológico, nomeadamente no que respeita à letra e ao espírito do artº 3º?

c) Será ético racionar medicamentos

em doentes com cancro e SIDA, por exemplo, sem implementar previamente um sistema justo e transparente de priorização ética na saúde?

d) O que considera o CNEDM que, em Saúde, deve prevalecer, o racionamento ou a racionalização, conceitos que também são distintos na literatura anglo-saxónica?

e) Ao contrário da Associação Médica Mundial, o CNEDM não faz qualquer consideração sobre o dever Ético de exigir recursos suficientes para tratar os doentes, nomeadamente num país que ainda não combateu muitas áreas de desperdício, de corrupção e de interesses pouco éticos. Será Ético aceitar passivamente o orçamento da Saúde sem o questionar, o que já representa uma importantíssima forma de macro racionamento e de estabelecimento de macro prioridades por parte da tutela, com prejuízos potencialmente sérios para os doentes?

f) Segundo Fernanda Palma, Professora Catedrática de Direito Penal, o parecer do CNECV “desconhece por completo a dimensão constitucional do direito à saúde” e “cede à mensagem subliminar de que pode haver uma ética na saúde a partir dos interesses dos nossos credores”. O que pensa o CNEDM sobre esta dimensão do parecer do CNECV, considerando que a Constituição

da República Portuguesa regula e baliza a Ética nacional?

g) O parecer do CNEDM refere que o parecer 64/2012 do CNECV “evita a controvérsia estéril”. Será legítimo fazer esta afirmação desvalorizando como meramente estéril toda a controvérsia desencadeada pelo parecer, bem como todas as alusões mais controversas do próprio parecer 64? Esta matéria é tão controversa e sensível que o próprio Papa Bento XVI exortou as estruturas de Saúde a evitarem que “a saúde deixe de ser um bem universal, que se deve assegurar e defender”, manifestando o seu receio que pudesse “passar a ser uma mera mercadoria, sujeita às leis do mercado e reservado apenas a alguns”, obviamente discriminando negativamente os doentes mais desfavorecidos.

h) Finalmente, venho solicitar a V. Exa. que informe o CNE se algum(ns) membro(s) do CNEDM, tendo em conta os artºs 118º, 119º e 120º do Código Deontológico, poderia(m) ou deveria(m) ter alegado afinidades e/ou conflitos de interesses que eticamente o(s) impedisse(m) de participar na discussão e assinar o parecer do CNEDM sobre o parecer 64/2012 do CNECV.

Com os melhores cumprimentos,  
O Presidente da OM  
José Manuel Silva

## Demissões no CNEDM da Ordem dos Médicos

Face às notícias divulgadas hoje na comunicação social, o Conselho Nacional Executivo (CNE) da Ordem dos Médicos, reunido em sessão ordinária, em Coimbra, esclarece o seguinte:

- O CNE tem conhecimento de dois pedidos reiterados de demissão de membros do CNEDM, que é constituído por sete elementos.
- O CNE sempre respeitou a independência do funcionamento dos seus órgãos consultivos.
- O CNE solicitou ao CNEDM que respondesse a questões, objectiva e institucionalmente colocadas, relativas ao parecer 64/2012 do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV).
- O CNE continua a aguardar a resposta às questões colocadas, que são consideradas como essenciais para a Sociedade.
- No caso de persistirem pedidos de demissão, a sua substituição será concretizada de acordo com as regras estatutárias.

CNE, Coimbra, 11 de Janeiro de 2013





## Demissão do Coordenador do CNEDMOM

A pedido do autor, publicamos o texto que se segue e cujo título original foi «Do Parecer do Conselho Nacional de Ética e Deontologia Médicas da Ordem dos Médicos (CNEDMOM) sobre o Parecer do 64/2012 do CNECV, à minha demissão do Coordenador do CNEDMOM»

«Na sequência das conturbadas notícias e conferências públicas em volta do parecer elaborado pelo CNEDMOM sobre o parecer 64/2012 do CNECV, de cuja natureza e estilo me distancio em absoluto, apresentei no passado dia 27 de dezembro ao Senhor Bastonário da OM a minha demissão de Coordenador do CNEDMOM.

O CNEDMOM foi solicitado a pronunciar-se sobre o parecer 64/2012 do CNECV. Fê-lo na sua reunião plenária ordinária, e do documento elaborado deu conhecimento ao Sr. Bastonário, como lhe competia.

Por circunstâncias estranhas ao CNEDMOM, este documento viria a ser publicamente utilizado para fins distintos e confessados, num aproveitamento que a mim não lhe tenha sido dedicado. Neste público fogo cruzado, lateral ao CNEDMOM, o seu parecer mereceu de diversas estruturas diretivas da OM críticas, também públicas, de apoucamento, de “menorização”, rotulado que foi de *superficialidade, fuga às questões mais importantes, curto, singelo e não suficientemente discutido*. Fez-se crer, pois, tratar-se este

de um “parecerzinho”, porque inacabado, porque em fase de discussão...! Na verdade, o parecer que o CNEDMOM elaborou (por isso é o parecer do CNEDMOM e não o parecer da OM!) não é um parecer inacabado e que esteja em fase de discussão. O parecer do CNEDMOM, bom ou mau, é o seu parecer definitivo, concluído, maturado: é o corolário de uma discussão, não o passo de uma discussão, pelo qual, por isso mesmo, o Conselho se sente obviamente responsável. E não é um parecer laudatório do parecer do CNECV. Não! Faz-lhe uma apreciação global positiva, como importante contributo para uma inadiável reflexão (não só na sociedade portuguesa e na comunidade médica, mas também nas estruturas decisórias da saúde) e para um possível fluxograma de ponderação (no qual serão convocados a participar os profissionais de saúde, os doentes e seus representantes, e, naturalmente, os responsáveis pela última decisão), atinente à fundamentação ética que deve informar as deliberações políticas e económicas que, queiramos ou

não, estão inerentes às decisões em saúde. Mas faz-lhe também críticas, coloca-lhe dúvidas, aponta-lhe insuficiências e refere-lhe sugestões.

Naturalmente que o parecer do CNEDMOM não é um documento doutrinal sobre matérias que, em redor da temática em apreço, naturalmente se levantam. Para essas, e se o CNE o tivesse oportunamente solicitado, o CNEDMOM também teria dado o seu contributo, como sempre o fez, aliás. Mas, não! Isso não foi pedido ao CNEDMOM. O que efectivamente lhe foi pedido foi um parecer sobre um documento, e não um documento original que, de sua autoria, versasse sobre as temáticas (e tantas são!) que lhe podem ser adjacentes. O parecer pedido foi concluído e, nesta condição, foi enviado ao Sr. Bastonário. À OM compete naturalmente dar-lhe o destino que entender, discuti-lo ou não, aceitá-lo ou não, publicá-lo ou não. Esta é agora matéria da sua competência. Todavia, nas entranhas do CNEDMOM, que o pensou e o escreveu, o parecer não está em fase de discussão. No decurso dos acontecimentos, publicitou a OM o seu apoio

a um parecer da Associação Portuguesa de Bioética, versando as questões em aberto em torno do parecer 64/2012 do CNECV, cujo texto integral não nos é possível conhecer, mas de cujo teor tivemos públicos comentários do seu autor. Decidiu pois o CNE da OM apoiar, na legitimidade das suas competências, um parecer que, pelo noticiado, se antagoniza com o parecer do CNEDMOM. Percorrendo dédalos éticos inconfessados, este parecer apoiado pela OM é gizado por quem desrespeitou as funções para que foi pela mesma OM (concretamente pelo seu Conselho Regional do Norte) designado. Convocado também para a reunião plenária do CNEDMOM onde seria discutido o parecer que aqui nos traz à colação, assim expresso na respetiva agenda de trabalho, nela não compareceu, escusando-se portanto a participar, em sede própria, na respetiva discussão. Em conferência de Imprensa

convocada pelo Sr. Presidente do Conselho Regional do Norte da OM e na sua presença, assim relatada na imprensa diária de 27/12/2012, foi referida a estranheza pessoal por não ter sido “ouvido”, exatamente sobre este parecer para cuja discussão havia sido convocado!!!.....O CNEDMOM que coordenei não sustenta, obviamente, atitudes deste jaez, assim, de forma tão displicente, publicamente passeadas. E, pasme-se, acobertadas com a bandeira institucional do CRN da OM!

Recuso-me a ficar sob o mesmo manto e, embora sem o ruído que nos tem sido dispensado, desta recusa pretendo dar público testemunho.

Subscribo em absoluto o teor do parecer que ajudei a construir no seio do CNEDMOM (exatamente e só do que nele objetivamente se escreve! Denego todos os processos de intenção que lhe foram abusivamente adjudicados). Não deixarei de, neste como

noutros areópagos onde me seja possível intervir, afirmar e sustentar as minhas convicções, em prol de um exercício médico justo, humano, eticamente bem cuidado, distanciando-me das visões minimalistas e dos exercícios fáceis da reflexão bioética.

Reconhecendo, serenamente mas com a necessária clarividência, de que não sou capaz de responder aos desígnios da estrutura de poder da OM, cumpre-me, nessa medida e vertebradamente, deixar livre um lugar que possa agora ser ocupado por quem tenha competência para o fazer! Neste cenário e apesar da reiterada confiança que, na sequência dos acontecimentos, me foi patenteada pelo Sr. Bastonário, não foi possível, desde então, continuar a coordenar o CNEDMOM.

Filipe Almeida»

## Despacho 15630/2012

Divulgamos em seguida a nota informativa do Conselho Regional do Norte aos médicos sobre o Despacho 15630/2012 (autorização para abertura de concurso para os médicos que concluíram o internato na segunda época de 2012).

Vimos desta forma avisar todos os médicos especialistas que não possam concorrer aos concursos que vierem a ser abertos com base no Despacho 15630/2012, que o CRN deliberou colocar à disposição destes médicos os serviços jurídicos da SRN. Assim, os médicos que concorram e vejam as suas candidaturas excluídas, poderão enviar e-mail para [conselhoregionalnorte@nortemedico.pt](mailto:conselhoregionalnorte@nortemedico.pt) de modo a que possamos agendar reunião, com vista à preparação dos respectivos processos judiciais. O CRN suportará os custos judiciais inerentes a tais acções. porque entende que o Despacho 15630/2012 prejudica a Carreira Médica, coloca em causa os princípios da transparência, equidade e igualdade de oportunidades no SNS, sendo uma medida que favorece a injustiça do sistema, premiando a idade dos candidatos em detrimento do seu desempenho e competências adquiridas e não resolve as assimetrias existentes na colocação de profissionais.

Porto, 19 de Dezembro de 2012  
O CRN da Ordem dos Médicos



## Declarações do presidente do Conselho de Administração do CHSJ

O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (CRN) tomou conhecimento das declarações do presidente do Conselho de Administração (CA) do Centro Hospitalar São João (CHSJ) em entrevista ao programa “Olhos nos Olhos” na TVI24 no dia 17/12/2012, que foram amplamente difundidas nos restantes órgãos de comunicação social.

Sem prejuízo de uma análise mais detalhada das declarações proferidas pelo presidente do CA do CHSJ, o CRN lamenta profundamente que um alto dirigente da administração pública, médico inscrito na Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, manche abertamente o bom nome de todos os profissionais que trabalham no SNS e no CHSJ, ao sugerir que os médicos, e designadamente os especialistas de todas as especialidades cirúrgicas do País, e em particular os do CHSJ, não cumprem os seus deveres no SNS como cirurgiões e como cidadãos. A sugestão de que operam pouco, traduzida em números distorcidos e mistificadores sobre a actividade cirúrgica no CHSJ, e de que “baixam a produtividade no SNS para operar os doentes nas instituições privadas”, não dignificam o CA do CHSJ nem os médicos. Pelo contrário, estigmatizam todos os médicos do CHSJ e apenas contribuem

para aumentar a indignação dos médicos e dos doentes.

De resto, a informação alarmista de que 30 cirurgiões do CHSJ não iriam ao bloco é incompreensível, na medida em que, a ser verdade e na ausência de justificação aceitável, a responsabilidade é também dos respectivos directores de serviço nomeados pelo CA e do próprio CA do CHSJ.

Foi completamente ignorada a multiplicidade de ocupações a que um especialista está sujeito no seu serviço, desde a formação dos internos de especialidade às tarefas administrativas, passando pela consulta externa, serviço de urgência, serviço em unidades de cuidados específicos, acompanhamento dos doentes internados, formação contínua e investigação.

Adicionalmente, a referência às carreiras profissionais, e em particular à carreira médica, com a alusão negativa aos “cargos de chefia que se mantêm toda a vida”, foi particularmente

infeliz e contrária aos princípios fundadores do próprio SNS e mostrou uma confusão inquietante entre a progressão na carreira (qualificação e competências médicas) e os lugares de direcção (de nomeação e da exclusiva responsabilidade do CA do CHSJ).

Numa altura de crise social, em que todos os portugueses se sentem injustiçados, e em que o bom senso deveria constituir um imperativo público, as declarações produzidas são inaceitáveis e contraproducentes.

O CHSJ foi considerado, pelo terceiro ano consecutivo, o melhor do SNS no estudo realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública. Tal avaliação não seria possível se não tivesse excelentes profissionais, pelo que tal estudo deveria também ser entendido como um elogio aos recursos humanos de que dispõe o CHSJ.

De facto, os profissionais da saúde, e em particular os médicos, como pilar essencial

do SNS, são os principais responsáveis pela melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos e pelo sucesso internacional do nosso SNS, tendo estado intimamente associados aos méritos do nosso Serviço de Saúde sistematicamente destacados pela OCDE e pela OMS. Os indicadores de saúde conhecidos e regularmente divulgados falam por si. Acresce ainda que os médicos portugueses são internacionalmente reconhecidos como excelentes profissionais, e os que mais prestigiaram um serviço público em Portugal e no resto do Mundo.

Interpretando de forma literal os dados apresentados pelo presidente do CA do CHSJ, só podemos concluir que

resultaram de uma reflexão autocrítica de quem tem responsabilidades directas na matéria. Em última análise, se a atividade médica e cirúrgica do CHSJ não corresponde aos parâmetros definidos pela sua direcção, só ela poderá justificar porque tal acontece e tomar as medidas necessárias para inverter a situação. Jamais tal poderá servir para julgar em praça pública os seus profissionais com declarações que entendemos ser difamatórias.

Expressando a máxima solidariedade com todos os profissionais médicos do CHSJ, o CRN considera que o seu trabalho é altamente prestigiante para a Medicina nacional e contribui de forma decisiva para que o seu hospital seja uma referência de rigor e excelência na prestação

de cuidados de saúde.

Dadas as circunstâncias e o impacto das declarações proferidas, o CRN exige ao presidente do CA do CHSJ explicações fundamentadas sobre as suas afirmações, que apenas contribuíram para deteriorar de forma irreversível a confiança dos médicos e dos doentes em quem governa o CHSJ.

Em nome dos doentes e do País, todos temos a obrigação de manter, respeitar e dignificar o SNS. A começar por quem tem o poder final de decisão. Ao cuidado do Senhor Ministro da Saúde.

Porto, 19 de Dezembro de 2012  
O Conselho Regional do Norte  
da Ordem dos Médicos





Paulo Sancho

Consultor Jurídico

## Unidades Privadas de Saúde Esclarecimento sobre a Portaria 287/2012

Face à entrada em vigor da Portaria 287/2012 de 20 de Setembro de 2012 que veio regulamentar, no âmbito de uma das tipologias possíveis, o Decreto-lei 279/2009, de 06.10, foi colocada a seguinte questão ao Departamento Jurídico: “O conceito de consultório médico (no âmbito daquela lei) abrange o tradicional consultório médico de prática isolada de consultas?” Passamos a transcrever o parecer-resposta.

«A Portaria 287/2012 estabelece os requisitos mínimos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da actividade dos consultórios médicos (artigo 1º).

Nos termos do seu artigo 2º considera-se *consultório médico* as unidades ou estabelecimentos de saúde privados que prossigam actividades de prevenção, diagnóstico, tratamento médico e reabilitação, independentemente da forma jurídica e da designação adoptadas, no âmbito das competências legalmente atribuídas aos médicos.

Parece, assim, claro que o “tradicional consultório médico de prática isolada de consultas” está regulamentado por esta Portaria e pelo DL 279/2009.

De resto, tal conclusão retira-se ainda do preceituado nos artigos 4º<sup>1</sup> e 10º n.º1<sup>2</sup>, da dita Portaria 287/2012.

A conformação a esta nova realidade legislativa tem, no entanto, um prazo que permite tratar da regularização do seu consultório de forma ponderada. Com efeito, o DL 279/2009, de 06.10, que estabelece o regime jurídico geral a que ficam sujeitas a abertura, modificação e o funcionamento das unidades privadas de saúde, cuidou de estabelecer no seu artigo 19º que as unidades privadas de serviços de saúde em funcionamento, que não se encontrem licenciadas ao abrigo de legislação anterior, dispõem de um ano desde a entrada em vigor do dito decreto-lei para se adequarem ao que nele está disposto.

Todavia, o legislador, conhecedor que é da sua própria morosidade na regulamentação de diplomas, estabeleceu ainda no artigo 27º do citado Decreto-Lei 279/2009 que este só produziria efeitos,

para cada tipologia, com a publicação da portaria que aprove os respectivos requisitos técnicos.

Quer isto dizer que as clínicas e consultórios médicos terão, ainda, quase um ano para requererem o seu licenciamento, já que o prazo só terminará no dia 23 de Setembro de 2013.

Face ao artigo 21º do citado DL 279/2009 os titulares de estabelecimentos privados prestadores de cuidados de saúde já existentes “podem solicitar a dispensa dos requisitos de funcionamento (...) quando, por razões estruturais ou técnicas, a sua estrita observância seja impossível ou possa inviabilizar a continuidade da actividade, desde que a dispensa não ponha em causa a segurança e saúde dos utentes ou de terceiros”.

O n.º 2 do artigo citado no parágrafo anterior refere que “consideram-se susceptíveis de criar condicionantes estruturais ou técnicas, nomeadamente o funcionamento de unidades privadas de serviços de saúde em

1- Quando se diz “no caso dos consultórios unipessoais”.

2- Quando se estabelece que o consultório médico é tecnicamente dirigido “por um director clínico inscrito na Ordem dos Médicos salvo no caso dos consultórios unipessoais em que só existe um médico”.

*zonas classificadas, em edifícios classificados a nível nacional, regional ou local, bem como em edifícios de reconhecido valor histórico, arquitectónico, artístico ou cultural”.*

A competência para decidir sobre o pedido de dispensa cabe à ARS, após parecer da ACSS.

A ARS tem 30 dias a contar da apresentação do requerimento para tomar a decisão de dispensa, sob pena de se entender que o pedido é deferido.

Nesta matéria o legislador teve

em atenção que, ao longo de décadas, permitiu, sem critérios, a abertura e funcionamento de unidades privadas de saúde e que se as entidades licenciadoras tivessem agora de seguir sem excepção este novo regime seriam, certamente, encerrados múltiplos estabelecimentos que se sabe, à partida, não reunirem, por impossibilidade legal ou estrutural, os requisitos ora exigíveis, nem ser possível alterar fisicamente os edifícios em que as unidades funcionam.

Assim e em conclusão:

A Portaria 287/2012 regula o licenciamento e funcionamento dos consultórios médicos de prática isolada, devendo as suas normas ser interpretadas em conjunto com as constantes do Decreto-Lei n.º 279/2009, de 6 de Outubro.

As exigências que decorrem da Portaria 287/2012 têm de ser enquadradas em cada caso concreto.

2012-11-02

## Tabela de Nomenclatura para medicina dentária

Perante as dúvidas de vários colegas especialistas em estomatologia e a solicitação do respectivo Colégio, foi questionado o departamento jurídico sobre a legalidade e a aplicabilidade do CNVRAM, no que se refere a essa especialidade. Transcrevemos o parecer jurídico que peremptoriamente estatui que os Estomatologistas só podem ser obrigados por documentos emanados da OM.

As dúvidas apresentadas pelos colegas deviam-se ao facto de a Tabela da Ordem dos Médicos Dentistas, já publicada em Diário da República, ter entrado em vigor no dia 2 de Janeiro de 2013 surgindo a questão de saber se os estomatologistas tinham que submeter-se ou não à respectiva terminologia, uma vez que - no artigo 2º desse diploma - se fala, genericamente de Saúde Oral: ‘A utilização das nomenclaturas e da tabela é obrigatória em todos os actos relacionados com o âmbito da saúde oral e em particular com a medicina dentária ou com os médicos dentistas’. Segue-se o esclarecimento do Departamento Jurídico da Ordem dos Médicos: «A Tabela de Nomenclatura para a Medicina Dentária, publicada pela

Ordem dos Médicos Dentistas, e que consta do Regulamento 501/2011, do DR II Série nº 161, de 23 de Agosto, é exclusivamente aplicável aos médicos dentistas.

Os estomatologistas não estão abrangidos por este Regulamento já que a OMD não tem poder regulamentar sobre médicos nem as entidades que adoptam a tabela a podem impor a outros profissionais.

O médico estomatologista tem de cumprir os preceitos deontológicos do respectivo Código da Ordem dos Médicos e está exclusivamente sujeito à acção disciplinar da OM. Quer isto dizer que os estomatologistas podem e devem usar o CNVRAM no exercício da sua actividade profissional.

As entidades para as quais os

estomatologistas trabalhem deverão, pois, respeitar o Código de Nomenclatura e Valor Relativo dos Actos Médicos para os estomatologistas da mesma forma que o fazem para a Tabela de Nomenclatura para a Medicina Dentária relativamente aos médicos dentistas.

Se as profissões não se podem confundir, a nomenclatura dos actos praticados por elas também não.

Em conclusão, não releva para os médicos, designadamente para os especialistas em estomatologia, a tabela aprovada pelo Regulamento 501/2011 da OMD.

O Consultor Jurídico  
Paulo Sancho



## Racionar, racionalizar e sustentabilidade do SNS

Realizou-se no passado dia 9 de Janeiro mais um debate na Ordem dos Médicos em Lisboa. Um painel de oradores composto por Miguel Oliveira da Silva, presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), Nuno Fernandes Thomaz, vogal do Conselho de Administração e da Comissão Executiva da Caixa Geral de Depósitos, S.A., Rui Nunes, director do Serviço de Bioética e Ética da FMUP, José Manuel Silva, bastonário da Ordem dos Médicos e Serpa Oliva, deputado à Assembleia da República pelo CDS-PP, discutiu a temática 'racionar, racionalizar e sustentabilidade do SNS'. A moderadora deste debate, no qual ficaram bem explícitas as várias posições, foi a jornalista Marina Caldas.

O debate foi, pela primeira vez, transmitido em directo, via *skype*, para a distrital do Algarve da OM. No início foi sorteada a ordem das intervenções tendo a sorte ditado que a primeira seria a do presidente da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, promotor destes encontros e, neste caso, um dos intervenientes da noite. Faremos a transcrição da sua introdução à temática e, em seguida, um resumo alargado das restantes intervenções e subsequente debate.

Intervenção introdutória do presidente da Ordem dos Médicos: «Desde Setembro de 2011, altura em que assinou, por sinal, nesta mesma sala, um inédito acordo com a DGS, na

presença do Ministro da Saúde, e ao intensificar o diálogo com as associações de doentes, a OM vem fazendo o seu trabalho de casa, inter pares, para racionalizar através das Normas de Orientação Clínica, que são sujeitas a uma prévia discussão pública antes da sua aprovação formal, e a posteriores auditorias. Não precisamos de lições sobre racionalização e racionamento. Na nossa óptica, aceitar o racionamento é aceitar a discriminação negativa dos mais desfavorecidos. É aceitar um limite para a solidariedade em Saúde, é agravar as desigualdades sociais em Portugal, um dos países com um dos maiores coeficientes de Gini do mundo

civilizado, coeficiente que mede as desigualdades da distribuição dos rendimentos. Este nível de desigualdades, sim, fere a nossa Ética Social.

Entre os países da União Europeia, a Lituânia era aquele que, em 2009, registava a distribuição de rendimentos mais desigual, com um coeficiente de Gini de 37%, seguida de perto pela Letónia com 36%. Portugal, a par da Espanha, registava para este indicador o terceiro valor mais elevado da União Europeia: 34%. Entretanto, o coeficiente de Gini português agravou-se com as medidas de austeridade, que estão a ser aplicadas de forma desigual, discriminatória e anti-ética!



Os problemas do parecer 64 do CNECV são estruturais e conceptuais, para além de aplicabilidade duvidosa.

Como já dissemos em editorial da ROM, a Ética é pluralista, mutável e individual. Fernando Savater qualifica a Ética como uma “arte de viver”. Mas a Ética deve respeitar as regras, princípios e valores globais, sob pena de entrar em litígio com a Sociedade. Certamente, nesta sala, ninguém hoje partilha da Ética Médica nazi, que também era fortemente discriminativa.

Por isso mesmo, não aceitaremos nunca que a Ética possa ser racionada, discriminatória e colocada ao serviço do poder, para a própria Ética não se descredibilizar e suicidar, uma das razões pela qual não partilhamos a “arte de viver” do CNECV.

Aliás, estranhámos que não seja divulgado o teor do pedido do Sr. Ministro ao CNECV, conforme solicitámos, por carta, ao Sr. Ministro. A transparência fragilizará alguém?

A Ética deve ser a última guardiã dos valores intemporais do Homem, da Sociedade, da Solidariedade. Não pode ser uma Ética filosoficamente comprometida ou politicamente correcta, nem pode ser uma Ética subjugada aos interesses financeiros e comerciais.

Segundo Fernanda Palma, Professora Catedrática de Direito Penal, o parecer 64 do CNECV “desconhece por completo a dimensão constitucional do direito à saúde” e “cede à mensagem subliminar de que pode haver uma ética na saúde a partir dos interesses dos nossos credores”.

Como ignora, igualmente, um dos mais importantes documentos éticos universais, que é a Declaração Universal dos Direitos



Humanos, que proíbe qualquer forma de discriminação e que, no seu artigo 25º estabelece que “Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, ...”.

Vale a pena recordar o artigo 1º desta Declaração: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade”.

Contrariando as suas próprias declarações públicas, nas quais preconizava a racionalização e não o racionamento, o Sr. Ministro mandou “aplicar” o parecer 64 do CNEVC ao Infarmed e à DGS. Cá estaremos, médicos e doentes, para ver e analisar os resultados práticos deste parecer, que consideramos incoerente e inexequível.

Para além destes problemas estruturais, deixamos para o debate os problemas conceptuais que encontrámos no parecer 64 e que elencamos:

- Aceitar o racionamento por idade, como está textualmente escrito no parecer 64, é aceitar qualquer outra forma de discriminação, é um chocante retrocesso civilizacional e viola grosseiramente o Código Deontológico da Ordem dos Médicos (artº 6º do CD), que proíbe todas as formas de discriminação.

- Entregar as decisões sobre racionamento ao Governo, ultrapassando todos os outros patamares de análise e avaliação, condicionando a prática médica e a obrigação ética de respeito pelo estado da arte, a que os médicos estão deontologicamente obrigados, desrespeita a Ética Médica e o Código Deontológico, nomeadamente no que respeita à letra e ao espírito do artº 3º.

O CNECV nem sequer teve a preocupação e interesse de sugerir uma Comissão independente, baseada no Infarmed, com profissionais da saúde, incluindo a participação da Ordem dos Médicos, e doentes, para tomar a última decisão nas situações mais delicadas e polémicas. Não! Entregou essas decisões, de bandeja, ao Ministério da Saúde. A isto chama-se, objectiva e realisticamente, na nossa mui modesta opinião, fazer um imenso frete ao Governo, por muitos e veementes protestos que se possam afiançar em sentido contrário.

**- Será ético racionar medicamentos em doentes com cancro, SIDA e artrite reumatóide, por exemplo, sem implementar previamente um sistema justo e transparente de priorização ética na saúde?**

- Consideramos que, em Saúde, deve prevalecer a racionalização sobre o racionamento, conceitos



que, sublinhamos, também são distintos na literatura anglo-saxónica. É lamentável que se importem conceitos que não se aplicam à realidade do nosso país e que representam uma visão muito parcial de uma Ética condicionada pelos poderosos interesses económicos prevalecentes.

- Ao contrário da Associação Médica Mundial, o parecer 64 do CNECV não faz qualquer consideração sobre o dever Ético de exigir recursos suficientes para tratar os doentes, nomeadamente num país que ainda não combateu muitas áreas de desperdício, de corrupção e de interesses pouco éticos.

**Será Ético aceitar passivamente o orçamento da Saúde sem o questionar, o que já representa uma importantíssima forma**

**de macro racionamento e de estabelecimento de macro prioridades por parte da tutela, com prejuízos potencialmente sérios para os doentes?**

Será Ético causticar os doentes sem exigir mudanças profundas no Estado? Vale a pena transcrever um parágrafo do editorial de hoje de Pedro Santos Guerreiro, Director do Jornal de Negócios: "Difícil é mudar o Estado. A cultura do Estado. A eficiência do Estado. Até porque o Estado está capturado não só por grupos de interesse empresariais, mas também por um grupo que não mudou nada, rigorosamente nada, durante a austeridade: os partidos políticos. Antes e depois da Troika, os partidos da governação são mesas redondas de distribuição de poder e de dinheiro. E não vão abdicar da inércia que perpetua essa distribuição".

Racionar em Saúde é tão paradoxal que a própria Comissão Europeia vem dizer que o racionamento pode aumentar a despesa em cerca de 16% a médio e a longo prazo, por razões absolutamente óbvias.

Racionar em Saúde é tão antiético que até o Papa Bento XVI exortou as estruturas de Saúde a evitarem que «a saúde deixe de ser um bem universal, que se deve assegurar e defender, para passar a ser uma mera mercadoria, sujeita às leis do mercado e reservado apenas a alguns». Uma "resposta" inequívoca do Papa aos defensores do parecer 64 do CNECV... Sim, porque há alguns que sabem que nunca lhes tocará o racionamento!

Racionar em Saúde é um inaceitável absurdo enquanto não se corrigirem as disfuncionalidades do próprio SNS, poupando através da melhoria

da eficiência.

Um exemplo chocante que nos é dado por uma recente auditoria do Tribunal de contas dia respeito às aquisições para o SNS. Cito:

*"... por exemplo, o medicamento docetaxel 80 mg que, em 2011, constava no Catálogo de Aprovisionamento Público da Saúde pelo montante de € 400,00/unidade, mas foi adquirido pelo Centro Hospitalar Barreiro Montijo por € 41,72/unidade (89,57% de poupança) e pelo Hospital Garcia de Orta por € 55,00/unidade (86,25% de poupança), a outros fornecedores que não se encontravam no referido Catálogo."*

Esta disparidade de preços de aquisição traduz perdas anuais para o Estado de centenas de milhões de euros e a mais completa ausência de circulação horizontal e vertical de informação dos preços de aquisição de medicamentos, dispositivos médicos e consumíveis para o SNS. Já chamámos a atenção do Ministério e apresentámos soluções para esta situação, que urge resolver de imediato

Por tudo isto afirmamos, sem hesitações, que aceitar prejudicar alguns doentes pelo racionamento em Saúde, nas circunstâncias actuais do país, é pactuar com este indigno estado de coisas, tão bem descrito por Pedro Santos Guerreiro, estado de coisas esse que levou Portugal à bancarrota e ainda não foi significativamente beliscado.

Não contem com a Ordem dos Médicos para estas cedências colaboracionistas com o desperdício, a ineficiência e os interesses instituídos.

Racionar poderá ser mais fácil do que racionalizar, mas é seguramente menos justo e menos ético.

Faz sentido, nesta fase da análise, citar Joseph Stiglitz, americano, prémio Nobel da Economia, no seu prefácio ao livro “A Grande Transformação”, de Karl Polanyi. “Hoje, a tese segundo a qual os mercados, entregues a si próprios, engendram resultados eficazes, já para não dizer equitativos, não tem qualquer credibilidade intelectual séria.” E, mais à frente: “Polanyi via o mercado como parte de uma economia mais vasta, e essa economia mais vasta como parte de uma ainda mais vasta sociedade. Via a economia de mercado, não como um fim a si própria, mas como um meio em vista de fins mais fundamentais.” Três períodos mais à frente, Stiglitz escreve: “Demasiadas vezes as tabelas classificativas esquecem os muitos indivíduos que são precipitados na pobreza, ou os muitos postos de trabalho destruídos por comparação com os criados, ou o aumento dos níveis de violência, ou a extensão do sentimento de insegurança ou de redução à impotência. Polanyi falava de valores mais profundos.”

É em defesa destes valores mais profundos que a Ordem dos Médicos rejeitou firme e fundamentadamente as mais controversas afirmações do parecer 64 do CNECV e da sua defesa do racionamento em Saúde, branqueando todos os erros cometidos e todos os desperdícios mantidos a montante e a jusante.

A OM tem sobre os valores da Sociedade as mesmas preocupações de Miguel Torga, “Num mundo que almoça valores, janta valores, ceia valores, e os degrada clinicamente, sem qualquer estremecimento da consciência? Peçam-me tudo,

menos que tape os olhos.”

Porque não aceitamos fechar os olhos e porque “nada temos a temer senão o medo”, como afirmou Franklin Roosevelt, e porque a racionalização, o combate ao desperdício, à ineficiência e à corrupção e a exigência de uma boa governação são as respostas inteligentes aos que tentam impor o racionamento em Saúde, sem corrigir primeiramente todos os erros do “sistema”, a Ordem dos Médicos continuará, vertebriadamente, a pugnar pelo direito dos Doentes ao Estado da Arte Médica e a defender a independência da Medicina e dos médicos portugueses de qualquer tutela político-administrativa. A nossa Ética, aquela que respeitamos, é a que está plasmada no Código Deontológico da Ordem dos Médicos», concluiu José Manuel Silva.

### **É fundamental que se assegure a sustentabilidade do SNS**

O segundo interveniente no debate foi Serpa Oliva, médico e deputado à AR pelo CDS-PP, o qual, após fazer uma análise linguística dos dois conceitos (racionar vs racionalizar) afirmou que da leitura do parecer 64 do CNECV tinha concordado com o conteúdo no que se refere à fase clínica e à fase clínico-administrativa, referindo que nesse parecer, a título de exemplo, o objectivo da fase clínica é «avaliar a adequação e valor clínico dos fármacos existentes para determinada patologia», os intervenientes nessa fase são «médicos, investigadores das ciências da vida e da saúde da área e comissões de farmácia e terapêuticas em rede», sendo afirmado que «todos



os envolvidos têm que fazer a respectiva declaração de conflito de interesses de forma clara e com acesso público», etc., tudo indicações com as quais o orador concorda. «Nesta fase clínica do parecer do CNECV não encontro rigorosamente nada a que me oponha». Já na fase clínico-administrativa realçou, entre outros aspectos, que tem que se fazer uma avaliação financeira, «o que é perfeitamente correcto», e «garantir o processo justo na avaliação de novos fármacos» e que a decisão final relativamente à dispensa do medicamento em ambiente hospitalar tem sempre a ressalva de alterações ao estado da arte. Em face desta análise, Serpa Oliva afirmou que, enquanto médico, nada do parecer 64 o leva a considerar que o mesmo deva ser suspenso, classificando o tratamento que foi dado a esse parecer como uma «incrível distorção jornalística», como se podia ler num dos slides que apresentou. Centrando em seguida a sua intervenção na questão da sustentabilidade do



SNS, referiu que «Portugal é um dos primeiros países do mundo que mais gasta em saúde», não *per capita* mas em relação ao PIB, e que considera essencial que se determine «onde estão os desperdícios». Situando esta questão, Serpa Oliva defendeu a necessidade de diminuir a fraude em saúde, «que pode atingir os 100 milhões de euros», frisando que este é um problema que afecta diversas profissões da área («médicos, farmacêuticos, enfermeiros, delegados de propaganda médica, etc.»). Elogiando o empenho do Ministro da Saúde em mexer com «os poderes instalados», resistindo às pressões que se sabe que existem, e que o próprio orador já sentiu enquanto deputado, referiu em seguida as medidas em execução pelo Ministério, entre as quais: reorganização da rede hospitalar com gestão mais eficiente dos recursos humanos e responsabilização das equipas, garantia da cobertura pelos cuidados primários, aumento da oferta com a racionalização de recursos, instituição de uma rede nacional de cuidados paliativos, revisão da política de taxas moderadoras por forma a garantir que só se isenta quem realmente necessita dessa isenção, programa de redução de custos hospitalares, promoção da transparência na saúde, fomento de uma cultura de melhoria da qualidade e da segurança, etc. «Outra poupança que está a ser preconizada pelo Ministério da Saúde é a ligação em rede: quando estivermos ligados em rede, público e privado, vamos poupar milhões porque a TAC ou as análises feitas há oito dias não vão ser repetidas». «2012 foi o ano do maior orçamento de sempre para a saúde», valor no

qual se incluiu o pagamento de dívidas em atraso a fornecedores. «A sustentabilidade do SNS vem directamente do bolso dos contribuintes (...) portanto todos nós quando discutimos estes temas temos que perceber que há um esforço muito grande da parte dos contribuintes portugueses», lembrou.

Uma das referências feitas por Serpa Oliva foi relativamente à necessidade de entregar aos utentes uma nota informativa com os valores dos cuidados de saúde prestados no SNS porque «ninguém sabe quanto custa uma cirurgia num hospital» e salientou que «uma simples consulta num hospital central custa ao Estado 110 euros». «Estaremos a racionar ou a racionalizar? Penso que estamos a racionalizar. É possível, essencial e mesmo fundamental para nós que se assegure a sustentabilidade do SNS», concluiu.

Mais à frente, no debate Serpa Oliva explicaria não estar mandatado quanto a que posição deveria tomar sobre este assunto e que, ainda que representando o CDS-PP, não sabe que opinião o seu partido tem quanto ao parecer do CNECV. Decidiu tomar a sua posição sobre a matéria de forma descomprometida: «estudei este assunto aprofundadamente e entendo que, quando o Prof. Rui Nunes vem propor que a AR proceda à nomeação de uma comissão plural e independente que seja o reflexo dos diferentes quadrantes da sociedade e que inclua necessariamente representantes das várias profissões, associações, etc. teremos com certeza uma comissão com 30 pessoas e como eu acho que uma comissão com mais de 3 pessoas não vale a pena reunir porque não chega a conclusão nenhuma,

acho que isto é demagogia pura». «A profissão que temos é a mais espantosa do mundo, amo-a apaixonadamente. Lidamos com o que há de mais sagrado: a saúde. Nunca podemos usar de demagogia quando estamos a falar de saúde», referiu nas alocações finais pedindo aos colegas que não assustem as pessoas efectuando, por exemplo, afirmações nas televisões de que irão faltar medicamentos.

### **O PIB é baixo. (...) Devíamos gerar mais riqueza para podermos gastar mais em saúde**

Seguiu-se a intervenção de Nuno Fernandes Thomaz, vogal do Conselho de Administração e da Comissão Executiva da CGD, que falou sobre o relatório do FMI, tornado público no dia deste debate, e em algumas das sugestões para corte dos 4 mil milhões de euros: subida de taxas moderadoras, redução do pagamento de horas extraordinárias, redução do pacote de cuidados assegurado pelo Estado, fusão de todos os subsistemas no SNS, etc. «Mas importa mesmo decidir que modelo de sociedade estamos dispostos a





pagar, porque vamos ter mesmo que o fazer», defendeu. Na sua intervenção, Nuno Fernandes Thomaz apresentou aquilo que definiu como «ideias de um leigo para o sector da saúde» as quais referimos neste resumo da sua intervenção: «como gestor tendo a gostar de qualquer reforma orientada para resultados; gosto sempre de mais transparência e controlo; tenho dificuldade em perceber como se quantifica o preço de um acto médico; mesmo sendo um leigo, tenho a certeza que a qualidade implica menores custos; as despesas de saúde são de facto altas face ao PIB mas isso é porque o PIB é baixo; temos que crescer em termos económicos; este é o mal de todos os males: se voltarmos a crescer economicamente as despesas face ao PIB deixarão de ser elevadas; mas, para voltar ao caminho do crescimento, não podemos querer tudo: temos que baixar os impostos, mas não podemos reduzir impostos sem cortar na despesa», advertiu. Referiu igualmente ser um defensor dos incentivos e lamentou que esse sistema não tivesse sido aplicado a toda a base no sector da saúde. Embora se defina como «um conservador em termos de costumes e um liberal em termos económicos», o sector da saúde é, como confessou, aquele que lhe levanta mais dúvidas e defendeu ser necessário evitar o racionamento e combater o desperdício (fase que definiu como prévia a qualquer necessidade de racionamento), advogando que não é desejável uma «liberalização excessiva do sector da saúde», algo que seria trágico e altamente perigoso em seu entender pois pode levar à fragmentação do sistema. A última ideia que quis expressar

foi o seu orgulho no Serviço Nacional de Saúde português, depois de ter vivido em dois países estrangeiros nos quais teve contacto com o sistema de saúde: «tenho o maior orgulho no nosso SNS. É dos melhores. Só espero que depois do corte que tem que haver, que a qualidade possa ser mantida ou pelo menos não muito prejudicada. (...) Tem sempre que haver equilíbrio entre valor e prioridades e princípios de equidade». «Acredito que uma boa qualidade em medicina representa menos custos. Devíamos gerar mais riqueza para podermos gastar mais em saúde. (...) O mal do país é não crescer. Era a isso que devíamos tentar responder», concluiu.

#### **Num ambiente de escassez de recursos têm que se fazer escolhas éticas**

Rui Nunes, director do Serviço de Bioética e Ética da FMUP, começou por referir que o modelo social europeu é uma grande conquista civilizacional, modelo no qual acredita e que tem defendido. Demonstrou a sua perplexidade por a Europa estar a negar os seus valores no preciso momento em que os EUA, «maior potência científica e cultural da actualidade», estão a abrir o seu sistema para esses valores e exemplificou ainda

com a China que anunciou que em 2020 vai ter uma cobertura universal de saúde para mais de mil milhões de pessoas. «O sistema de saúde português e concretamente o nosso modelo social e o nosso estado social não têm que ser refundados nos seus valores, têm que ser reinventados no modo como são geridos os vários subsectores de modo a garantir a sustentabilidade e a viabilidade futura destes valores». Este orador referiu que a riqueza económica é, e deve ser, para os Estados, instrumental para proporcionar riqueza em saúde, científica, cultural, etc. «Temos um bom sistema de saúde; não é perfeito e podemos fazer mais, mas não vamos destruir o que conquistámos e construímos durante largas décadas». «Se é verdade que a provisão de bens sociais é indexada à economia também é verdade que haverá sempre mais procura do que aquilo que se pode dar», quer devido ao consumismo exagerado, quer ao surgimento de novas tecnologias, etc., tudo factores que levam a que a procura de cuidados de saúde seja superior à oferta, conforme foi explicado. A solução encontrada por países como Canadá, Austrália e Nova Zelândia, por exemplo, foi escolher prioridades, sendo a



primeira delas racionalizar, ou seja «cortar gerando eficiência, isto é combatendo o desperdício». O combate à ineficiência é, segundo Rui Nunes, mais importante até do que o combate à fraude para a garantia da sustentabilidade do SNS. Defendeu que na questão entre a proposta de racionamento administrativo e a defesa de prioridades éticas no sistema de saúde deverá ser resolvida através de «um debate nacional onde estejam representadas todas as forças vivas da sociedade», ordens profissionais, doentes, etc. A priorização ética na saúde não é impeditiva de qualidade e o debate alargado trará legitimidade à política a impor, com o maior consenso social possível, defendeu. Relativamente ao parecer da Associação Portuguesa de Bioética explicou que o mesmo não é de oposição ao parecer do CNECV mas antes de oposição a uma política pública que se quer implementar e que apelidou de ilegítima – por não ter tido por base um amplo debate social – e que definiu como uma «regressão civilizacional». Além disso o modelo de racionamento administrativo defendido pelo CNECV, em que se propõe o debate do racionamento com base na idade, é inconstitucional por violar os artigos 13 e 64 da Constituição da República Portuguesa, explicou. «Um dos pilares da nossa sociedade é o princípio da não discriminação com base em características arbitrárias». E se fosse esse o caminho, qual seria a idade e quem teria legitimidade para a definir, questionou Rui Nunes. Em conclusão defendeu que a avaliação de novos medicamentos ou dispositivos médicos venha a ser feita por uma agência independente, semelhante ao

NICE britânico, de forma a evitar disparidades. O orador referiu ainda que existem neste momento «injustiças geográficas» no nosso país pois existem diferentes hospitais a aplicar diferentes critérios e políticas quanto, por exemplo, aos medicamentos a disponibilizar a doentes com uma mesma patologia e defendeu assim que a alternativa é fazer um debate público, com a devida transparência. Quanto à definição do pacote básico, lembrou que mesmo o relatório do FMI defende a aplicação do princípio de ‘primeiro tratar-se o mais grave e depois o restante’. Reconhecendo que «num ambiente de escassez de recursos tem que se fazer escolhas mas éticas», terminou a sua intervenção afirmando peremptoriamente que «é a sociedade portuguesa que vai ter que fazer esta escolha».

### **‘Priorização’ é a tradução em linguagem soft dos economistas da saúde para ‘racionamento’**

Miguel Oliveira da Silva começou por salientar que o parecer 64 do CNECV foi aprovado por unanimidade dos conselheiros, sublinhando tratar-se de pessoas de sensibilidades éticas e políticas muito diferentes. Enquadrando historicamente o termo racionamento considerou que se tentou suscitar medo na população através da distorção da informação. Citando uma das conclusões do parecer 64 do CNECV, o presidente desse Conselho referiu: «em qualquer caso – quer dizer sempre - o CNECV tem como essencial que tudo – ‘tudo’ é sempre - o que se passa não pode de modo algum – sempre - pôr em causa o conceito de confiança e a aliança relação terapêutica

entre doentes e profissionais de saúde, isto diz-se em respeito a todo o parecer. Quaisquer dúvidas, ambiguidades que o parecer suscitar por a linguagem não ser perfeita, por não termos feito uma nota de rodapé a explicar que racionamento não era um termo coloquial mas a sua aceção técnica, resumem-se aqui: em qualquer caso, sempre, tudo está ao serviço da relação de confiança, da aliança terapêutica entre os doentes e os profissionais de saúde e numa aliança desta natureza não há exclusão de velhos.»

Este orador explicou à assistência que o CNECV não faz, nem fez, um frete ao governo e que «não propõe o racionamento administrativo», mas antes «promove a liberdade e a necessidade de os profissionais de saúde dizerem não: eu não concordo com esta *guideline* - a liberdade de dizer não está clarissimamente escrita no parecer, que ninguém o refira, lamento», sublinhou.

«A transparência é defendida no nosso parecer através de declaração pública de conflitos de interesses de todos: médicos, enfermeiros, farmacêuticos, jornalistas, associações de doentes». Salientou que nos comentários ao parecer nunca se falou desta questão do conflito de interesses. «Que extensão deve ter essa declaração?», questionou, defendendo o aprofundamento do conceito. «Deve ser público? É importante que as pessoas saibam se recebemos dinheiro da indústria para fazer conferências ou ensaios clínicos? Claro que sim! Mas não apenas eu, todos os que estão aqui nesta sala devem poder aceder a essa informação!» Mais à frente no debate, Miguel Oliveira da Silva referiria o facto de não encontrar as declarações

de conflitos de interesses relativas às NOCs no site da DGS e que considerava que uma ampla (pública) divulgação das mesmas é essencial, realçando que a sua está divulgada e de forma pública e acessível.

Considerando ter havido manipulação do conteúdo do parecer, Miguel Oliveira da Silva explicou: «O que disse o parecer do CNECV sobre o factor etário? O racionamento implícito – e todo o parecer é obviamente construído para condenar o racionamento implícito e defender o racionamento explícito – pode ser discriminatório, e é quase sempre, se se basear em factos como a idade – coisa que ninguém quer –, classe social ou género, perpetuando a exclusão de grupos marginalizados – com certeza que ninguém quer perpetuar essa exclusão – assim deve haver um debate e incluir um escrutínio ético sobre a avaliação de racionar por idade, obviamente para a recusar. É o que quer dizer o ‘assim’. Se eu cito as duas últimas linhas e omito as cinco de cima... acusam o CNECV

de querer matar os velhos». «É evidente que ninguém quer fazer nenhuma discriminação por idade», sublinhou este orador já na fase de debate.

«Claro que há racionamento ético. Com certeza que é uma palavra com significado benigno na bioética e na economia da saúde», explicou Miguel Oliveira da Silva fazendo em seguida diversas citações (de Correia de Campos, do parecer do CNEDMOM, do Conselho de Bioética Alemão) que exemplificam essa interpretação do termo ‘racionamento’, da qual

referimos apenas uma a título de exemplo: «racionamento é esforço de distribuição de forma equitativa de recursos limitados. Todo o racionamento inclui racionalização. Não são conceitos opostos» (João Lobo Antunes numa sessão clínica do HSM/FMUL no dia 20 de Dezembro de 2012). Para Miguel Oliveira da Silva, a sua opinião de que racionamento e racionalização são conceitos complementares e não opostos está fundamentada em diversos autores. «Não é racionamento ou racionalização



mas sim racionamento com racionalização», acrescentou. «O vocábulo só é perigoso porque na aceção comum invoca tristes memórias da segunda guerra mundial; o CNECV devia ter feito uma extensa nota de rodapé ou um glossário a dizer ‘vamos usar o termo em sentido técnico’», assumiu.

«Portanto quando agora se vem falar em planeamento em saúde, mas não racionamento, priorização, mas não racionamento: deixemo-nos de eufemismos, isto é tudo a mesma coisa», defendeu Miguel Oliveira da

Silva. O orador explicou como é pernicioso permitir que se mantenha o racionamento implícito: «o racionamento implícito varia de local para local, é aleatório e inibe o prescritor. Isso não queremos. O que eu defendo é que esse racionamento deverá ser tanto quanto possível explícito, com revisão periódica – discutido por todos – com uma declaração pública extensa acessível num site, com as comissões de farmácia em rede para que não suceda recusar-se um medicamento na Alfredo da Costa e comprá-lo em Santa Maria, para doentes com a mesma situação, excepção fundamentada do prescritor sempre. O médico não é nunca um executor do Estado. Não há racionamentos administrativos, nem coisas do género. Isto mantém a confiança dos doentes». Defendeu, portanto, que o que o CNECV pretende é «acabar com o racionamento silencioso» e que «‘priorização’ é a tradução em linguagem *soft* dos economistas da saúde para ‘racionamento’».

Para terminar, o orador repetiu que qualquer dúvida suscitada pelo parecer 64 do CNECV, se resolve, resumindo, na conclusão nº 12 do parecer: «Em qualquer caso, o CNECV tem como essencial que tudo o que se faça não pode de modo algum pôr em causa a relação de confiança e de aliança terapêutica entre os doentes e os profissionais de saúde. Foi para que isso nunca aconteça que se elaborou este parecer», concluiu.

**A resposta é fácil... Mas as implicações da resposta não se**

### estão a querer aceitar

Seguiu-se um profícuo debate do qual damos conta transcrevendo resumos de diversas posições. Esta fase iniciou-se com a opinião do economista **Pedro Pitta Barros** a pedido da moderadora, Marina Caldas. Para o economista, o termo 'acionamento' não o incomoda e explicou porquê: «o acionamento é um conceito que em economia sempre esteve presente. Sempre foi preciso fazer escolhas porque não há recursos que cheguem para tudo e qualquer escolha implica um acionamento: implica abdicar de algo para fazer outra coisa, portanto esta é uma discussão que me parece um pouco estéril. A questão é com que regras se fazem essas escolhas. Acionamento



pode ter muitas conotações por isso pode ser melhor falar em escolhas inteligentes ou racionalização se preferirem». «Arranjem outro nome qualquer, chamem-lhe arco-íris, tanto faz», gracejou, explicando que «o facto é que temos que fazer escolhas e é importante definir os mecanismos pelos quais as vamos fazer», mecanismos esses que têm que ser muito claros, conforme frisou. O essencial será a definição do modelo que se quer seguir: «Devemos como sociedade considerar que toda a gente tem direito a um tempo de vida em boas condições?

Se respondermos que sim a esta questão estaremos então também a fazer um juízo sobre se devemos pôr à frente alguém que já satisfaz um tempo de vida longo, face a alguém que ainda não teve esse tempo de vida». Este é o tipo de debate ético a que Pedro Pitta Barros gostava de assistir «porque a pergunta em si mesma leva a uma resposta fácil... Mas as implicações da resposta são aquelas que não se estão a querer aceitar», afirmou peremptório. O economista realçou ainda que «quando se fala em estabelecer prioridades, não acho que isso signifique não tratar. Significa que trato primeiro uns e só depois passo aos seguintes. Pode significar tratar com menores recursos. Mas passar



de estabelecer prioridades para 'matar pessoas idosas' parece-me um passo muito grande e muitas das decisões que são tomadas neste campo são na margem. Não fazer algo porque não vale a pena é diferente de simplesmente não fazer nada ou de gastar mesmo que já não valha a pena», concluiu. Oradiologista **Cansado Carvalho** realçou o grande impacto económico da «modulação da qualidade», considerando que esse é um aspecto «que não é devidamente sublinhado». «Se nós conseguirmos aumentar a qualidade e se reduzirmos

critérios de segurança, poderemos ter resultados e uma capacidade de resposta muito superiores», referiu explicitando a sua posição com o exemplo de um cenário de guerra em que se se exigir todas as condições de segurança para o transporte dos doentes então não se vão obter bons resultados. «A medicina durante vinte séculos teve como objectivo principal aumentar a longevidade. As mudanças de perspectiva têm que ser feitas com lentidão para não criarem pânico mas toda a gente vai morrer um dia; o sofrimento da morte, quer do próprio quer dos seus familiares, depende da conjugação das expectativas com a realidade: por exemplo, ninguém tem a esperança de fazer um transplante hepático como fez o Steve Jobs porque não está na nossa gama de expectativas. Temos que repensar qual o nosso objectivo: a máxima longevidade ou a máxima qualidade total de vida, o que é um conceito difícil de definir mas que inevitavelmente vai ter que ser abordado», concluiu.

**Manuel Castelo Branco**, jurista de Coimbra interessado em temas de bioética, explicou que pretendia sair deste debate mais tranquilo: «Vim para o debate esperando ficar tranquilizado e fiquei com o que disse o Senhor Bastonário», referiu, aproveitando para elogiar a defesa que o presidente da OM faz da medicina, do Estado Social, do SNS e desta matéria civilizacional. «Fiquei igualmente tranquilizado ao ouvir o Dr. Rui Nunes. Mas ouvir o Dr. Miguel Oliveira da Silva não me deixa nada tranquilo... O que está em causa é saber se a dignidade da pessoa humana é um valor absoluto ou relativo. A questão



de fundo do racionamento é saber se uma vida humana idosa ou com uma patologia particular – uma deficiência, um autismo, SIDA, etc. – é ou não um valor absoluto». Manuel Castelo Branco defendeu que «este não é um problema de saúde ou da economia ou gestão de saúde: é um problema da concepção filosófica do ser humano, um problema de introdução do relativismo moral», algo que classificou como inaceitável. «Onde a barreira do humano cede, abrimos a porta a tudo», concluiu.

A estrutura definida para o debate incluiu, naturalmente, resposta e comentários intercalados por parte dos oradores convidados. Citando uma das encíclicas o papa Karol Wojtyła, **Miguel Oliveira da Silva** afirmou que «a vida humana não é um valor absoluto». **Rui Nunes**, por seu lado, defendeu que o CNECV propõe «uma mudança de filosofia, de paradigma da ética» para um «paradigma utilitarista» e afirmou que a sua posição será sempre oposta à do economista Allan Williams, pois não aceita que existam «vidas que não valem a pena ser vividas». «É esta sociedade que nós queremos?», questionou. «O problema é que priorizar implica um pacote base. O mínimo decente de cuidados de saúde que podem ser prestados às pessoas». Já para **Serpa Oliva** muitas das questões levantadas a propósito do parecer do CNECV demonstram que «as pessoas não conhecem o parecer ou não leram as conclusões» o que acaba por, em seu entender, originar «muita demagogia no debate deste assunto» pois considera que ninguém «põe causa o valor da vida das pessoas idosas» e que o próprio parecer do CNECV

«nunca o pôs em causa» e lembrou que o mesmo foi pedido «para analisar a possibilidade de racionar a aplicação de medicação em três patologias específicas», nada mais.

**José Manuel Silva** interveio nesta fase para explicar que a única razão pela qual nunca se falou da questão do conflito de interesses é por ser «pacífica»: «é praticada, por exemplo, no âmbito do protocolo que a OM tem com a DGS para a elaboração de normas de orientação clínica», ainda que possa ser melhorada. Referindo-se a *rankings* explicou que nem sempre as estatísticas referidas estão certas pois «os últimos dados publicados pela OCDE, actualizados em Outubro de 2012 mas que são referentes a 2010, dizem que Portugal está em 7º lugar nos gastos com saúde em termos de percentagem de PIB. Mas se atentarmos à percentagem da despesa pública com saúde nos países da OCDE, o nosso país está em 25º; o gasto público em Portugal corresponde apenas a 65,8% enquanto que, por exemplo, na Holanda, que está em segundo quanto a percentagem do PIB, a despesa pública com saúde é de 85,7%, na Alemanha 76,8%, em França 77%. Se olharmos à despesa *per capita* estamos em 23º, com uma média de 2728 dólares/ano contra uma média *per capita* na OCDE de 3265 dólares/ano», o que significa que estamos muito abaixo da média da OCDE. Especificamente sobre algumas afirmações do presidente do



CNECV, José Manuel Silva referiria uma forma de resolver a divergência de opiniões. «Quero saudar a interpretação feita pelo Prof. Miguel Oliveira da Silva relativamente ao parecer 64 do CNECV», afirmou, propondo que o parecer seja rescrito para que essa interpretação seja plasmada no texto: «gostava de ver escrita a rejeição da admissibilidade do racionamento por idade. Escreva-se para que não haja dúvidas», para que o parecer seja clarificado e «então seremos os primeiros a apoiar esse parecer», algo que, em sua opinião, deveria incluir o glossário a explicar em que sentido se usa o termo ‘racionamento’, sublinhou. Miguel Oliveira da Silva considera ser desnecessário fazê-lo, frisando que está estatuído no parecer que o médico é soberano no que se refere à prescrição, nomeadamente no ponto 4 das conclusões: «em todos os protocolos ou normas de orientação clínica, o CNECV



entende dever recordar que, sendo a independência e a responsabilidade na prescrição inseparáveis da boa prática clínica, o direito à excepção, devidamente fundamentada, deve estar contemplado (tal como a penalização da excepção não fundamentada)».

Já **Rui Nunes** entendeu estar-se a iludir a essência indo ao acessório pois «um modelo de priorização ética na saúde tem que ser concebido a nível macro, tem que ser concebido e estruturado com base nos grandes referenciais do nosso modelo social, portanto são decisões que competem a todos os parceiros. A questão do conflito de interesses faz sentido a uma escala micro mas não nesta perspectiva holística de enquanto sociedade sabermos que sistema de saúde queremos e se queremos ou não o sistema de priorização». O director do Serviço de Bioética e Ética considerou que nada do que possa ser dito invalidará o que foi escrito: «assim, pensamos incluir

enorme falta de sensibilidade social» fazer este tipo de análises, por estarmos num momento em que «a população está a passar por tantas carências», defendendo que o debate dobre a priorização em saúde deveria ser feito num momento em que houvesse estabilidade e crescimento, e em que o sistema de saúde estivesse a ter bons resultados. Nas suas conclusões referiria ainda a necessidade de uma reforma profunda e estrutural do sistema de saúde «a qual não se antevê». «Mas concordo que podemos ‘andar e mastigar’ ao mesmo tempo. Portanto não vejo inconveniente que se leve a cabo uma reflexão profunda, plural e alargada em termos do modelo de priorização ética que queremos. Sem uma participação activa da sociedade não há hipótese de se aplicar um sistema de racionamento ético sem que as forças vivas da sociedade conjuntamente definam que modelo queremos».

falaciosa a comparação de gastos em saúde entre países mais pobres e mais ricos. «Porque é que não se fala nos desperdícios na justiça? De processos que nunca mais acabam e que nem sequer levam à condenação dos culpados», questionou.

**Luís Campos**, médico internista, director do Serviço de Medicina IV do Hospital de S. Francisco Xavier e presidente do Conselho Nacional para a Qualidade na Saúde, interveio no debate defendendo que o que «está em causa foi alguma falta de cuidado no uso de alguns termos no parecer do CNECV», «porque as conclusões são mais ou menos consensuais», afirmou, considerando ainda que terá havido, por parte da OM, «demasiada radicalização da discussão». Procurando recentrar o debate, Luís Campos defendeu: «o que se devia discutir era o seguinte: os países gastam em saúde em função da riqueza que têm. A Polónia gasta 1000 euros, nós dois mil e



mais um ponto que deverá ser objeto de escrutínio ético: **6) Analisar cuidadosamente as questões de justiça distributiva referentes às diferentes faixas etárias, incluindo: (...) b) a avaliação da permissibilidade de racionamento por idade; (...)**», in parecer 64º do CNECV. Considerou tratar-se de «uma



### **Quanto vale um ano de sobrevida num doente com cancro?**

**Heloísa Santos**, geneticista médica e pediatra, presidente de três comissões de bioética, entre as quais a comissão de ética do INSA, referiu que a médio prazo os custos de tratar mal os doentes serão mais elevados e apelidou de

a Holanda 3800 euros. Portanto a percentagem do PIB que gastamos é realmente superior à riqueza que temos, mas na despesa em medicamentos somos o 4º país da Europa a gastar mais. Gastamos 391 euros, o Reino Unido 290, a Dinamarca 229. Por isso é que a Troika considerou esta área da

despesa com saúde como uma em que devíamos fazer um esforço de contenção. Reduzir um terço nessa despesa é pôr um tecto. E quando se põe um tecto temos que fazer escolhas». «Quanto vale um ano de sobrevida num doente com cancro?» questionou afirmando ser essa uma das decisões que têm que ser tomada «mas previamente ao momento em que o médico está com o doente». À semelhança do radiologista Cansado carvalho, Luís Campos também considera que «a falta de qualidade sai muito cara»: «somos o país da Europa com maior taxa de estafilococos penicilina-resistentes; eu sei a variabilidade que existe com a mortalidade por AVC», confirmou, dando apenas dois exemplos para concluir que «a variabilidade da qualidade é atentatória da equidade e do acesso aos cuidados; a diminuição dessa variabilidade é uma missão que vai economizar muito dinheiro».

**António Vilar**, médico reumatologista e secretário-geral da ANDAR, referiu que, quanto aos custos dos medicamentos, «é preciso é que as entidades oficiais façam o seu trabalho porque não é possível que os medicamentos em Portugal sejam mais caros quando fazem parte de um cabaz onde está Espanha, Itália e Grécia e não são revistos ao fim de uns anos, enquanto que os outros países o fazem». Especificamente sobre a utilização de biológicos, António Vilar referiu que existem normas para a sua prescrição e que há de facto desperdícios quando «nalguns hospitais essa terapêutica é dada como primeira alternativa». Sobre o parecer do CNECV, António Vilar fez uma análise crítica: «(...) O problema é que o parecer deixa a porta

completamente aberta para a entrada de um racionamento político. E é em relação a isso que estamos contra. (...) O que é certo é que neste momento há médicos a serem chamados pelos conselhos de administração para serem intimados a alterar a sua prescrição»...

**Fernando Esteves Franco**, ortopedista que assistia em directo do Distrito Médico do Algarve, também interveio no debate apelidando a discussão de «extemporânea» por considerar que existem outras questões prévias a resolver, nomeadamente «eliminar desperdícios do SNS». «Se eu tiver 20 doentes a necessitar de próteses da anca e tiver 15 próteses estou simplesmente a racionar; Mas se tiver 20 doentes com idades diferentes, e puser nos mais jovens próteses muito mais caras de cerâmica e nos mais velhos próteses cimentadas, estou a racionalizar. Ou seja, não podemos analisar as questões de forma cega», explicou, reafirmando que «antes de discutir o dinheiro que há, devemos pensar na racionalização dos próprios cuidados de saúde e pensar numa verdadeira articulação entre níveis de cuidados» e «em função dessas alterações, ganhar melhor produtividade com menores custos», concluiu.

**Miguel Oliveira da Silva** explicou à assistência que o pedido de parecer foi anódino e feito em termos simples: ao abrigo da sustentabilidade do SNS foi pedido ao CNECV que se pronunciasse sobre «os fundamentos éticos da contenção de custos – ou da prioridade de custos – na área dos medicamentos biológicos, oncológicos e retrovirais». A

propósito do extremar do debate concordou com Luís de Campos e reafirmou o assumir da culpa por não ter sido colocado no parecer um glossário que esclarecesse o âmbito dos termos utilizados. No final da reunião realçou o que apelidou ser o «ruidoso silêncio sobre o parecer do CNEDMOM» e voltou a frisar que considera que racionamento e racionalização são conceitos complementares, que existe racionamento ético e que a decisão final será sempre do prescriptor, concluindo reforçando a referência às declarações de conflito: «é extremamente importante que a OM e os profissionais de saúde desenvolvam uma política extensa e pública de declaração de conflitos de interesses pessoais e institucionais».

Defendendo que o combate ao racionamento implícito não se faz transformando-o em racionamento explícito, **José Manuel Silva** lembrou que a variabilidade excessiva é obviamente um sinal de menor qualidade e aumenta a despesa mas que «o caminho já estava a ser percorrido em termos de racionalização dos gastos em saúde, precisamente com as Normas de Orientação Clínica e as respectivas auditorias, com a recertificação e as carreiras médicas, a melhoria da gestão e o combate ao desperdício, à fraude e à corrupção, isso sim é racionalização (e não racionamento que não são sinónimos)»; Medidas que «irão reduzir tendencialmente a variabilidade e melhorar a qualidade, o que levará naturalmente a uma redução de custos». «É numa ética fundamentada no Código Deontológico, e não uma ética politicamente comprometida, em que se deve basear a nossa prática clínica». Sendo certo que



a sustentabilidade do nosso SNS depende da sustentabilidade do país e que é aí «que as energias se devem concentrar», o bastonário da OM não tem dúvidas que a sustentabilidade do SNS «é inquestionável» e que os dados da OCDE atestam esse facto.

#### **O CNECV devia ter sido mais cauteloso na análise e mais rigoroso nas conclusões**

O médico **José Poças**, especialista em Medicina Interna e Doenças Infecciosas, defendeu que o parecer do CNECV deveria ter sido emitido mesmo sem qualquer pedido, sendo que o seu âmbito deveria ter sido muito mais alargado. «O cerne da questão é qual a pertinência de se fazer este parecer sobre três patologias? Porque é que não se fez um parecer sobre a inovação terapêutica?». Uma análise mais ampla «servia quer para a artrite reumatoide quer, por exemplo, para a hepatite C», patologia que «estranhamente ficou omissa do pedido do Ministro». José

Poças lembrou que as soluções de sustentabilidade «também têm que ter em linha conta que a inovação é o principal factor do aumento dos gastos com saúde, não o envelhecimento da população» e que existe «um desperdício inerente à actividade humana»: «não podemos mirificar porque 'desperdício zero' não existe». **Jorge Espírito Santo**, especialista em Oncologia Médica e Medicina Interna, manifestou a sua perplexidade por certas questões estarem na ordem do dia neste preciso momento, quando «a OM já tinha denunciado há muito tempo a existência de racionamento implícito, por exemplo, em oncologia». Nessa área específica salientou que Portugal tem custos por doente tratado muito baixos, «cerca de um terço da média da União Europeia e quase 1/5 relativamente aos países que gastam mais». Uma análise que leva este especialista a questionar porque razão essa área foi incluída no parecer solicitado pelo Ministro visto

que «claramente, os oncologistas portugueses já fazem as melhores escolhas». Jorge Espírito Santo terminou a sua intervenção expressando profunda preocupação porque «o modelo proposto dá o poder de decisão final, relativamente às escolhas, ao poder político do momento e não sei como isso se compagina com uma relação terapêutica de confiança».

**João Gamelas**, médico especialista em Ortopedia e Medicina Desportiva, regozijou por ter participado num debate científico sobre um tema particularmente pertinente: «o racionamento é um tema que está presente na nossa prática clínica diariamente e que nos obriga a fazer escolhas». O especialista felicitou os intervenientes por se ter reduzido a radicalização da discussão e por se estar a «construir sobre as várias posições». Quanto aos argumentos de um lado e de outro, não hesitou em afirmar que «nos dias de hoje todos os combates são prioritários e têm que ser simultâneos: contra a fraude e contra o desperdício, seja na saúde, na justiça ou em qualquer outra área». Simplesmente porque «não interessa qual é a percentagem do PIB: a questão é que já não temos margem para acomodar desperdícios e fraudes», afirmou. Relativamente à polémica provocada pelo parecer do CNECV, João Gamelas também tem uma posição muito firme: «os pareceres são todos importantes para questões em que não temos solução e todos devem ser bem recebidos». «Se temos uma procura excessiva vamos ter que fazer escolhas... Felizmente o debate está lançado: é importante decidir a quem vamos dar o quê e quem, como e quanto paga. (...)»

Se numa avó de 65 anos ponho uma prótese de 2500 euros e numa avó de 85 uma prótese de 100 euros, o que acabei de fazer? Racionei? Racionalizei? É boa prática? É implícito? Explícito? Há critérios?». Esta última questão é de facto a que João Gamelas considera essencial: «o importante é que haja cada vez mais critérios e que não admitamos que de um lado da rua para o outro haja diferenças nas regras que se aplicam».

**Jaime Teixeira Mendes**, cirurgião pediatria aposen-tado, explicou considerar que a palavra 'racionamento' foi infeliz e explicou com alguns exemplos limite nomeadamente o do doente de Cabo Verde que precisava de um transplante hepático que se fazia na Bélgica. «Contactámos o hospital belga e o valor que foi pedido era tão elevado que quando o comunicámos à assistente social cabo verdiana a resposta que nos foi dada foi 'se nós tivéssemos esse dinheiro vacinávamos as crianças todas; é evidente que não vamos pagar esse transplante hepático'» e concluiu: «isto é racionamento». Este cirurgião defendeu o papel fundamental das Comissões de Ética Hospitalar: «não podem ser nem o médico nem os políticos a tomar estas decisões: (...) as Comissões de Ética Hospitalar têm a obrigação de, com os médicos, decidirem sobre estes casos».

**Arsisete Saraiva**, presidente da ANDAR, demonstrou o seu incómodo com o facto de usarem a artrite reumatóide como «bode expiatório dos gastos» e explicou que a associação já se ofereceu várias vezes para ir às farmácias hospitalares

«fazer o levantamento de quem é que está a fazer tratamentos biológicos, por especialidade», mas tal proposta nunca foi aceite. Também como presidente do comité executivo do Fórum Saúde referiu que apresentaram várias soluções «e uma delas é a existência de uma central de compras única, com auditorias sem dia nem mês certo, pois quem não deve não teme». Para acentuar a relevância de tratar bem os doentes como forma de poupar dinheiro, Arsisete Saraiva relembrou o caso da



doente do Hospital de Braga que esperou um ano para um fármaco específico. A verdade é que «há seis meses que a doente está a fazer essa medicação e já entrou em remissão, o que quer dizer que a doente voltou ao trabalho». «Diagnóstico precoce e doentes bem tratados: quando mais depressa se diagnostica, mais facilmente se trata e mais recursos se irão poupar».

**Fernando Gomes**, presidente do Conselho Regional do Centro (CRC) da OM, achou que em alguns momentos do debate se «fugiu a discutir coisas essenciais». Relativamente à

percentagem do PIB que se gasta com saúde, sugeriu à assistência que procurasse na internet a análise de Richard Wilkinson, no que se designam por *Ted Talks*, e que explica de forma clara como as grandes disparidades de rendimentos, ou seja a desigualdade económica e social, tem efeitos reais nefastos na saúde, tempo de vida e mesmo em valores básicos como a confiança. Através de uma comparação de sistemas de saúde, Wilkinson demonstra «que essas comparações através do PIB não traduzem a realidade». Fernando Gomes explicou que, nessa análise, «o país que aparece com maior desigualdade social é os EUA, depois Singapura e em 3º lugar Portugal». O presidente do CRC realçou a importância do relatório do FMI do ponto de vista da análise que faz mas não teve dúvidas em afirmar que já as propostas de redução de despesas lhe parecem desadequadas e em áreas que não são as melhores para fazer cortes. Especificamente sobre o parecer 64, Fernando Gomes saiu do debate devidamente esclarecido: «não tenho dúvidas de que o CNECV devia ter sido mais cauteloso na análise e mais rigoroso nas conclusões».



---

## Recusa de medicamentos pode ser crime

Segundo a professora catedrática de direito penal, Fernanda Palma, em artigo publicado no Correio da Manhã de dia 20 de Janeiro, a recusa de medicamentos pode consubstanciar um crime e, como tal, originar um procedimento criminal. Paulo Sancho, advogado responsável pelo Departamento Jurídico da OM, considera que as queixas crime a, hipoteticamente, apresentar, neste contexto, devem ocorrer apenas numa «clara situação de perigo para a vida» e, entre outros factores a ter em conta, quando esse perigo resulte da omissão do tratamento indicado e desde que os decisores tenham conhecimento das consequências da sua decisão na saúde ou para a vida do doente.

---

A recusa de medicamentos pode consubstanciar um crime de homicídio ou ofensas à integridade física. É essa a opinião de Fernanda Palma, professora catedrática de direito penal, secundada pelo Departamento Jurídico da Ordem dos Médicos. Qualquer um desses crimes pode ser cometido por negligência (arts. 137º e 148º, nº 3 do Código Penal). Esta situação é agravada pela 'posição de garante' dos médicos, conforme referiu Fernanda Palma: «Haverá uma omissão dos que detêm uma 'posição de garante', ou seja, estão obrigados a zelar pela saúde dos doentes, que pode ter como consequência a morte ou uma ofensa corporal. A omissão traduzir-se-á na não aquisição,

não disponibilização ou não prescrição de medicamentos e podem estar em causa homicídios ou crimes contra a integridade física», explica. A mesma conclusão se pode retirar da consulta feita ao advogado Paulo Sancho: «se a não aquisição de medicamentos ou a não disponibilização dos mesmos, por parte daqueles que estão obrigados a fornecê-los, gerar um perigo concreto para a saúde ou vida dos doentes pode haver matéria para participação por crime de ofensa à integridade física eventualmente agravado pelo resultado morte se esta for uma sua consequência».

Quanto à justificação potencial de que os médicos estão a agir no cumprimento das ordens

superiores, nomeadamente da tutela, Fernanda Palma foi igualmente peremptória ao referir que «a Constituição determina que o dever de obediência cessa perante ordens que conduzam à prática de crimes», ou seja, o cumprimento de uma ordem que leve à prática de um crime não relevará para efeitos de desculpabilização ou descriminalização do médico que potencialmente cometa o acto de recusa de um determinado medicamento.

A professora catedrática não tem dúvidas em afirmar que «se a omissão for dolosa, ou pelo menos, negligente e originar a morte ou uma ofensa, estarão preenchidos os elementos de um crime», crime esse que, na opinião



do departamento jurídico da OM seria, numa primeira análise, um crime de ofensa à integridade física grave e, no caso de morte, agravado pelo resultado.

Divulgamos em seguida o parecer do Departamento Jurídico da OM que responde a várias perguntas, nomeadamente, a de saber o que fazer quando as administrações hospitalares dificultam o acesso a medicamentos e se é possível fazer queixa à Procuradoria em face dessa situação.

### Parecer do Departamento Jurídico da OM

«A possibilidade de apresentar uma participação na Procuradoria-Geral da República imputando um determinado crime a uma administração hospitalar ou, genericamente, aos decisores administrativos, por não ser disponibilizado o acesso a medicamentos depende do caso concreto e da prova que possa ser produzida sobre a actuação dos ditos decisores e do resultado na saúde ou vida dos doentes.

Se a não aquisição de medicamentos ou a não disponibilização dos mesmos por parte daqueles que estão obrigados a fornecê-los gerar um perigo concreto para a saúde ou vida dos doentes pode haver matéria para participação por crime de ofensa à integridade física eventualmente agravado pelo resultado morte se esta for uma sua consequência.

Poderemos, assim, prefigurar o enquadramento desta factuabilidade no crime de homicídio ou no de ofensa à integridade física grave, consoante a situação, sendo que nos inclinamos para este último que, no caso de morte, seria agravado pelo resultado.

Vejamos o que nos diz o tipo de

crime de ofensa à integridade física grave, previsto e punido no artº 144º do Código Penal (CP).

**Artigo 144.º Ofensa à integridade física grave**

**Quem ofender o corpo ou a saúde de outra pessoa de forma a:**

**a) Privá-lo de importante órgão ou membro, ou a desfigurá-lo grave e permanentemente;**

**b) Tirar-lhe ou afectar-lhe, de maneira grave, a capacidade de trabalho, as capacidades intelectuais, de procriação ou de fruição sexual, ou a possibilidade de utilizar o corpo, os sentidos ou a linguagem**

**c) Provocar-lhe doença particularmente dolorosa ou permanente,**

**ou anomalia psíquica grave ou incurável; ou**

**d) Provocar-lhe perigo para a vida;**

**é punido com pena de prisão de dois a dez anos.**

Em consonância com as anotações da Prof. Doutora Paula Lobato de Faria ao “Comentário Conimbricense do Código Penal” – 2ª Edição, pag. 351, na alínea d) do artigo supra transcrito: “(...) contemplam-se situações em que a lesão da integridade física (que pode não ser grave) gera um perigo para a vida da vítima. Coloca-se a questão de saber se esta alínea consagra um crime de perigo concreto ou um



*crime de perigo abstrato, ou seja, se se pode considerar suficiente para o preenchimento do tipo que das circunstâncias do caso seja razoável deduzir um perigo para a vida da vítima (mesmo que em concreto ele não tenha existido), ou se se torna necessária a sua verificação in concreto (...).*

*O nosso legislador não enumerou as várias formas de realização pelas quais a ofensa à integridade física dolosa se torna “perigosa” para a vida (isto é, não presumiu a perigosidade de certas condutas, o que aproximaria a incriminação dos crimes de perigo abstrato), mas preferiu acentuar a importância da criação do perigo enquanto resultado, que pode surgir de várias formas, e o que parece depor a favor da qualificação desta alínea como um crime de perigo concreto. (...)*

*Aceitando tratar-se de um crime de perigo concreto, só se deve considerar que existe um perigo para a vida tipicamente relevante quando os sintomas apresentados pela vítima, segundo a experiência médica de casos similares, forem susceptíveis de determinar com elevado grau de probabilidade e iminência a sua morte (supõe-se, em princípio, a perturbação de funções orgânicas vitais). Não é suficiente a mera possibilidade de um desenlace fatal para se poder falar de perigo para a vida, muito embora seja suficiente que o perigo efectivo perdure por um curto espaço de tempo. (...) Por outro lado, e como é evidente, não se poderá concretizar o resultado*

*morte, já que nesse caso estaríamos perante o crime agravado pelo resultado previsto pelo art. 147º.”*

Por outro lado e ainda seguindo as anotações do Comentário Conimbricense supra referido (pag. 357), diz-se que o dolo eventual é suficiente para o preenchimento do tipo subjectivo de ilícito, exigindo-se no que toca à al. d) “o conhecimento das circunstâncias que tornam o comportamento perigoso sob o ponto de vista do bem jurídico protegido (neste caso, a vida), não se tornando necessária a vontade da lesão efectiva do mesmo bem jurídico”.

Qualquer dos tipos de crime mencionados – homicídio ou ofensas à integridade física – podem ser cometidos por negligência (arts. 137º e 148º, nº 3 do CP).

A participação por cometimento de qualquer destes tipos de crime na situação que nos foi prefigurada só deverá ter lugar – para que tenha probabilidades de ter sucesso – quando se verifiquem indícios de que existe uma clara situação de perigo para a vida, directamente criada por restrição de acesso aos medicamentos e consequente omissão do tratamento indicado e se possa imputar aos decisores administrativos o conhecimento das circunstâncias em que actuam e das consequências que a sua decisão pode originar para a saúde ou para a vida de uma pessoa.

Ou seja, para que se possa apresentar uma participação crime devem ser recolhidos os dados concretos relevantes e necessários para que, pelo menos o doente e o médico sejam identificados. Não será preciso ter conhecimento de quem tomou a decisão de não disponibilizar o(s) medicamento(s), na medida em que nada obsta que a queixa seja dirigida contra incertos. Todavia, já será necessário que existam documentos e/ou testemunhas que demonstrem indiciariamente que foram transmitidos aos decisores os elementos bastantes para que estes tenham a noção do dano que a saúde ou a vida do doente poderá sofrer no caso do medicamento não ser disponibilizado.

Assim e salvo melhor opinião, a actuação da OM neste tipo de situações e para estes efeitos – apresentação de participação crime – está limitada porquanto precisa que os médicos lhe dêem conhecimento explícito e minimamente detalhado dos casos. Contudo, uma vez que disponha de tal informação, poderá participar os factos à PGR para que seja desencadeado inquérito penal e apuradas as responsabilidades criminais que existam.

O Consultor Jurídico  
Paulo Sancho  
Advogado»



## Carta aberta aos dirigentes políticos e autoridades de saúde da Europa

Foi apresentada no dia 15 de Janeiro a Carta aberta aos dirigentes políticos e às autoridades de saúde da Europa, documento subscrito pelos presidentes das associações médicas de Portugal, Espanha, Grécia e Irlanda (e várias outras personalidades relevantes das respectivas comunidades académicas e médicas).

A Carta foi apresentada ao longo de uma semana nos quatro países subscritores: Portugal, Espanha, Grécia e Irlanda. No nosso país, este documento foi apresentado numa conferência de imprensa que contou com a presença de José Manuel Silva, bastonário da Ordem dos Médicos e Constantino Sakellarides, presidente da Fundação para a Saúde/SNS.

José Manuel Silva, fez um apelo à mobilização em defesa do direito à saúde dos cidadãos europeus e apelou a que essa área seja vista pelos governantes como «uma verdadeira prioridade». Constantino Sakellarides, uma das personalidades portuguesas que subscreveu a carta, falou sobre os efeitos nefastos da crise financeira na saúde das populações e realçou a sua perplexidade perante a total ausência de referências a esses mesmos efeitos potenciais no memorando da Troika por considerar que não

se pode, de forma alguma, negligenciar o impacto das medidas preconizadas nesse documento na saúde dos cidadãos. Uma das áreas em que o impacto da crise tem sido mais nefasto é a saúde mental: «a depressão tem aumentado nos que ficam no desemprego, nos que se endividam, etc.», referiu, recordando que «os antigos chamavam à depressão a 'tristeza maligna'». O aumento dos estados depressivos tem como consequência «o aumento da taxa de suicídios» o que se tem verificado de forma acentuada nos países com intervenção económica. Por outro lado, a crise tem também impacto nos comportamentos fazendo com que «as pessoas assumam mais facilmente comportamentos de risco como o consumo de álcool ou drogas». A falta de recursos financeiros leva a que «se trate apenas o que dói, ignorando, por exemplo, a diabetes e a

hipertensão». Constantino Sakellarides referiu ainda que, enquanto que em todos os países da Europa a taxa de mortalidade de pessoas a partir dos 65 anos, no Inverno, aumentou, em Portugal e Espanha esse aumento de mortalidade verifica-se também entre os 60 e os 64 anos. O presidente da Fundação para a Saúde defendeu a necessidade de se efectuarem «avaliações *à priori* das consequências ou efeitos da crise na saúde. Em Portugal não envelhecemos bem», explicou, «um português de 65 anos que tempo espera viver sem qualquer doença? Apenas 5 anos e meio, enquanto que um sueco terá mais 14 anos e um irlandês mais dez anos e meio»; esta situação aumenta o peso para o nosso SNS mas a questão que se coloca para Constantino Sakellarides não é esse acréscimo de despesas para o SNS mas sim perceber se, perante estes indicadores, ainda nos podemos permitir piorar



mais. Mas não é só na terceira idade que se está a sentir o peso da crise na saúde da população: «nas crianças há repercussões permanentes do *stress* crónico da pobreza que se reflectem na capacidade de aprendizagem»; É por essa razão que este subscritor da Carta aberta aos dirigentes políticos e às autoridades de saúde da Europa refere ser essencial que as pessoas percebam que

se continuarmos a empobrecer enquanto país isso terá reflexos na aprendizagem das nossas crianças e, consequentemente, nas qualificações dos nossos futuros profissionais. Sobre a Carta realçou tratar-se de um documento simbólico por ter sido subscrito pelos quatro países mais afectados pela crise e que «o que se pretende é também dar um sinal de que não podemos fazer

isto sozinhos: tem que ser médico com médico, pessoas da cultura, da política, de todos os sectores da sociedade» naquilo que foi apelidado como um movimento europeu de conciliação nacional, sendo a carta um convite à actuação de todos os sectores e entidades. «Se não conseguirmos pôr em cima da mesa as várias dimensões do problema, não vamos sair da crise», concluiu.

## Carta aberta aos dirigentes políticos e às autoridades de saúde da Europa

### 1.

Um dos mais significativos feitos das políticas internacionais, no campo social e da saúde, foi o reconhecimento de que qualquer política pública deve ter em conta as suas repercussões no bem-estar individual e das comunidades:

- O Tratado Europeu de Maastricht adotado em 1992 determinou que “as exigências em matéria de proteção da saúde constituem uma componente das demais políticas comunitárias.”

- A “cláusula social” do Tratado Europeu de Lisboa (2007) impõe que “na definição e execução das suas políticas e ações, a União tem em conta as exigências relacionadas com a promoção de um nível elevado de emprego, a garantia de uma proteção social adequada, a luta contra a exclusão social e um nível elevado de educação, formação e proteção da saúde humana.”

- O Livro Branco da Comissão Europeia, “Juntos para a saúde: uma abordagem estratégica para a UE (2008-2013)”, estabeleceu como um dos seus princípios fundamentais o da “saúde em todas as políticas”.

- Na Conferência ministerial europeia da OMS sobre “Sistemas de saúde. Saúde e prosperidade” (2008), todos os seus estados membros adotaram a Carta de Talin onde se estabeleceu que “os Ministros da Saúde devem promover a inclusão de matérias respeitantes à saúde em todas as políticas...”.

Os princípios políticos europeu formalmente adotados exigem que todas as políticas públicas tenham em conta o seu impacto na saúde e que sejam exploradas e seriamente consideradas as opções alternativas que tenham efeitos negativos mínimos na saúde.

Isto não está a acontecer na Espanha, Grécia, Irlanda e Portugal.

### 2.

Desde 2008 muitos países europeus vivem uma crise financeira, económica e social de intensidade crescente e enormes consequências sociais e na saúde.

A atual crise é o resultado de um conjunto complexo de fatores:

- A crise iniciou-se nos mercados financeiros internacionais;
- Expandiu-se devido a uma fragilidade bem conhecida da arquitetura do Euro;
- Tornou-se mais perigosa devido à resposta tardia e à falta de antecipação dos seus efeitos;
- Teve consequências mais desastrosas nos países mais vulneráveis como consequência das suas incapacidades imediatas e estruturais.

Grandes setores das comunidades destes países não contribuíram para esta crise nem beneficiaram dos seus precedentes mas estão a sofrer o pesado encargo das suas consequências.

### 3.

A Comissão Europeia, o Banco Central Europeu, o Fundo Monetário Internacional e os governos nacionais tomaram medidas de importância crítica no campo da economia e dos sistemas de proteção social nos vários países, nomeadamente nos últimos dois anos.

Não há indicações de que em tais processos de decisão o pagamento da dívida tenha gerado alternativas que incluíssem avaliações objetivas do seu impacto na saúde, conforme exigido pelos princípios referidos acima.

Não é aceitável tal omissão.

### 4.

A crise económica e social da dimensão agora sentida em muitos países europeus tem implicações bem conhecidas na saúde:

- Baixa da autoestima, aumento da depressão e suicídio;
- Suscetibilidade acrescida a doenças transmissíveis;

- Aumento de comportamentos de risco tanto em termos de dependências como em relação aos fatores de risco de doenças crónicas;

- Diminuição de acessos a serviços de saúde apropriados;

- Condições de trabalhos deficientes para profissionais de saúde.

Os serviços públicos têm sido privados das verbas necessárias para desempenhos adequados ao mesmo tempo que aumentam as necessidades em saúde na comunidade.

Eis o que está a acontecer: extenso e profundo sofrimento humano – um número crescente de situações que desafiam as mais básicas e éticas noções de dignidade humana.

Os sistemas de saúde em degradação – assim como emigração dos mais qualificados entre os mais jovens, o desemprego de longa duração e as baixas taxas de fertilidade – terão certamente consequências de longo prazo, afetando as gerações futuras.

5.

Uma das mais notáveis consequências de não se antecipar o impacto esperado na saúde de muitas das decisões financeiras tomadas é a falta de sistemas de verificação apropriados desses efeitos negativos da crise socioeconómica e de uma resposta efetiva atempada, aos níveis internacional, nacional e local, a estes efeitos adversos.

Isto é lamentável.

6.

Os signatários desta carta aberta apelam às autoridades de saúde e políticas, nacionais e internacionais, para que:

- Confirmem os princípios a que estão comprometidos, defendendo a proteção e a promoção da saúde na governação nacional e europeia;

- Se assegurem que, conscientes do impacto na saúde das decisões económicas e financeiras adotadas no passado recente, resultem numa rápida revisão de tais decisões de modo a urgentemente evitar mais deterioração da saúde e dos serviços de saúde nas nossas comunidades;

- Atuem imediatamente de modo a minimizar os já identificados efeitos da crise na saúde.

- Mobilizem e orientem para o bem comum o extraordinário potencial da inteligência, conhecimento e inovação das sociedades dos nossos dias, em vez de enfraquecer as possibilidades dos sistemas de saúde evoluírem, transformarem-se, desempenharem melhor as suas funções, tornarem-se mais centrados nos cidadãos e responderem aos desafios atuais e futuros.

## Assinaturas

Os presidentes das associações médicas Grécia, Espanha, Irlanda e Portugal e outras personalidades relevantes das comunidades académicas e médicas:

**Grécia** - Dr. Michael Vlastarakos, President, Hellenic Medical Association - Dr. George Patoulis, President, Athens Medical Association - Dr. Nikolas Maroudias, President of Hospital Medical Directors - Dr. Bodossakis-Prodrornos R. Merkouris, President, Greek Association of General Practitioners: ELEGIA - Dr. Andreas Seretis, President of Central Health Council - Mrs Olymbia Chaldaïou – Bitrou, President, OEKK “Agaliazo” National Association Against Cancer - Professor John Kyriopoulos, Dean, National School of Public Health, Professor of Health Economics - Professor Christos Lionis, Professor of General Practice and Primary Health Care, Faculty of Medicine, Uni-versity of Crete - Professor Aris Sissouras, Prof. Emeritus, Operational Research (Health Policy and Management), University of Patras - Dr. Charalampos Economou, Assistant Professor of Health Policy, Dept. of Sociology, Panteion University

**Irlanda** - Dr Paul McKeown, President of the Irish Medical organisation, Senior Lecturer in Epidemiology and Public Health in the Royal College of Surgeons Ireland and Consultant Physician in Public Health at the Health Protection Surveillance Centre in Dublin - Professor Charles Normand, Edward Kennedy Chair of Health Policy and Management, Centre for Health Policy and Management, Trinity College Dublin - Professor Cecily Kelleher, Professor of Epidemiology and Public Health and Head of the School of Public Health, Physiotherapy and Population Science, University College Dublin. - Professor Hannah McGee, Dean of the Faculty of Medicine and Health Sciences, Royal College of Surgeons Ireland - Professor Ivan Perry, Professor of Public Health and Head of the Department of Epidemiology & Public Health, University College Cork - Professor Joe Barry, Chair of Population Health Medicine, Department of Public Health and Primary Care, Trinity College Dublin - Dr. Steve Thomas, Resilience of the Irish Health Systems project, Centre for Health Policy and Management, Trinity College, Dublin

**Portugal** - Professor José Manuel Silva, President of the Portuguese Medical Association - Dr. Maria de Belém Roseira, Member of Parliament, Ex-Minister of Health - Dr. Paulo Mendo, Ex-Minister of Health - Professor Adalberto Campos Fernandes, Health Policy, National School of Public Health - Professora Ana Escoval, President of the Portuguese Association of Hospitals - Professor Constantino Sakellarides, Prof. Emeritus Health Policy, National School of Public Health - Professor Henrique Barros, Director of Department of Clinical Epidemiology, Predictive Medicine and Public Health, Medical School, University of Porto - Dr. José Aranda da Silva, 1st President of the Portuguese Institute of Pharmacies and Medicines - Maria Augusta Sousa, nurse, Board of Directors, Foundation for Health - NHS - Dr. Vítor Ramos, family doctor, pioneering team, Portuguese primary health care reform.

**Espanha** - Dr. Juan- José Rodríguez-Sendín: General Practitioner and President of the Spanish General Council of Medical Colleges. Professor Dr. José-María Segovia-de-Arana: Emeritus Professor and Member of the Royal Academy of Medicine. - Professor Dr. Joan RodésTeixidor: President IDIBAPS of the Clinic Hospital of Barcelona. - Professor Vicente Ortún Rubio: Health Economist and Dean of the Faculty of Economics of the PompeuFabra University in Barcelona - Professor Dr. Alfonso Moreno González: Clinical Pharmacologist and President of the Spanish Council of Post-graduate Health Specialization. - Professor Dr. José-Manuel Freire-Campo: Head of the Department of International Health at the National School of Public Health in Madrid - Professor Dr. José-Ramón Repullo-Labrador: Head of the Department of Health Planning and Economics at the National School of Public Health in Madrid





## Que Futuro para a estratégia de segurança nacional?

No dia 22 de Novembro a Ordem dos Médicos recebeu o general Loureiro dos Santos para uma conferência sobre o futuro da segurança nacional. Esta conferência integra-se num ciclo promovido pelo presidente da OM, José Manuel Silva, com o objectivo de reunir um conjunto de contributos exteriores (de sociólogos, políticos e médicos, entre outros) que permita enriquecer a visão da Ordem dos Médicos na análise dos problemas do país que, directa ou indirectamente, influenciam e afectam o estado da Saúde em Portugal, por forma a apontar novos e melhores caminhos.

O general Loureiro dos Santos começou por explicar que é normal que, de dez em dez anos, se faça uma análise para manutenção da segurança nacional e que a sua intervenção iria ter por base precisamente o documento em cuja elaboração participou e cujo objectivo é a definição do novo conceito estratégico do país. «A segurança nacional não é apenas uma questão militar» e, no caso de um país com a nossa dimensão, a principal preocupação é «sobreviver como Estado». A 'segurança nacional' prende-se com «a liberdade de acção que um país tem para defender os seus interesses». Se na Grécia antiga só se recorria aos estratagemas quando estávamos perante um conflito armado, «hoje em dia usa-se estratégias mesmo quando estamos perante um conflito

apenas do foro económico», explicou. No âmbito económico há duas estratégias essenciais: a acomodação ou a competição. «Também há estratégia quando os países competem pelos mercados ou quando se acomodam porque escolhem a que outros países ou situações se vão acomodar» e não é despendida a forma como um Estado escolhe acomodar-se a A mas não a B. Que activos nacionais temos para incluir na estratégia de segurança nacional? - «Identidade e coesão nacional», pois falamos a mesma língua e temos as mesmas grandes referências históricas o que se traduz em elementos que devem ser aproveitados para actuar em grupo, por potenciarem a coesão e a identidade; - «Existência de um regime democrático consolidado»;

- «Riqueza de recursos humanos e o potencial de investigação e desenvolvimento»;
- «Posicionamento geográfico» - Portugal é um espaço central do oceano Atlântico o que o torna importante para outras potências; ao mesmo tempo somos uma «valiosa plataforma continental»;
- Temos um «espaço linguístico relevante»;
- e uma «presença histórica de Portugal em vários continentes».

O estudo referido pelo general Loureiro dos Santos incluía igualmente as vulnerabilidades potenciais do nosso país:

- «Economia que não consegue gerar riqueza»;
- «Endividamento externo que limita a nossa liberdade de acção», facto que consubstancia, conforme foi sublinhado, uma «fortíssima vulnerabilidade»;

- «Existência de enormes desigualdades sociais e pobreza», o que afecta a coesão nacional;
- «Falta de qualificação de recursos humanos», vulnerabilidade que pode restringir as nossas possibilidades;
- «Posicionamento geográfico»
- Por ter interesse para outros países, o nosso posicionamento torna-nos vulneráveis, ainda que, se for bem aproveitado, se torne uma grande vantagem;
- «Deficiente funcionamento do sistema de justiça»;
- «Excessiva dependência externa em termos de energia» - se houver problemas no norte de África, conforme explicou o conferencista, Portugal terá graves dificuldades energéticas;
- «Dependência alimentar» pois importamos cerca de 70% do que comemos sendo necessário e urgente «reconstruir os sistemas produtivos»;
- «Território sujeito a vulnerabilidades», como catástrofes naturais, por exemplo.

Perante o quadro traçado relativo às mais valias e às áreas deficitárias de Portugal, Loureiro dos Santos abordou em seguida os objectivos da nação em termos de segurança nacional: os objectivos permanentes são, naturalmente, a independência e soberania, a preservação da identidade e da coesão nacionais, a defesa e valorização da nossa condição marítima e a liberdade de acção dos órgãos de soberania. Mas, para atingir estes objectivos estratégicos finais é essencial primeiro alcançar os objectivos conjunturais: restaurar a credibilidade externa, corrigir as vulnerabilidades, valorizar a condição atlântica (o que implica ter Marinha, bons portos, meios de transporte para conduzir os produtos para o

interior da Europa, etc., caso contrário de nada releva o nosso posicionamento geográfico estratégico), preservar uma defesa militar autónoma nesta conjuntura em que é necessário racionalizar e rentabilizar recursos.

No domínio da defesa nacional, que ameaças existem aos nossos objectivos? Loureiro dos Santos explicou que as ameaças residem em conflitos regionais em várias áreas do mundo (onde existem recursos que podem ser importantes), na proliferação das armas de destruição maciça (o que potencia conflitos que podem afectar-nos), a multiplicação de Estados desestruturados que não conseguem garantir o bem estar dos seus povos, o terrorismo transnacional, o ciberterrorismo e a cibercriminalidade, a criminalidade transnacional organizada, a pirataria que põe em causa as vias de comunicação marítimas, a disputa de recursos naturais escassos (nomeadamente minerais raros que são indispensáveis para determinados tipos de tecnologia), desastres naturais, atentados intencionais ao ecossistema, pandemias potencializadas pela globalização, etc. Além das ameaças gerais, existem ainda os chamados «riscos de vizinhança»: resultante da nossa localização, um clima de seca na Península Ibérica teria consequências graves para Portugal em virtude das alterações dos caudais dos nossos rios; Um conflito generalizado no Mediterrâneo afectaria o nosso país, a produção de sucessivas vagas de emigração clandestina do norte de África para a Europa, possibilidade de, como resultado das revoltas árabes, criação de grupos extremistas que se instalem no norte de



África, efeitos radioactivos de potenciais ataques terroristas às instalações nucleares espanholas, possibilidade de agravamento do conflito interno das autonomias espanholas, aumento das acções de pirataria no Golgo da Guiné e na costa do Norte de África, riscos tecnológicos, etc. «Ameaças para as quais temos que estar preparados» para que não sejam impeditivas de atingirmos os objectivos enunciados. «Mas tudo isto se passa num contexto em que os outros actores também têm os seus objectivos e estratégias com as quais temos que nos ir conjugando», explicou o conferencista, referindo que, por exemplo, os EUA estão a alterar a sua estratégia «retirando-se da Europa» o que significa que, se houver conflitos de vizinhança, terá que ser o velho continente a lidar com eles sozinho. Outras questões essenciais para os nossos objectivos nacionais, que foram referidas pelo general Loureiro dos Santos, são a relação com os países da CPLP e o papel da aliança atlântica («a Nato vai manter-se como uma aliança estrutural para Portugal?») que podem ter forte influência na nossa definição estratégica futura. Foram explicados alguns factores da acção estratégica nacional que se traduzem da seguinte forma:

- finalidade de combater as vulnerabilidades e ameaças («por exemplo: resolver a crise de desenvolvimento, gerir o envelhecimento da população, garantir o abastecimento energético e alimentar, etc.»)
- forte ligação com as questões de soberania («como é que a diplomacia deve agir? Como gerir os sistemas de informação? Que informações nos interessam? Quais os nossos aliados?...»)
- defesa nacional/defesa militar

(«uma vez que vão aumentar os riscos, com a retracção norte americana, a volatilidade do norte de África, etc. Teremos que fazer face à necessidade de reforço nesta área, sem gastar mais dinheiro...»)

- participação na produção da segurança internacional («porque as questões de segurança internacional afectam directamente a nossa segurança nacional»; «é importante que se empregue as nossas forças militares nesse apoio à política de segurança internacional»).

Loureiro dos Santos defendeu que é possível, através de uma reestruturação das políticas de recrutamento, «diminuir os custos das forças armadas aumentando a sua eficácia», sendo que algumas necessidades poderão resolver-se por recurso a serviço militar obrigatório. Uma das reformas que defende como potencial solução seria o recurso a reservistas como se faz nos EUA («os reservistas fazem os seus treinos e, quando é preciso, são chamados e estão preparados, mas com custos inferiores»).



## PRÉMIO MILLER GUERRA DE CARREIRA MÉDICA



Atribuído pela **Ordem dos Médicos**  
e pela **Fundação Merck Sharp & Dohme**

Outra forma de reduzir o pessoal que preconizou foi a aquisição de material sofisticado e exemplificou com a compra de helicópteros pois deslocam as forças de forma mais rápida e terão sempre «custos inferiores ao envio de uma coluna por terra». «A poupança de recursos também se faz com a modernização dos equipamentos», concluiu.

Como já tinha sido referido pelo conferencista, «aquilo que nos distingue dos outros deve ser usado» em nosso proveito e salientou a aposta no

conhecimento, a boa utilização e valorização da faixa atlântica e da língua portuguesa.

Já na fase de debate, José Manuel Silva, bastonário da OM, tomando como ponto de partida o exemplo da Costa Rica que não tem exército, questionou se não seria possível Portugal seguir o mesmo caminho e se teríamos de facto condições para nos defendermos sozinhos. Loureiro dos Santos considerou que a eliminação do exército seria sinónimo de pôr em causa a nossa capacidade de auto determinação e soberania



mas admitiu que, na verdade, Portugal não tem, nem nunca teve, capacidade militar para se defender sozinho e que precisa sempre de um forte aliado. Manuel Mendes Silva, presidente do Conselho Disciplinar do Sul da OM, também presente na conferência, referiu ser «virtuoso os médicos interessarem-se por assuntos de estratégia porque também eles se dedicam à elaboração de estratégias e interveio na fase de debate questionando-se entre as vantagens que possuímos em termos estratégicos não deveríamos contabilizar o clima e o potencial turístico, tendo o conferencista concordado e até salientado que esses aspectos foram analisados no documento estratégico em que participou, defendendo como fundamental a «marca Portugal» e a promoção do seu prestígio. Nas conclusões, Loureiro dos Santos referiu ainda que temos uma grande vulnerabilidade no que se refere à segurança alimentar e que a desertificação do país, especificamente das zonas do interior, põe em causa a coesão e, consequentemente, a segurança nacional.

# MÉDICO RECOMENDA-SE!

A **Ordem dos Médicos** e a **Fundação Merck Sharp & Dohme** criaram o **Prémio Miller Guerra** de Carreira Médica a fim de galardoar um profissional médico que se tenha distinguido por uma carreira exemplar dedicada ao serviço dos doentes privilegiando sobretudo a atitude humanista na prática clínica, como era apanágio de **Miller Guerra**.

A 1ª edição do prémio, que **será entregue em 2013**, destina-se a um Médico com Carreira no âmbito da **Medicina Geral e Familiar**.

As carreiras médicas dos candidatos deverão caracterizar-se por uma dedicação inextinguível aos princípios do juramento de Hipócrates e por uma capacidade de liderança pelo exemplo de humanitarismo, aliadas a sólidos conhecimentos técnicos e científicos. Deverão ainda distinguir-se pelo impacto positivo que têm na instituição em que trabalham bem como na sociedade médica e na sociedade em geral.

O Prémio destina-se a médicos ainda em actividade ou reformados, não podendo ser atribuído a título póstumo.

As propostas de candidatura podem ser apresentadas por Instituições de Saúde públicas ou privadas, entidades civis, grupos de profissionais de saúde, grupos de doentes e grupos de cidadãos.

O **Prémio Carreira Médica** será constituído por um diploma e uma dotação pecuniária no valor de **50.000,00€**, disponibilizada pela **Fundação Merck Sharp & Dohme**.

O prazo para a apresentação de candidaturas vai até **30 de Março de 2013**  
Para mais informações: [www.ordemdosmedicos.pt](http://www.ordemdosmedicos.pt) | Tel: **21 842 71 00**





António Gentil Martins

## Racionalização? Racionamento?

Artigo recebido no dia a seguir ao debate que decorreu na OM sobre o tema em epígrafe, cuja reportagem integral se encontra igualmente nesta edição da ROM.

Assistimos ontem, louvavelmente, na Ordem dos Médicos a um debate extremamente importante, mas injustificadamente extremado e radicalizado. Se é fundamental que cada um defenda aquilo que pensa certo e exponha as suas posições, isso não justifica uma desnecessária agressividade.

E tenho de concluir que se lutou mais por palavras do que por conceitos, pois considero que todos pensam o mesmo, mas situando-se em tempos diferentes de um mesmo processo.

Foi dito, e bem, que não temos de pensar em percentagens do PIB mas nos recursos financeiros reais disponíveis. A boa 'dona de casa' sabe verdadeiramente o que pode gastar. E a quem competirá, senão aos Governos que, eleitos, se considera representarem o povo de um país, a decisão final na alocação dos recursos? Só se pode gastar em função da riqueza que se tem e das opções que se fazem.

Lembro-me de que, há cerca de 30 anos atrás, nos Estados Unidos, se gastava mais dinheiro em cosméticos do que em

medicamentos! Mas ao comparar os gastos com medicamentos não podemos esquecer que eles são de facto, pelo menos teoricamente, iguais em preços, tanto nos países ricos como nos pobres e portanto nestes a % de gastos em relação ao global não pode deixar de ser diferente e maior.

Fala-se constitucionalmente de um Serviço Nacional de Saúde, universal e tendencialmente gratuito, embora se aceitassem sempre taxas moderadoras. Agora, o pensamento tem evoluído e já se interpreta a gratuidade apenas no Acto da prescrição.

Não será tempo de tornar a Constituição realista, e, mantendo a universalidade, dar verdadeiramente liberdade de escolha às pessoas, já que esta liberdade dará maior satisfação aos doentes e não deixará de poupar dinheiro, o que todos desejam, cada um pagando para o Sistema proporcionalmente à sua capacidade financeira, seja individual seja colectiva. A liberdade evitará duplicações desnecessárias e uma medicina defensiva.

Basta comparar o que se gasta por pessoa em cada país para perceber que o chavão demagógico do Estado Social Europeu de que todos falam (sem no entanto ousar caracteriza-lo objectivamente), não pode ser igual nesses vários países. E já não falo, nesta época de globalização, do que se poderá dar a cada um, quando os gastos *per capita*, na Saúde são 4000 dólares (Alemanha), 2000 dólares (Portugal) ou simplesmente 200 (em certos países africanos). Dizer que se dará o mesmo é simplesmente mentir e enganar; e até apenas o pensar é, hoje em dia, um erro de ignorância indesculpável. Assim é indispensável e sem demagogia procurar definir, para cada sociedade, o pacote básico que será possível dar a todos, sem discriminações.

A Sociedade Internacional de Oncologia Pediátrica criou um sector específico para tratar das quimioterapias "mais económicas", a utilizar nos países ditos em desenvolvimento, procurando o melhor, do possível. É disso exemplo o caso do linfoma



de Burkitt, em que, apenas com ciclofosfamida se curam cerca de 40% dos doentes, mas que, com quimioterapias mais caras, financeiramente inacessíveis, poderia chegar a uma cura de 90%!

Toda a gente fala e diz defender os valores, mas não é costume referir aquilo a que especificamente se refere: será à honra, à solidariedade, à honestidade, à dedicação ao trabalho, ou será que estão apenas a pensar no lucro e na riqueza financeira?

Fala-se na defesa da vida e da sua qualidade, rejeitando, e bem, a qualquer título, a discriminação entre as pessoas, mas há quem aceite o aborto, apesar de cientificamente comprovado quando se inicia a vida dos seres humanos (o que já Hipócrates, no seu clássico Juramento, claramente repudiava, considerando-o vedado à acção dos médicos). Será que tudo é relativo? Pensamos que não.

Todos se inibem de afirmar claramente a insustentabilidade do actual SNS. Mas o que será, de facto, o que pensam, sabendo que esse mesmo SNS tem já uma dívida de três biliões de euros!, e não só em Portugal, mas também em todo o mundo, os custos com a saúde sobem mais rápido do que o desenvolvimento económico?

Foi dito e bem, que só pode haver boa sustentabilidade na Saúde se a economia crescer (o que neste momento, infelizmente, todos sabem que não acontece, e obriga já a fazer escolhas, por vezes bem difíceis e mesmo dilemáticas).

É indiscutível que os gastos continuam, e continuarão, a aumentar (avanços na ciência, maior esperança de vida, inovação terapêutica, novas

tecnologias, etc., etc.), e ao eliminar, até prioritariamente como se considera ser essencial, os tão falados desperdícios, nada mais se fará, no longo prazo, senão adiar as decisões mais difíceis, como limitações inalienáveis, já que será pura demagogia alguém dizer que “se poderá dar sempre, tudo, a todos”.

E não podemos desconhecer que, se há desperdícios corrigíveis com melhor informação, controlos, auditorias e responsabilização, uma parte significativa delas não deixará de ser sempre consequência da falibilidade da acção de qualquer ser humano, e de que os médicos não são excepção.

Cada país terá necessariamente que decidir o que dará para os cuidados médicos, numa saúde que é sem dúvida transdisciplinar (pensando sempre nela, nunca como negócio, mas sim como investimento, na qualidade de vida das pessoas, já que a má qualidade sai cara).

E porque não se fala noutro pilar ainda mais prioritário que os cuidados médicos, e que é a alimentação, isto já sem esquecer a educação e a justiça? Aliás o artigo 25º da Declaração Universal dos Direitos do Homem diz que todo o Homem tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem estar (nomeadamente alimentação e assistência médica) mas o precedente artigo 23º diz que toda a pessoa tem direito ao trabalho e que é através dele que terá lugar uma existência conforme com a dignidade humana.

Fala-se na qualidade de vida que se procura obter, recusando e bem a obstinação terapêutica, mas é indesculpável não

reconhecer que, com meios limitados, haverá sempre que fazer escolhas, nas quais o elemento mais importante é sem dúvidas a consciência dos médicos, obviamente condicionada à decisão de um doente correctamente informado. Exemplo paradigmático é o problema das próteses de anca, com modelos mais duradouros, mas muito mais caros e se os recursos financeiros não permitirem adquirir apenas das primeiras: qual utilizar num doente jovem, com larga esperança de vida, ou num doente já relativamente idoso e com esperança de vida mais curta?

A quem se vai dar, quando e o quê, são dilemas que todo o dia assaltam o médico, até porque a medicina não é uma ciência exacta, uma das razões básicas do valor fundamental da relação do doente com o seu médico, maximizada pela liberdade de escolha que sempre defendemos como essencial em qualquer Sistema de Saúde.

No Lancet Oncology podemos ler um artigo em que se enfatiza o dilema do custo/benefício dos medicamentos na terapêutica das hemopatias malignas, citando o uso do rituximab no linfoma folicular não Hodgkin. Estudos terão mostrado melhor tolerância mas idêntica esperança e qualidade de vida. Revelando-se igualmente eficaz aos tratamentos já existentes, a Agência Francesa do Medicamento aprovou o seu uso. Mas a pergunta feita é simplesmente esta: será que o pequeno benefício encontrado justifica, para a sociedade, um custo de 30.000 dólares por ano? Será possível? Será prioritário? Não será melhor

usar essa verba para outros fins mais abrangentes? É evidente que o problema é bem diferente para os novos tratamentos da hepatite C, já que aumentam significativamente as possibilidades de cura.

Qual será então a opção da sociedade, já que ao médico competirá sempre dar o máximo do que estiver aos seu alcance?

A Associação Médica Mundial afirma, no preâmbulo da sua Declaração de Lisboa, que sempre que a legislação, acção governamental ou qualquer outra entidade, negue aos doentes os seus direitos, os médicos devem

procurar os meios apropriados para assegurar ou restabelecer tais direitos.

Mas também na mesma Declaração, a AMM não esquece a existência de circunstâncias especiais, e afirma que, “em circunstâncias em que deve ser feita escolha entre pacientes para um tratamento especial e limitado, todos os outros pacientes devem estar cientes de que a selecção daquele procedimento foi feita de forma justa e que essa escolha deve ser feita baseada em critério médico e sem qualquer discriminação.

Este é hoje em dia um debate

crucial mas que tem de ser encarado construtivamente, com realismo e sem demagogia, tendo em vista o interesse primordial do doente, mas sem menosprezar a justiça social global.

E a verdade é que só poderá ser legítimo vir a limitar as verbas para a Saúde, se se tiver tentado tudo o que for possível para evitar desperdícios e despesas inúteis. E mesmo nesses casos, terá sempre que se explicar e justificar o que se faz e nunca simplesmente impor.

Lisboa, 10 de Janeiro de 2013

CICLO DE  
CONFERÊNCIAS  
2013

## Núcleo de História da Medicina da Ordem dos Médicos

Conferência

**12 de Março, terça-feira, 21h**

.....  
«A Saúde e a Doença na Idade Média  
- Os Hospitais Medievais em Lisboa»

Cristina Moisão

Local: Biblioteca histórica da OM, em Lisboa.

Mais informações e inscrições: D.ª Manuela  
Oliveira - manuela.oliveira@omcne.pt

Sessão temática

A Bioética e os Médicos, Ontem e Hoje

**6 de Abril, sábado, 15h**

.....  
«Códigos Deontológicos - evolução  
temática»

Amélia Rincón Ferraz

«O renascimento das virtudes médicas  
- o lugar de Pellegrino»

Jorge Cruz

«Bioética - nascimento, apogeu e crise  
de um conceito»

Daniel Serrão

Local: Sala Braga – Secção Regional do Norte  
da OM - Rua Delfim Maia, 405 - Porto

História da  
Medicina

**Querem que a**  
**IMPrensa**  
**MÉDICA**  
**ESPECIALIZADA**  
**acabe?**

Responda em: <https://www.facebook.com/QueremQueAImprensaMedicaEspecializadaAcabe>



**Jorge F. Seabra**

Membro da Comissão Nacional da Ordem dos Médicos para o SNS

## SNS – não há dinheiro? - Uma ideológica aldrabice

“ Se tu roubas um banco és preso. Se um banco te rouba, não te resgatam a ti, resgatam o banco.” – Brad Pitt\*

Será verdade que, como afirmam governantes, comentadores e os suspeitos do costume, o SNS e o Estado Social contribuem decisivamente para o défice e a dívida pública? Será que os portugueses têm, para continuarem a usufruir do conjunto de direitos designado como “Estado Social”, de pagar mais impostos não estando disponíveis para o fazer? Será necessária uma “refundação” (liquidação) do Estado (Social)? Raquel Varela, autora do estudo “Quem paga o Estado Social em Portugal?” (Bertrand 2012), acha que a afirmação de que não há dinheiro para o sustentar e que é forçoso cortar benefícios, é falsa. “Calculámos quanto, quem trabalha e vive do salário, entrega aos Estado em contribuições e impostos (directos e indirectos) e quanto recebe em serviços públicos prestados (saúde, educação, segurança social, transportes, desporto, espaços públicos, cultura). Chegámos à conclusão de que os défices do Estado não podem ser imputados aos gastos sociais e, na maioria dos anos, há mesmo um excedente.”.\*\*

E quando a autora analisa

aspectos da intervenção dos últimos governos no SNS, justificada para lhe dar sustentabilidade financeira, refere: “Uma das conclusões que apresentamos é a de que, desde que se iniciaram os hospitais-empresa, o custo com os salários baixou (de 2,4% do PIB em 1995 para 0,9% em 2010), a contratação de serviços externos aumentou (no mesmo período passa de 2% do PIB para mais de 5%), e o custo final do serviço prestado aumentou (mais do que o aumento dos gastos totais em 0,5% do PIB). Ou seja, a produtividade caiu, com um custo acrescido para os contribuintes.”

De facto, desde os primórdios dos anos noventa, a “governamentalização”, ou melhor, a progressiva partidarização dos Hospitais e dos serviços de Saúde, feita a pretexto de os tornar mais eficazes, organizados e produtivos para benefício do doente

(passado a “utente” e, depois, a “cliente”), corroeu as formas democráticas de intervenção dos médicos e de outros técnicos e trabalhadores da Saúde nos órgãos de gestão clínica e administrativa das unidades de



Saúde, substituindo-as por uma abordagem mais “profissional”, “empresarial” e “responsável”, anunciada com a plétora de boas intenções de que o diabo e seus associados andam sempre cheios.

Em consequência disso, as chefias clínicas e administrativas passaram a ser escolhidas



nas reuniões das comissões distritais ou concelhias dos partidos no governo, e o pudor inicial depressa se desvaneceu, comentando-se abertamente nos corredores e nas mesas dos cafés as lutas de galos da nomeação dos *boys and girls* para os poleiros disponíveis. Rapidamente, o “jobs for the boys” estabeleceu-se como prática normal da estruturação das chefias da Saúde, como se, paradoxalmente, a própria perversão das virginais intenções inicialmente anunciadas, constituísse um ritual inerente à modernidade do sistema.

Com a implementação desse tráfico de influências e a passagem das nomeações para o interior dos partidos do governo - onde os cargos são, quase sempre, atribuídos como prémio da fidelidade ao aparelho, - a esperança de daí resultar bom senso, rigor e competência, passou a sustentar-se na vaga hipótese de, por feliz acaso, o resultado desses “negócios” coincidirem na nomeação de pessoas capazes de gerir os delicados equilíbrios das unidades de Saúde. Contudo, mesmo essas poucas excepções, - que se foram tornando mais raras com o aprofundamento do processo - acabaram, em regra, por desbaratar o capital de confiança que possuíam, com a aceitação subserviente de orientações governamentais conflitantes com os interesses dos doentes

e do SNS, facilmente trocados pelo sonho de uma de ascensão a instâncias mais altas do poder. O processo de partidarização e “empresarialização” da Saúde, abriu as portas a uma miríade de actividades parasitárias ou de

logotipos, acessórias de imagem e de imprensa, consultores de tudo e de coisa nenhuma, controladores da qualidade das esquinas, “outsourcings” e contratações dispendiosas, fazendo inchar brutalmente os custos (que diziam

querer cortar) e os empregos “for the boys”. Tudo na busca do Santo Graal de uma “produção” americanizada, cheia de números e estatísticas marteladas, com consultas desnecessárias ou desmultiplicadas num ping-pong de altas e regressos e cirurgias aumentadas pela contabilidade das incisões, contruindo um cenário de “eficiência” que, com o apregoado “rigor” e a revolucionária descoberta de que a atenção deve ser centrada no doente (utente, cliente), passa-ram a constituir as ideias *fétiche* do discurso provinciano e *naif* com que passaram a bombardear tudo e todos.

E enquanto as reuniões da administração com os responsáveis dos Serviços centravam toda a sua atenção na redutora análise do número de consultas e operações “produzidas”, sem qualquer caracterização da sua extensão ou

complexidade - recusando distinguir a ressecção de uma unha, de uma longa e difícil intervenção ao fígado -, o que passou a ser implementado foi precisamente o contrário do rigor, eficiência e respeito pelo doente, sacrificados à obtenção de um “lucro” virtual, mesmo esse conseguido com a aplicação



secundário interesse, justificadas pela “modernidade” e pelos “novos paradigmas”, afastando, cada vez mais, a gestão do seu papel primordial de apoio à actividade clínica, desviando parte significativa do dinheiro para um administrativismo estéril e opressivo, com mudanças de nomes e de

aldrabada de regras ministeriais feitas com o objectivo último de inculcar, nos serviços públicos, os piores vícios da lógica “do mercado”.

*“O melhor que temos no Serviço Nacional de Saúde são os profissionais de saúde. O pior são os administradores nomeados pelos partidos políticos.”.* Assim começa o artigo, publicado no jornal “Público”, de Paulo Moreira, director do International Journal of Healthcare Management, de Londres. Mais à frente, o autor, salienta: *“... o futuro do SNS e do sistema de saúde como fonte de geração de riqueza e bem-estar terá que promover a liderança das profissões da Saúde em detrimento da acção subversiva da máquina administrativa. A regulação profissional é, no nosso país, a única forma de regulação que está livre de interferências das máquinas de nomeação partidária, e que entende a realidade dos cuidados de saúde, as necessidades das populações e é merecedora de elevada credibilidade. A aproximação das profissões na identificação de um modelo de acção comum, é a única via para combater o processo que desvirtuou a essência dos seus códigos deontológicos, subvertendo-os à interferência de uma máquina administrativa incompetente e, por vezes, limitada por processos de corrupção e de fraude.”.*\*\*\*

Basta ler todo o texto para se perceber que Paulo Moreira está longe de ser um crítico radical da política desestruturante e privatizadora que tem flagelado o SNS e o *National Health Service* inglês. O autor critica apenas erros de gestão, que considera graves e grosseiros, sem, voluntaria ou involutariamente, levantar a questão da estratégia que os implementa e estimula. Contudo, o problema da gestão

e do financiamento do SNS tem pouco a ver com a existência ou não de bons administradores (que os há) ou de haver dinheiro que chegue. O que condiciona tudo é a orientação política a dar às administrações, levando-as a trabalharem a favor do interesse público ou usando-as como mediadoras da degradação progressiva do SNS, transferindo doentes e financiamentos para os grandes privados. A questão nuclear, é a de gastar dinheiro no desenvolvimento do SNS ou investi-lo em aplicações duvidosas e pouco consensuais – tapar os “buracos” dos bancos, isenções fiscais às poderosas Sociedades Gestoras de Participações Sociais (SGPS), submarinos desnecessários com contra-partidas ficcionadas, uma dezena de F-16 encaixotados, SIRESP de custo empolado, favores fiscais do off-shore da Madeira, auto-estradas excessivas, estádios abandonados e vazios, subsídios injustificados a fundações sem interesse, rendas feudais dadas à EDP, etc.

*“A dívida cresce porque os trabalhadores pagam cada vez mais para o Estado Social e esse valor é desviado das funções sociais do Estado para o pagamento de rendas privadas, entre elas os casos óbvios das parcerias público-privadas, do BPN, das contratações externas nos hospitais-empresa.”,* conclui Raquel Varela.

Na realidade, a despesa de Portugal em benefícios sociais baixou de 33,1% do PIB em 2011, para 32,1% em 2012, continuando significativamente abaixo da média europeia que, pelo contrário, subiu (36,5% em 2011; 36,8% em 2012).

Para além disso, um governo que antecipa o pagamento de cerca de 4.000 milhões de euros

da dívida que a CGD assumiu para “salvar” os accionistas das “imparidades” do BPN (vendido por 1% desse valor), inscrevendo essa amortização num Orçamento de Estado (2013) que corta no SNS e em salários e subsídios de todos os funcionários públicos (poupando um valor que pouco ultrapassa metade do que vai gastar com o banco), não tem qualquer credibilidade moral para pregar a insustentabilidade do serviço público de Saúde e do Estado Social.

Dizer aos portugueses que terão de pagar mais impostos ou abdicar de serviços até aqui prestados (ou pagá-los a privados) é, pois, uma descarada aldrabice de quem, esmagando as famílias portuguesas com uma imparável escalada de cortes salariais e impostos, utiliza sem vergonha o dinheiro dos contribuintes para proteger os interesses predadores de uma pequena elite que, de há muito, mantém sequestrado o poder do Estado.

É isso que é insustentável. É isso que tem de acabar.

\* Brad Pitt – Entrevista com o actor feita por Francisco Ferreira para o semanário “Expresso” (Revista) de 24 de Nov. 2012.

\*\* Raquel Varela - “O Estado é totalmente sustentado por quem vive do seu salário”, jornal “Público”, 22 de Nov. 2012.

\*\*\* Paulo Moreira – “Estado na Saúde”, jornal “Público” 25 de Nov. 2012



**Jaime Mendes**

Cirurgião pediatra aposentado

## A revisão dos estatutos da Ordem dos Médicos (revisitada)

Uma revisão de Estatutos é um processo dinâmico que deve ser discutido em todas as secções distritais, com a participação activa do maior número de médicos possível, com o objectivo de melhorar a sua redacção final e não sair só da mente de meia dúzia de iluminados.

A Lei nº 2/2013, publicada recentemente, estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações profissionais, e entrará em vigor 30 dias após a sua publicação.

Na Revista da Ordem dos Médicos, nas páginas 66 e 67 do ano 28, nº 130/2012, escrevi um artigo de opinião sobre a revisão dos Estatutos, em que dava conta do trabalho realizado pela Comissão de Revisão de Estatutos, nomeada pelo Exmo. Sr. Bastonário.

A Comissão, que foi nomeada em Junho de 2011, foi constituída por 15 elementos e reuniu semanalmente durante seis meses, consumindo mais de mil horas de trabalho à maioria dos seus membros. Terminou a sua tarefa em Janeiro de 2012.

As decisões foram sempre por consenso de todos os membros nunca tendo sido necessário recorrer a uma votação, o que mostra uma unanimidade nas ideias mestras do futuro Estatuto, que são a democraticidade e transparência, com separação dos poderes executivo, disciplinar e fiscal.

A nossa proposta de revisão de Estatutos, que designamos por Proposta A, visto não termos conhecimento, até à data, de outra, foi entregue ao Exmo. Senhor Bastonário em Fevereiro de 2012.

Nesta data, pedimos uma apreciação pelo gabinete jurídico da Ordem que nunca nos foi dada, desconhecendo se existe alguma. Já passou quase um ano! A Lei agora publicada difere muito pouco da anterior, 6/2008, que serviu de base ao nosso trabalho.

Os membros da comissão estavam e estão disponíveis para uma ampla discussão com todos os sócios e organismos da Ordem.

Melhor que os subscritores para tirarem dúvidas de um texto tão inóspito como uns Estatutos!

No artigo publicado em Maio de 2012, na Revista da Ordem, disse: "Uma revisão de Estatutos é um processo dinâmico que deve ser discutido em todas as secções distritais, com a participação activa do maior número de médicos possível, com o objectivo de melhorar a sua redacção final

e não sair só da mente de meia dúzia de iluminados". Reitero o que escrevi.

Todos os membros da comissão trabalharam afincadamente no projecto, conscientes que os actuais Estatutos, obsoletos e antidemocráticos, não servem.

Muita gente pensou que seria impossível ter pronta uma revisão de Estatutos neste mandato, mas enganou-se!

De que estamos à espera para iniciar a divulgação e discussão da - ou das - proposta de revisão dos Estatutos existentes? O atirar para o fundo de uma gaveta todo um trabalho voluntário realizado por sócios da Ordem é um exemplo de desrespeito pela sua acção cívica a que o Conselho Nacional Executivo não pode ser alheio.

### NOTA:

Para quem tiver interesse em conhecer a Proposta A, da revisão de Estatutos, e de ler o artigo publicado na Revista da Ordem, Ano 28, nº130/2012, pode solicitar a [jaime.t.mendes@gmail.com](mailto:jaime.t.mendes@gmail.com)





**M. M. Camilo Sequeira**

Chefe de Serviço de Medicina Interna

## A mentira do “dever de empobrecer”

O empobrecer como dever cívico é um valor que nos está a ser imposto de forma cuidadosamente (ardilosamente?) estruturada para que integre sem ser questionado o nosso património psicológico. O objectivo parece ser o ficarmos ricos num futuro incerto...

Trata-se de uma medida política que tem subjacente todo um edifício ideológico que acredita que quanto maior for a separação entre “quem tem” e “quem não tem” melhor será o mundo. Porque sendo poucos os que têm serão muitos os que, por não terem, se ocuparão digladiando-se por migalhas que, iludidos

quanto ao seu valor individual, permitirão criar mais valor para os outros, poucos, que têm.

Se a saúde, e apenas como exemplo, é um mercado de negócio interessante quantos mais quiserem saúde e tiverem de a pagar maior será o lucro do negociador. E naturalmente que quem não tiver como a pagar não pode aspirar a ter saúde.

É uma lógica clara, precisa e inquestionável. Se a saúde é cara não pode ser direito de todos.

Esta verdade que hoje nos querem impor é absolutamente falsa.

Dirão alguns que este comentário não é de economista. No entanto lembro-lhes que Amartya Sen, economista nobelizado, quando estudou as fomes de África e a falta de solidariedade dos ricos em relação às mesmas se interrogou sobre “como é que estes ricos não percebem que ajudar os carenciados significa, com tempo, aumentarem significativamente o número

de consumidores e, por isso, os seus

próprios lucros?”. Sendo necessário, apenas, dar tempo ao tempo e não desejar o lucro para um tempo imediatamente próximo.

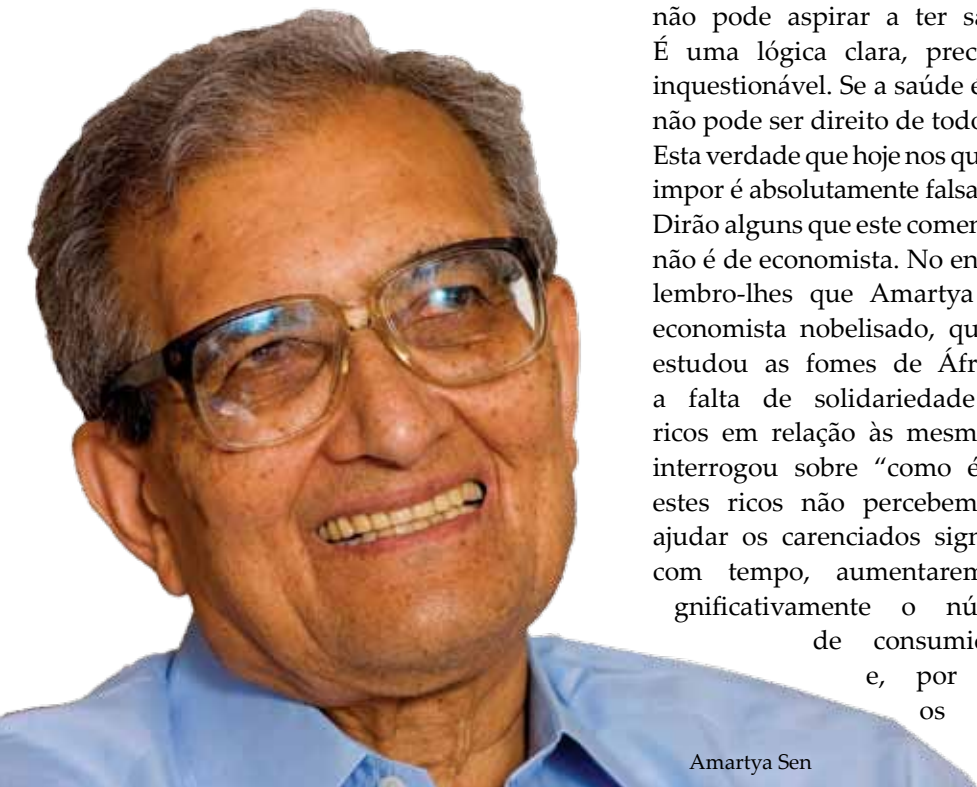
Claro que este economista fala, pelo menos neste estudo, de investimento com responsabilidade social, com cunho humanista. Mas de facto o meu comentário é feito como cidadão comum que pensa.

E que por isso olha para o mundo que temos hoje, quer em termos de bem-estar social em termos abrangentes quer na vivência do programa de saúde colectivo que conseguimos construir, e percebe que este é o resultado de uma política em que investimos como necessitados e onde os ricos investiram como potenciais ganhadores de vantagens financeiras.

Entre outras.

Porque com pelo menos igual importância são as vantagens da influência e do mando.

Podemos com um razoável grau de certeza afirmar que o programa de desenvolvimento dos países do sul da Europa foi considerado como viável (pelos investidores) por se



Amartya Sen



ter reconhecido que, por não sermos zona de grandes fomes colectivas, éramos potenciais geradores de lucro em tempo considerado como útil. Quer por ficarmos a dever o empréstimo quer por perdermos a nossa autonomia.

O que, para eles, o devia ser sem alternativa.

Porque a dívida se foi acentuando com o investidor (mas de quem é o dinheiro dele?) a não se preocupar com isso mantendo sempre o apoio à sua persistência e ao seu agravamento.

Até ao tempo em que decidiram por um lado que deveríamos passar a ser tratados como os pobres de África e por outro que devíamos ser auxiliados a atingir esse estatuto através de um estrangulamento financeiro destinado apenas ao pagamento dos juros da tão promovida, tão desejada, tão bem preparada (por eles, quem duvida?) dívida.

#### **(Ser pobre não é um dever)**

Ou seja, percebemos agora que estes empréstimos (mas de quem é o dinheiro emprestado?) não só não se destinavam a criar e manter um estatuto de socialmente beneficiados aos que os recebiam como ainda, percebemos agora repito, nos confrontam abruptamente com a circunstância perversa de esse apoio ter sido dado com o objectivo exclusivo de gerar um acréscimo no rendimento dos investidores.

As consequências desta forma de existir sobre o sentimento de quem julga ter um direito e se passa a confrontar, de um dia para o outro, com a perda do mesmo (que com toda a legitimidade associava a crescimento social em conjunto e que tinha como adquirido por ser progresso) deixam este



investidor indiferente.

Ele tem. Porque haviam outros de também ter?

E até é capaz de ter a desfaçatez de se afirmar progressista, desenvolvimentista, promotor de felicidade e bem-estar, gerador de riqueza. Porque, diz ele e dizem os seus agentes, faz “girar” o dinheiro.

Como se porventura a eventual (eventual, repito) má utilização do dinheiro que foi emprestado fosse resultado exclusivo da acção do utilizador. Como se o dono do dinheiro pudesse ser indiferente à sua aplicação por estar apenas interessado em, num tempo determinado, ir buscar o lucro que esse falso investimento lhe iria dar.

Será que estou a ser perverso? Ou será que a perversidade é o próprio deste tipo de investidor? (Ninguém me diz de quem é o dinheiro que ele empresta. Ou deverá dizer-se “que ele empesta”?).

Neste momento preciso a conclusão do cidadão comum que sou em relação a este tipo de experiência social que parte da Europa está a viver é que, no mundo actual, a solidariedade não faz parte dos modelos de

gestão da “coisa pública” (e não vale a pena dizer que sempre foi assim porque nós ainda acreditamos que progredir significa alterar valores... para melhor).

Claro que esta conclusão nos faz compreender, com tristeza, o porquê da continuada exclusão de tanto mundo (a miséria de muitas África, Ásia, América) do conceito de progresso em que a sociedade europeia e de tradição cultural europeia se tem construído.

Mas faz mais: faz reear que esta exclusão se torne mais acentuada com integração nela de países cujas comunidades humanas sejam, quiçá, simplesmente latinas. Ou talvez porque, por terem um grande número de imigrantes de áreas onde ser-se miserável é o estado natural, a aceitarão passivamente. Estes deslocados até poderão ajudar a comunidade do país de acolhimento a construir essa passividade e a integrar-se naturalmente no mundo da miséria. Para eles nada haveria de invulgar porque bem sabemos que mudar de terra não tem que ser sinónimo de mudar de condição social. - Também esta

interpretação é perversa. Mas, infelizmente, já pareceu mais improvável.

Porque assistimos a um contínuo destruir dos benefícios sociais, como por exemplo a saúde que inventámos, com o pretexto de não ser possível manter o seu custo (e não vem ao caso saber se o fizemos bem ou mal. O que interessa é o que conseguimos fazer e que isso é exemplar).

Mas no entanto, na saúde, o

serviço público, o tal que não justifica ser promovido, deve ser a “bengala” do privado a que o cidadão tem de recorrer quando “deixou de poder pagar ou de ter alguém a pagar por ele”? Parece-me óbvio que se o serviço público pode ser essa “bengala” então é porque ainda tem espaço de competência e de solidariedade que não existe (não pode existir?) no mundo do lucro como objectivo funcional.

E digamos bem alto que são estas

se pretende excluir a solidariedade, a partilha, a entreaajuda. Um mundo no qual se pretende impor a lei do mais forte (leia-se “do mais rico”), o princípio da individualidade egoísta que olha o seu interesse como motor do existir.

Contra todos os projectos de crescimento conjunto que ofereçam ao maior número de pessoas as vantagens do estar-se vivo.

E pretender que quem procede deste modo está a defender o



mercado privado está aparentemente próspero o que (ignorando a parte do dinheiro público que o mantém) demonstra que há um espaço de negócio nesta área social que justifica investimento.

Então porque não se aplica o mesmo raciocínio ao serviço público? Mas principalmente qual é a vantagem da sua destruição? Ainda mais principalmente: porque será que o

competência e solidariedade que (ainda?) associamos a progresso, democracia, civilidade, reconhecimento do outro como outro igual a nós mesmos (algo parecido com isto já foi escrito há 5 séculos por Montaigne. Será que estamos a recuar assim tanto?)

**(Ser pobre não é uma obrigação)** Todos nós, sem qualquer excepção, estamos obrigados a interrogarmo-nos sobre se é progressivo um mundo do qual

possível da democracia e o bom da sociedade que conseguimos atingir é uma mentira.

Porque o empobrecimento é uma inexorável e cada vez maior aproximação, integração, nos que nada têm e que vivem bem diante dos nossos olhos. Alguns deles muito próximos. E o potencial “enriquecimento” que nos querem convencer que este “empobrecimento” pode ajudar a construir (???) é o dos

ricos. Que também existem bem diante dos nossos olhos no meio da miséria dos “sem nada”. Esta é uma profundíssima mentira. Que deve ser denunciada com um grito mais profundo que o de Munch.

**(Ser pobre não é um direito)**

Já ouço alguns perguntarem: mas qual é a alternativa?

A resposta é fácil se a quisermos encontrar. Se o que alcançamos é bom para muitos e muito melhor do que o que tínhamos antes, isso significa que o que nos permitiu aqui chegar não pode ser destruído. E se houve dinheiro para investir nesse crescimento social (mas vindo de quem?) é óbvio que quem agora pretende o lucro respectivo não deixou de o ter. É óbvio que continua a ter dinheiro para investir. E fá-lo-à ou neste propósito de progresso que afirmo ou noutro de regressão, de recuo social, de atraso civilizacional, de ir contra o outro, se o entender como mais lucrativo. Porque o que está em causa é o poder do poder representativo. E este existe para promover o crescimento colectivo. Governar é criar bem para todos.

Pelo que nos cabe *impedir* que o investidor possa utilizar no seu

exclusivo interesse o produto que investe. Cabe-nos o dever de só lhe reconhecer direito a lucro se investir criando “bem”.

E chegaremos lá pela renegociação dos termos em que se paga a dívida pública. Impondo-a em nome do poder representativo a quem se julga com direito a esse pagamento; ou até mesmo assumindo os custos da sua anulação começando tudo de novo com regras que impeçam o seu crescimento descontrolado; defendendo a construção de um sistema de controlo colectivo do que é o investimento social um pouco por todo o lado; promovendo um sistemático alargamento de direitos a tantos mais cidadãos quanto possível; construindo modelos de crescimento abrangentes que integrem no trabalho o trabalhador. Mesmo que com sacrifício temporário da tecnologia; reformulando as normas existenciais valorizando o relativo e impondo a partilha como mérito e a sua aceitação como valorização pessoal; enfim, pensemos e pratiquemos medidas que ainda que integradas no espírito do

liberalismo e do capitalismo evitem ao investidor o risco de ser confrontado com a violência que, mais cedo ou mais tarde, o deserdado “que já teve algo de seu” começará a promover.

Porque esta violência nem o promotor da desigualdade a deseja. Porque sabe estar obrigado a temê-la. Porque sabe ser a única expressão popular que não controla e que é ubíqua na escolha das suas vítimas.

É necessário, absolutamente necessário, ter bem presente que o dinheiro do rico, do investidor desconhecido (ou talvez não depois de se saber de quem é, de facto, o dinheiro que é emprestado aos Estados) é altamente improvável que não resulte do trabalho de alguém. E quem trabalha são os homens. Os homens que trabalham. Que continuam a querer trabalhar e se mantêm de mãos dadas esperando por um pouco do muito que a sociedade produz.

E bem sabemos o quanto desse produto é destruído para manter preços.

Como se fosse o preço do produto que mata a fome ao faminto.



**Jorge A. Paulino Pereira**

Médico

## Este país não é para velhos

Este país não é para velhos. Mas se o for, então não foi este Portugal que eu quis para mim e para os meus filhos...

Ao chegar um destes dias ao meu local de trabalho, numa área restrita ao pessoal hospitalar, deparei com um monte de prospectos, iguais aos que apresento, recrutando jovens médicos para iniciarem carreira no estrangeiro, no Reino Unido e na Irlanda.

Não se trata dum caso pontual, mas dum processo sistematizado, já conhecido e amplamente divulgado no meio hospitalar.

À primeira vista, não sendo uma situação inédita, pode vir a ser, mesmo, um desafio profissional à medida dum jovem (e ainda ambicioso) médico, já evidenciado pelas suas qualidades e determinação.

Poderia até tornar-se numa situação que deixaria orgulhosos todos os profissionais do ensino médico no nosso país, em que eu também reivindico uma posição por direito próprio.

Invertendo uma lógica em que esbracejamos para tentar alcançar o progresso que nos prometem e que sempre nos escapa, é-nos comunicado, por meias palavras, que este país não é para novos: só nos resta a resignação.

Mas o que, na minha perspectiva, é chocante e muito preocupante, é a indiferença e o total alheamento em relação a esta realidade por parte dos responsáveis do destino colectivo de todos nós. A triste conclusão que podemos tirar é que Portugal se tornou num país sem réstia de esperança para quem quiser decidir o seu futuro com base na formação profissional séria e à custa de tantos sacrifícios.

Esta hemorragia descontrolada a que, sem dúvida, iremos assistir em breve, representa a total negação de investimento no futuro, o desperdício da nossa energia vital, neste caso na área da Saúde, mas que se vai repetindo noutras áreas fundamentais.

Quem desperdiça assim, levianamente, os seus recursos humanos (pagos a peso de ouro por todos nós contribuintes, numa factura que ronda os 6000 euros anuais por

**Hundreds of Medical Jobs  
in the  
British & Irish Public  
and Private Sector**

**We are looking for Doctors, both in training  
and specialists, who would like to work in the  
UK & Ireland healthcare systems!**

- ✓ Excellent Salaries
- ✓ World Class Professional Clinical Environments
- ✓ Many Career Development Opportunities

**All of our recruitment services  
are free to candidates.**



aluno de Medicina), num gritante silêncio em que nada mais há a dizer aos jovens licenciados além do encorajamento à emigração, transportará na sua consciência, o colapso dum país pelo qual ainda luto com todas as minhas forças.

Nesse país, deixado às gerações cada vez mais desesperadas, sem a energia da renovação e à mercê de vários interesses que defendem tudo menos o colectivo, será cada vez mais difícil respeitar e perpetuar as convicções e os valores que os nossos pais nos transmitiram.

Se nos querem demonstrar que este país não é para novos, há que inverter a resignação subjacente a esta perspectiva que nos envergonha a todos, porque, bem pelo contrário, este país não é para velhos. A situação a que chegámos é grave demais para continuarmos a ter lideranças velhas, com interesses velhos, que recuperem falsas soluções velhas, que não se indignem com estes sinais de alarme, que pensem "...que remédio..." em vez de "tem de haver remédio!" ou que, com uma indiferença velha, não se sintam colectivamente mais pobres e ainda mais velhos, quando assistem a uma debandada de jovens licenciados, semana após semana, no velho aeroporto da Portela.

Podemos ter a nossa História, a nossa generosidade ou o nosso espírito empreendedor, mas se não tivermos a quem passar o testemunho, o Serviço Nacional de Saúde estará ferido de morte e os direitos dos nossos doentes não serão mais que uma memória.

Então, irá imperar a lei da oferta e da procura, com gerações de profissionais de saúde à beira da reforma tranquila, "radiantes" com o futuro "risonho" que nos aguarda a partir dos 65



anos, confiantes numa estrutura hospitalar baseada em quadros restritos, que encolham os ombros perante honorários residuais, numa sociedade cada vez mais envelhecida, com uma taxa de natalidade cada vez menor, onde a Geriatria substituirá a Pediatria, sempre governados por velhos conhecidos, pertencentes a velhos partidos, com as velhas

soluções de sempre, e em que a única réstia de remota esperança é a miragem dum emprego em Angola... ou um talão do euromilhões permanentemente no porta moedas.

Este país não é para velhos. Mas se o for, então não foi este Portugal que eu quis para mim e para os meus filhos!



**Luis Filipe Silva**

Secretário Regional do SIM Centro

## Um novo regime de trabalho médico...

Ao longo da História, a organização do trabalho médico tem evoluído para patamares de complexidade crescente exigindo legislação diferenciada que acolha e regule as particularidades desta profissão.

No nosso país, desde o médico das Misericórdias dos anos 60 até ao médico do SNS regulado pelo 73/90, houve uma evolução enorme na estrutura das várias vertentes de organização da profissão médica: na definição da carreira médica, na qualificação médica, nas áreas de exercício profissional, na formação médica, na regulação das formas de exercício da actividade, nas grelhas de remuneração.

Para possuir uma equipa com capacidade técnica e competência legislativa para discutir e regular estas matérias, têm os médicos mantido um conjunto de organizações internas (constituídas por médicos voluntários e gabinetes jurídicos que se vão especializando neste objecto) que constituem um património inalienável e que deve ser preservado. De facto, a iniciativa de promover a adaptação, à particularidade desta profissão, as sucessivas reformas da legislação geral do trabalho (Código do Trabalho) tem partido sempre das organizações médicas, nomeadamente dos

Sindicatos Médicos.

Após a última reforma do Código do Trabalho, com a revogação de legislação anterior referente “às carreiras especiais”, os Sindicatos médicos iniciaram o processo de negociação colectiva que levou à publicação em 23 de Setembro de 2009 do Acordo Colectivo de Trabalho (ACT) que contempla “o núcleo essencial das normas que regulam o exercício de funções médicas”. Optaram nessa data as associações sindicais por garantir a aprovação legislativa de um acordo incompleto, mas que face à agitação política que se adivinhava – e veio a confirmar – alcançava objectivos importantes. Faltava a atribuição dos níveis remuneratórios correspondentes às posições da carreira médica.

Num ambiente político e financeiro instável, com parceiros governamentais mal preparados e acossados por condições internas e externas que todos conhecemos, foi difícil nos anos seguintes, às comissões negociadoras, estabelecer con-sensos viáveis.

Inicialmente foi necessário conquistar a atenção da tutela:

uma ameaça de greve às horas extraordinárias em Dezembro de 2011 obteve a promessa do Ministério da Saúde (MS) de que se dispunha a negociar. O primeiro semestre de 2012 foi um período difícil em que a seriedade das negociações foi posta em causa pela aparente apatia dos representantes do MS. Culminou a 11 e 12 de Julho com a maior greve dos médicos de sempre em Portugal!

Enfim, o MS percebeu que as negociações com as associações sindicais médicas eram para “levar a sério”. Durante o Verão de 2012 houve um trabalho árduo (com dezenas de reuniões de preparação, quer entre associações da classe quer depois com o MS), delicado (pelo momento de excepção financeira que atravessamos), complexo (pelo enredo legislativo que é necessário conhecer para evitar “surpresas”) que levou à assinatura de um difícil acordo de entendimento negocial em 14 de Outubro de 2012.

Não se tratou apenas da actualização duma grelha salarial

degradada por mais de 10 anos de marasmo e de decisões desarticuladas, mas acima de tudo tratou-se de evitar a destruição de uma Carreira que se dirigia para a anarquia mercantil em termos de contratação, com a chegada recente dos contratos “na praça pública” pelo mais barato!

Com a aproximação do excesso de profissionais – consequência de uma política de acesso às Escolas Médicas desajustada e até irresponsável – o excesso de oferta, a contenção financeira de gastos públicos, os reajustes administrativos das unidades prestadoras de saúde, e a gula dos grupos económicos nos lucros derivados dos cuidados médicos, tudo se encaminhava para a destruição dos princípios ancestrais do SNS e a transferência dos montantes monetários hoje recebidos em Horas Extraordinárias e em Contratos Individuais de Trabalho mais favoráveis aos médicos, para as mais-valias das referidas empresas fornecedoras de trabalho médico a preços “de mercado”. A previsão, a curto prazo, seria uma situação semelhante para todos os médicos: a negociar o seu contrato de trabalho directamente com a entidade empregadora. Os “mais novos” obrigados, os “mais velhos” indemnizados: regras da economia de mercado!

Esta negociação não tratou, portanto, da defesa de interesses instituídos, nem da “recauchutagem” de regimes em vigor, mas da criação dum novo regime de trabalho para os médicos que o queiram escolher preservando, naturalmente, o direito de opção aos profissionais que não pretendam mudar.

Com este novo Regime de trabalho:

- Há uma integração da remuneração dos Médicos na Tabela Remuneratória Única da Função Pública, tendo como valor de entrada, em Assistente o índice 45 (2.746,24 euros), terminando no índice 90 (5.063,38 euros) para a última posição de Assistente Graduado Sénior. Comparando com a anterior grelha das 35h e como exemplo, para as primeiras posições remuneratórias de cada categoria, o aumento de 14,2% do horário (passar das 35 para as 40), representa um aumento de 48% na remuneração de Assistente, 43,2% na de Assistente Graduado e 49,1% na de Assistente Graduado Sénior.

- A Transição para o novo modelo será imediata para todos os novos contratos a partir de 2013 e todos os CIT que auferiram valores inferiores à primeira posição remuneratória respectiva. Em 2013 e 2014, a transição será em função da necessidade para o bom funcionamento do serviço e tendo em conta as disponibilidades orçamentais, sendo a situação acompanhada pela comissão tripartida. A partir de Janeiro de 2015, para todos os que o requeiram, 120 dias após esse pedido.

- O Horário de trabalho no novo regime de trabalho corresponde a 40 horas de trabalho semanal, com prestação de até 18 horas de trabalho em serviços de urgência. Não pode ser exigida a prestação diária de mais de 12 horas de urgência, nem em mais de duas jornadas de trabalho em cada semana. A aferição do total de horas realizadas em urgência 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. Num período de referência de 6 meses, os médicos não podem prestar, em média, mais de 48h por semana.

- Em relação às Horas extraordinárias/Urgência haverá obrigatoriedade de prestar até 6 horas de trabalho extraordinário, se necessário. Durante 2013 e 2014, a majoração da remuneração das Horas Extra prevista no DL 62/79 será mantida em 50% (de notar que no que respeita aos restantes trabalhadores da Função Pública, as Horas Extraordinárias serão pagas com majoração de 25%). Para quem se mantenha em 35h, de forma semelhante ao que acontecia com o DL 62/79, será criado um regime de pagamento melhorado das horas extraordinárias, passando a partir da 5ª hora a ser o previsto na nova grelha salarial para as 40h.

- Manutenção do atual regime jurídico de dispensa do trabalho noturno (acima dos 50 anos de idade) e do serviço de urgência (acima dos 55 anos). Contudo, os médicos que transitarem para o novo modelo prescindem dessa dispensa durante 2 anos.

- O recurso a empresas de prestações de serviços médicos deve ter lugar apenas em situações de estrita necessidade e devidamente fundamentadas, com acompanhamento da comissão tripartida.

- Nos CIT manutenção do valor acordado de horas de Urgência, ainda que superior ao previsto no Acordo.

- Manutenção do descanso compensatório pós-serviço de urgência.

- Em 2013 será aplicado na íntegra, e pela primeira vez, o sistema de avaliação anual do desempenho da carreira médica única – fundamental para a progressão na grelha salarial.

- Na Medicina Geral e Familiar a lista de utentes de cada médico passa a ter uma dimensão máxima 1900 utentes, correspondentes a 2358 unidades ponderadas. As listas de utentes serão organizadas, com o envolvimento direto dos médicos de MGF, por forma a adequá-los às necessidades reais do país.

- Quanto à Mobilidade, aplica-se o regime geral da Administração Pública, de até um máximo de 60km.

Outro assunto importante, em degradação crescente nas recentes contratações de trabalho médico, que foi factor marcante na negociação, foi a reintrodução de critérios clínicos de mérito na progressão da carreira e na contratação pública de médicos:

- Abertura de vagas para

ingresso de cerca de 2.000 recém-especialistas em 2013/2014.

- Procedimentos concursais para promoção para a categoria de Assistente Graduado Sénior, de acordo com o levantamento das necessidades.

- Abertura de concursos para Consultor (já a decorrer), a ocorrer com regularidade, evitando acumulação de médicos em condições de concorrer.

- Manutenção da passagem automática dos Consultores a Assistentes Graduados.

No início de 2015 deve ser aberta uma mesa negocial, com vista a avaliar e renegociar o Acordo.

Este foi o resultado do trabalho de uma equipa que, com conquistas e cedências como é próprio de qualquer processo negocial, contando sempre com

o apoio e a colaboração (com propostas e críticas mais ou menos construtivas) de imensos colegas que perceberam desde o início a dimensão do propósito, se bateu para obter um enunciado legislativo em que os Médicos têm uma Carreira regulamentada em defesa da qualidade do exercício da Medicina, do SNS e dos utentes.

No futuro todos contamos com a determinação e empenho dos Médicos e das suas Associações Profissionais participando activamente na protecção e melhoria dos princípios agora firmados, e apoiando as suas organizações sindicais na firme defesa dos objectivos que forem sendo alcançados.

## Concurso de fotografia digital 2013

O Concurso de Fotografia Digital da Ordem dos Médicos, organizado pelo Distrito Médico de Setúbal, tem por objectivo fomentar, reconhecer, premiar e difundir a criatividade dos médicos apaixonados pela fotografia enquanto modo de expressão artística. O concurso é aberto a todos os inscritos na OM e tem tema livre. Os trabalhos deverão ser enviados (por email) até 30 dia de Abril de 2013. Serão seleccionados vinte trabalhos para participar numa exposição a inaugurar no dia 22 de Junho em Setúbal. A informação relativa ao email encontra-se no regulamento que deve ser lido antes de qualquer envio (regulamento disponível em [www.ordemdosmedicos.pt](http://www.ordemdosmedicos.pt))





**Heloísa G. Santos**

Geneticista médica e pediatra. Anterior Diretora do Serviço de Genética do Hospital de S. Maria. Anterior Professor Convidado de Genética da Faculdade de Medicina de Lisboa. Presidente das Comissões de Bioética da Sociedade Portuguesa de Pediatria, da Sociedade Portuguesa de Genética Humana e INSA.

## Serviço Nacional de Saúde (SNS)

E porque não criar atendimento privado nos hospitais públicos? E porque não trabalharmos para uma única entidade patronal?

Tenho, como muitos dos que viram nascer e ajudaram a crescer o SNS, seguido com apreensão muitas das preocupantes sugestões, ditas indispensáveis, para a sobrevivência do mesmo.

Muitos dos que se afirmam defensores da manutenção do serviço público, proclamando que as modificações que preconizam pretendem manter a sua sustentabilidade, servem vários interesses e as receitas preconizadas irão, isso sim, reduzir a qualidade dos serviços prestados e ampliar os lucros do setor privado através de maior financiamento com dinheiros públicos. Os múltiplos representantes das apelidadas “clientelas de costume” embora afirmem ser necessária a redução de gastos do Estado, nomeadamente na área da saúde, estão a receber crescentes pagamentos à custa do definhamento do setor público. E, ao SNS, em nome do desperdício e da contenção de despesas, com o declarado objetivo da indispensável poupança num país em crise, vão – lhe sendo alteradas, sem um sensato acautelamento, nomeadamente consequências a curto e médio prazo no nível da saúde das populações, condições de apoio aos doentes. Infelizmente,

muita dessa poupança vai-se perdendo em lucros para alguns grupos privados oportunamente introduzidos na engrenagem.

E, dentro de poucos anos, se nada fizermos, o SNS que conhecemos, e do qual nos orgulhamos, vai dar lugar a um serviço público de saúde frequentado apenas pelos desprotegidos da sorte e com profissionais menos habilitados e, por isso, rejeitados pelas, no futuro mais exigentes, instituições privadas.

Acredito que o setor da saúde estatal, que, ainda hoje, tem mais elevada qualidade que os restantes serviços públicos nacionais e que mantém excelentes profissionais, incluindo gestores, pode e deve reagir, com urgência, a esta situação de refém de outros interesses, contrariando, enquanto pode, esta invasão do exterior. Tentemos virar o bico ao prego...

Uma medida que me parece muito adequada ao momento que vivemos será a da criação e desenvolvimento, nos nossos principais hospitais, de um setor privado, explorado pela respetiva administração. Tal como acontece há muitos anos nos hospitais públicos ingleses e de outros países europeus. Os lucros desta iniciativa, se esta for corretamente gerida, poderão fornecer algum

financiamento complementar e cativar os profissionais de melhor qualidade a permanecerem no SNS.

Para fundamentar a minha proposta, vou começar por analisar com rigor a frase feita, e crescentemente aceite, de que *os mais ricos devem passar a pagar mais quando utilizam o SNS, para que este sobreviva e possa continuar a ser universal*.

Em primeiro lugar, “os mais ricos”- ou, melhor, os menos pobres – pagam para a manutenção do SNS e restantes despesas de Estado, através dos seus impostos. Sem o dinheiro dos impostos, em especial do IRS, daqueles que, em teoria, usufruem de maior rendimento, o serviço nacional de saúde não poderia sequer existir. É defendido, como um conceito básico entre economistas, que o nivelamento da riqueza entre os cidadãos deverá ser realizado através do respetivo montante dos impostos que lhes são cobrados. Assim, fico estupefacta ao verificar que muitos dos nossos economistas, e comentadores encartados, advoguem um pagamento escalonado na utilização do SNS, revelando uma amnésia lacunar em relação ao conceito. E, digo, lacunar, porque não me lembro de os

ter ouvido apresentar idêntica proposta em relação a outros serviços públicos, alguns também bastante deficitários, como os transportes públicos, a educação, o pagamento de documentos obtidos nas repartições públicas ou os gastos com a justiça. Admitindo o justo alargamento deste princípio defendido para a saúde, em todos os referidos serviços estatais, passaria a ser igualmente indispensável calcular o custo do bilhete, ou o valor do pagamento de despesas, de acordo com o escalão do IRS... Esta medida é injusta e iníqua. Injusta porque, ao contrário de alguns exemplos que citei, será exercida sobre pessoas que, sem culpa ou opção, se encontram doentes e fragilizadas. E é iníqua porque estes cidadãos terão de paradoxalmente pagar mais, em presença dos restantes cidadãos, numa fila, como se duma multa se tratasse! Estes utentes, já anteriormente contribuíram com o que lhes foi exigido por lei para terem direito aos seus tratamentos, e para garantirem os daqueles cidadãos que não pagam ou pagam menos impostos, num serviço universal e tendencialmente gratuito que lhe é, tal como aos restantes, com menos rendimentos, garantido constitucionalmente! Poderão alguns, voluntariamente, como mecenas, decidir oferecer uma dádiva em dinheiro, ou outra, a um hospital ou serviço, se forem suficientemente ricos e o pretenderem, como é hábito nos EUA, mas eticamente não podem ser discriminados negativamente. Claro que concordo com taxas moderadoras, no verdadeiro sentido da palavra, num país em que as pessoas, infelizmente, ainda não apresentam um nível médio de educação e cidadania,

que as impeça, conscientemente, de abusar levemente dos seus direitos e que não manifestam qualquer preocupação pelas suas nefastas consequências. Mas, inclusive estas taxas, que foram criadas para moderar, ou seja, evitar abusos, já estão hoje a ser utilizadas de forma menos transparente, nomeadamente penalizando os internamentos, uma péssima decisão, incompreensivelmente iniciada pelo ministro Correia de Campos. Seria, aliás, correto refletir hoje, em tempo de crise, sobre o alargamento de algumas isenções. Exemplificando, neste período difícil, as crianças (OMS = até aos 18 anos) deveriam passar a beneficiar de isenção de taxa moderadora não apenas até aos 12 anos mas até à maioridade. Os jovens dos 12 aos 18 anos, que também vivem com os pais, têm esse direito por ainda serem crianças e, como tal, igualmente dependentes de maior proteção do Estado.

Muitos de nós, médicos, tivemos o privilégio, menos graças ao estado empregador e mais a fundações particulares e, ainda, ao apoio de laboratórios farmacêuticos, de frequentar serviços estrangeiros em estágios ou visitas de estudo. Eu não fui exceção e posso acrescentar, no que me diz pessoalmente respeito, também, frequentemente, à minha própria custa. Infelizmente, muitos gestores hospitalares e técnicos com funções políticas na saúde, não tiveram este tipo de experiência e não analisam as características dos serviços públicos de saúde de outros países da Europa, salvo em assuntos estritamente financeiros e relacionados com despesas comparadas. E, por isso, sem conhecimento de

alternativas, estes profissionais raciocinam em círculo tentando alterar superficialmente por fora ... para deixar tudo na mesma por dentro! E, infelizmente, até agora, só elevaram as exigências aos profissionais, reduziram os direitos dos beneficiários e criaram novas regras e parcerias no domínio da gestão financeira que se revelam muitas vezes, como vamos sabendo, ruinosas para a entidade pública. E, nem sequer lhes ocorre comparar o SNS com outros sistemas semelhantes de outros países e substituir alguns aspetos menos favoráveis do modelo português. Enfim, racionalizar em vez de racionar... Ora bem, nesses estágios no estrangeiro verifiquei que, em muitos hospitais que frequentei do SNS inglês (Londres, Manchester, Oxford, Cambridge) e, também, em hospitais públicos franceses (Paris, Marselha, Lyon) existe atendimento privado, gerido pelas respetivas administrações estatais e realizado pelos profissionais médicos mais diferenciados. Os clientes escolhem o médico, o circuito é diferente desde início, as salas de atendimento podem, ou não, ser as mesmas, por vezes utilizadas com horário distinto, os aspetos burocráticos são semelhantes aos dos serviços privados de outros locais e o pagamento é feito de forma simplificada e sem relação com qualquer apoio estatal mas apenas baseado em rendimentos próprios ou seguros de saúde. Estes serviços incluem o regime ambulatorio mas também de internamento e realização de exames complementares. E têm a colaboração do restante pessoal técnico e de enfermagem. Apenas os administrativos são próprios. Trazem rendimento financeiro para os hospitais

que distribuem pelos médicos, enfermeiras, técnicos envolvidos diretamente nesta atividade e, ainda, rentabilizam material e instalações.

Para o hospital, a realização da medicina privada no mesmo local garante-lhe a manutenção dos técnicos, habitualmente os melhores, por serem melhor remunerados, através do pagamento direto e imediato que é recebido dos utilizadores privados. No referente aos médicos, e provavelmente outros profissionais, mesmo que o regime remuneratório seja um pouco menos favorável, as condições de trabalho em serviços públicos são mais atraentes que as de trabalho em instituições privadas e permitem utilizar melhor o tempo para a formação e investigação, nomeadamente clínica, e, ainda, o desenvolvimento da carreira docente e investigação. E, também, pela existência de serviços com condições ímpares para o desenvolvimento de trabalho em equipa.

A permanência dos melhores profissionais nos hospitais é uma condição indispensável para impedir que se crie uma medicina para as elites nos hospitais privados, que poderão pagar ordenados mais elevados, e uma medicina para os pobres, com médicos e restantes profissionais de menor qualidade nos hospitais públicos do SNS.

A discriminação negativa em relação às pessoas com mais rendimentos, que se está a propor para os hospitais do SNS, em vez de aumentar o retorno financeiro, só irá aumentar o número de utilizadores dos serviços privados fora dos hospitais públicos.

Estou já a imaginar que, os mais incrédulos, irão contra-argumentar com a crise e com

o fraco poder económico dos portugueses afirmando que esta proposta de setor privado nos hospitais nem sequer será rentável.

Responderei que há um potencial de clientes ricos de fora do país que teriam de ser conquistados. Como os Africanos dos nossos ex-territórios coloniais que têm atualmente uma relação de proximidade muito grande connosco e nos visitam constantemente. Também, clientes europeus ou de outros países que, tendo conhecimento do nível elevado atingido pela medicina portuguesa, poderiam, após devidamente aliciados, preferir, por razões de privacidade (por exemplo, intervenções de natureza estética), ou de custo (se os valores pagos forem inferiores à média europeia), iniciar a prática do chamado “turismo de saúde” e deslocarem-se a Portugal. Os ingleses têm estas consultas do National Health Service repletas de estrangeiros e sabem muito bem aproveitar estes nichos de mercado. Bem assim como alguns países emergentes, como a Índia e o Brasil.

Bom, irão comentar os mais céticos, qual será a vantagem desta oferta em relação aos serviços privados que por aí pululam?

Acredito que nos hospitais públicos se encontram ainda muito bons profissionais – não há melhores no circuito privado, embora muitos sejam comuns... - e as melhores condições para se praticar uma adequada medicina. E os portugueses sabem disto e, como consequência, mesmo aqueles que têm excelentes condições financeiras, ainda preferem, quando têm um problema mais grave, ser tratados ou internados num hospital público, sacrificando aspetos hoteleiros e outras

comodidades. Se as condições de acesso e de instalações puderem ser idênticas, e não dependentes do nível progressivamente decadente previsto para manter a sustentabilidade (financeira) do SNS, muitos utentes irão preferir esta alternativa, em vez de estarem sujeitos à indigna iniquidade de um duplo e elevado pagamento, sem qualquer vanta-josa contrapartida, cada vez que se dirigirão, com todo o direito, ao serviço público do mesmo hospital.

Mas, finalmente, para que esta minha proposta funcione, deverá, ainda, mudar o regime de trabalho médico e de outros profissionais de saúde (enfermeiros e, técnicos de laboratório ou de radio-diagnóstico) e, tal como nos países e hospitais que referi, passar a existir um regime exclusivo, ou para o Estado ou para uma entidade privada. Mas isto já foi compreendido, embora por motivos estritamente financeiros, pelo Ministério da Saúde (embora, incompreensivelmente, tenha sido referida a exigência de exclusividade apenas para os médicos, esquecendo a restante equipa de saúde...). E é evidente que, para além do horário de trabalho mais alargado de 40 horas, atualmente exigido na contratação dos mais novos com o objetivo de reduzir o pagamento de horas extraordinárias, é necessário garantir que toda a equipa deverá permanecer diariamente no mesmo local de trabalho.

Os turbo-médicos – tal como os turbo-enfermeiros ou os turbo-técnicos - terão de acabar rapidamente e, como nas restantes profissões, estes profissionais devem fixar-se num único local. Público ou privado. Se não, arriscam-se a voltar a ser tratados como mulheres-a-dias e pagos como tal, quer pelos privados

quer pelo Estado e, ainda, a ser explorados por agências sem escrúpulos. E, muito pior, a contribuir para que a nossa medicina, a joia da coroa dos serviços públicos portugueses, baixe muito de nível. Incluindo a da, tão citada, baixa mortalidade infantil que, segundo se diz, estará já a sofrer o primeiro impacto negativo.

No fim dos anos 60, quando iniciei o internato no Hospital S. Maria, os médicos hospitalares não recebiam ordenado mas apenas uma pequena remuneração apelidada de “gratificação”. A realização de serviço de urgência exterior e de urgência interna eram de índole obrigatória e não eram especialmente remunerados por elas. Podiam ser dispensados, a qualquer momento, pela Direcção do respetivo hospital, invocando ocasional falta de verba. As faculdades de medicina, ofereciam, por isso, guarida aos despedidos com a promessa de realização de tese de doutoramento, só excepcionalmente cumprida, e, nesse período, a escolha académica raramente se baseava no relativo mérito profissional mas nas relações pessoais e humanas. Os docentes, pagos pelas faculdades de medicina, e, também, em regime precário, além das aulas, apoiavam a formação de internos e, muitas vezes, dirigiam o trabalho das enfermarias. Muitos não-docentes participavam no ensino, por convite, sem receberem, qualquer retorno financeiro. Havia, nalguns hospitais, medicina privada e internamento de doentes que vinham do exterior, enviados pelo médico assistente que, com frequência, trabalhava no mesmo hospital. Os diretores dos serviços responsáveis pelo apoio a estes

pacientes privados, recebiam uma pequena parte do pagamento cobrado pela instituição que distribuíam pelos médicos que tinham colaborado ativamente na assistência a estes casos. Não havia na época, grande tradição ou incentivo na realização de investigação, salvo a obrigatória para a realização de teses de licenciatura ou doutoramento e era, quase sempre, indispensável a intervenção ativa de terceiros não médicos ou médicos pertencentes as equipas internacionais.

Neste período, os médicos mais diferenciados, ostensivamente, não cumpriam horários de trabalho. Mas revelavam-se muito orgulhosos com a diferenciação hospitalar a que tinham direito e que exibiam, quer nas tabuletas de consultório, quer no respetivo papel de receitas (Assistente dos Hospitais Civis de Lisboa, Professor de Medicina Interna da Faculdade de Medicina de Lisboa...). Devo salientar que, nesta época, a falta de cumprimento do reduzido horário previsto ou a intempestiva interrupção de atividades hospitalares para apoio a atividades privadas era aceite pela, como se diz hoje, tutela, com total complacência. É evidente que achariam que pagando tão pouco e de forma tão precária, não podiam exigir que os “senhores doutores / professores”, tão prestigiados pela sociedade, colocassem os seus deveres para com as instituições públicas acima dos deveres para com a rentável clínica privada. Assim, existiam condições muito stressantes para a nossa aprendizagem, devido às enormes dificuldades de contacto com os colegas mais preparados, incluindo durante a realização das urgências internas

nas enfermarias. Nestas, embora outros mais diferenciados estivessem também oficialmente escalados, nós realizávamos o apoio aos doentes, (desde o estágio, pago por nós) fisicamente sozinhos. Não posso contudo deixar de referir que, embora com este conflito de interesses, havia habitualmente grande integridade profissional e total respeito pelos doentes e, quando era indispensável, as orientações terapêuticas solicitadas aos especialistas de serviço eram obtidas pelo telefone – habitualmente do consultório - ou havia, logo que possível, uma deslocação ao hospital para serem resolvidos os problemas mais complicados. Os menos diferenciados, com menor êxito profissional ou ainda em formação, para sobreviverem e, dada a incerteza da manutenção do contrato hospitalar, trabalhavam ainda em consultas nas intituladas “Caixas”, embriões muito imperfeitos dos atuais Centros de Saúde, em consultas, onde observavam, em tempo mínimo, porque mais não lhes era permitido, doentes ambulatoriais. Recebiam, por esta atividade de medicina ambulatoria de duas horas diárias, uma modesta remuneração mas, contudo, havia maior estabilidade na manutenção de funções e de reforma. Resta-me ainda acrescentar, que aos hospitais, e também às referidas consultas públicas, acorriam, quase exclusivamente, pessoas humildes que não tinham capacidade financeira para utilizar os serviços privados e aquelas que, por razões profissionais, precisavam de documentos especiais só obtidos em serviços públicos ou as que apresentavam patologias apenas tratáveis, cirurgicamente ou medicamente, nos hospitais



estatais ou, ainda, que exigiam isolamento especial.

A seguir a este período, seguiu-se, na segunda metade dos anos setenta, a implementação do SNS e a progressiva diferenciação e otimização das atividades docentes. E tudo mudou substancialmente para melhor. Com o imprescindível contributo das Carreiras Médicas e o nosso entusiasmo e dos outros profissionais de saúde, o Serviço Nacional de Saúde deixou de nos envergonhar e os principais marcadores aproximaram-nos rapidamente dos outros países da Europa. Porém, mesmo para aqueles com vínculo apenas ao serviço público, o Estado, ao contrário do que se passava com funcionários públicos de outras profissões, nunca apoiou devidamente a formação e o contacto entre especialistas da mesma área ou com os centros médicos de excelência internacionais. Felizmente, como anteriormente referido, essa grave lacuna foi colmatada pelo valioso contributo dos laboratórios farmacêuticos e de algumas fundações, como a incontornável Gulbenkian. Os primeiros, embora tendo como principal objetivo a defesa dos seus interesses financeiros, nem sempre eticamente corretos, apoiaram a realização de estágios e congressos nacionais e internacionais, a compra de livros e revistas pelos serviços hospitalares, e outras atividades indispensáveis no estabelecimento de adequada articulação da nossa medicina à do restante mundo desenvolvido. A Gulbenkian foi apoiando financeiramente deslocações e estágios no estrangeiro mas também a aquisição de material indispensável ao desenvolvimento de novas técnicas nos

hospitais. Desde há alguns anos, também instituições ligadas ao Ministério da Cultura e da Investigação, ou à própria Europa, iniciaram o apoio a projetos de investigação científica nacionais ou internacionais e esta lacuna também se desvaneceu. As remunerações dos médicos passaram a ser ligeiramente mais elevadas, as horas extraordinárias consideradas como tal, a haver uma ligação entre as mesmas e o grau da carreira hospitalar ou universitária e, mais importante, passou a haver contratos estáveis, como em qualquer outro setor do funcionalismo público. Contudo, grande parte dos médicos, porque mantinham importante e rentável atividade privada, optou por horários reduzidos e nunca aderiu a um regime de trabalho apenas público, quer vinculado à carreira hospitalar ou à universitária ou, inclusive, acumulando ambas. Mesmo como Diretores de Serviço. E continuaram muitos, mesmo com estes novos contratos estáveis, a saltitar do público para o privado e do privado para o público. Infelizmente em muitos casos, sem respeito pelo horário previsto. Alguns, poucos, nomeadamente idealistas com ambições de mudar ou criar consultas ou serviços e desenvolverem áreas de especialidade ou de investigação, aceitaram o repto de se manterem apenas nos hospitais com horário alargado mas, a obtenção deste tipo de contrato era difícil e exigia a indispensável a justificação do Diretor de Serviço e ainda a renovação anual do mesmo contrato, sendo o valor pago mensalmente pouco superior aos dos outros colegas. Quando Leonor Beza foi Ministra da Saúde, percebeu o que se passava e pensou, creio, que obteria maior

rentabilidade e também melhores condições de liderança de gestão (Diretores de Serviço) se, tal como se passa noutros países - e no nosso país com a quase totalidade dos outros profissionais não ligados à saúde - criasse as condições indispensáveis para que os médicos optassem por trabalhar exclusivamente no SNS. Para o efeito, decidiu aumentar o valor do pagamento mensal destes profissionais e garantir a estabilidade dos contratos. Enfatizou, contudo no nome - regime de dedicação exclusiva - a necessidade de disponibilidade total dos médicos em relação à atividade pública, a mesma que, sem alardes, já era exigida para outros licenciados da função pública. E pretendeu que os diretores de Serviço fossem obrigados a escolher o novo regime. Infelizmente, esta iniciativa foi mal sucedida. Embora este regime não seja impeditivo de outras atividades, como pedagógicas ou de investigação, os honorários, sendo dignos são relativamente baixos embora bastante superiores aos que não optaram por esta alternativa. E isto levou a que a maioria dos médicos não o aceitasse e, para o desacreditar, apontasse o dedo aos casos em que as pessoas não cumpriam os respetivos horários ou que não demonstravam maior rentabilidade. Claro que os exemplos citados são uma previsível consequência dos colegas que escolheram este novo contrato não terem sido devidamente enquadrados e controlados pelas respetivos diretores de serviço que deveriam ter passado a ter obrigatoriamente o mesmo horário de trabalho para se manterem diretores. Se assim fosse teriam tido total disponibilidade para

organizar o serviço e fomentar esta nova maneira de trabalhar e o desenvolvimento de uma nova dinâmica na utilização dos diferentes profissionais. Infelizmente, até agora, no SNS, como noutras estruturas do estado, apenas se dão alguns retoques mas ninguém se atreve a mudanças de fundo porque os que não querem mudanças quando perdem regalias, criam todos os argumentos para que nada mude e também porque dá muito trabalho aos gestores alterar o que já está implementado. Creio que o falhanço das boas intenções de Leonor Beza foi não se ter apercebido a tempo da força das crescentes movimentações subterrâneas que se começaram pouco a pouco a formar.

Há algum tempo verifiquei, com alguma surpresa, que os consultórios privados em que o médico continua a ser patrão de si próprio, estavam a ficar pouco lucrativos e que, nalguns casos, os colegas mais velhos que não tinham transferido a sua clínica para hospitais privados onde deixariam de ser a entidade patronal, estavam a atravessar grandes dificuldades económicas dado que também as reformas que recebem, em consequência dos horários hospitalares

reduzidos que escolheram, são demasiadamente pequenas.

Enfim, esta revisão histórica sobre condições de trabalho e regime remuneratório nos hospitais públicos, que escrevi para esclarecer os mais novos que nos acusam de termos vivido sempre num mar de rosas, têm, porém, como objetivo principal, articular esta revisão com a minha proposta inicial de mudar alguns tabus.

Se queremos que o SNS se mantenha com a qualidade a que os portugueses se habituaram e merecem, temos de o mudar por dentro e não apenas realizando tacanhas “contas de merceiro” para identificar onde se pode cortar e poupar. Concorro com algumas destas medidas de combate ao desperdício mas não são determinantes. Com elas estamos a retocar os serviços e a sua organização. Mas não estamos a transformá-lo. Estamos a tentar criar condições para sustentá-lo financeiramente mas não para o adaptar a novos tempos. E arriscamos, mudando para pior muitas condições e não alterando o modelo, a que o serviço nacional de saúde português deixe de alinhar, em relação a muitos marcadores, com os melhores a nível internacional. Deveremos

analisar mais profundamente o que se passa no SNS de outros países. A Finlândia, por exemplo, quando em tempo de crise, não mexeu no seu serviço público de saúde. Porquê?

Para já, aqui fica o meu contributo - crie-se um setor privado dependente do Estado que possa aumentar o financiamento dos hospitais públicos e alterem-se as condições de trabalho de médicos, enfermeiros e técnicos para aumentar a rentabilidade e a qualidade dos serviços prestados. Como nota final, devo referir que após ter, há já alguns meses, apresentado estas sugestões em algumas reuniões, nomeadamente no Hospital S. Maria e numa reunião da Fundação para o Serviço Nacional de Saúde, sem encontrar da parte dos principais participantes grande entusiasmo, verifiquei com grande satisfação, através dum artigo publicado pelo semanário Expresso a 22 de Dezembro, no dia seguinte a ter terminado a escrita destes comentários, que o desenvolvimento do turismo de saúde, associado à criação, para este efeito, dum setor privado nos hospitais públicos, começou a ser avaliado pelo Ministério da Saúde.



João Miguel Nunes "Rocha"

## O Medo

Nota da redacção: este artigo de opinião foi enviado para a ROM ainda em 2012 e aguardava publicação. Em face das declarações do ministro das finanças japonês sobre os benefícios económicos da morte, consideramos que a sua actualidade se tornou inexorável, pelo que o inserimos nesta edição.

$E=mc^2$  talvez não contenha todas as variáveis que mudam o tempo. Talvez outros factores como a angústia, o medo, o relembrar, o querer viver mais, o desejar ardentemente, o aproximar vertiginoso do fim, transmutem as dimensões do tempo e um instante possa intemporal, transcender-se, e coadjuvado, tornar-se incomensurável...

No rés-do-chão do hospital, há a sala dos cuidados continuados onde os "acabados", alguns ali há muito tempo, esperam hirtos que a auxiliar que leva os mortos, detenha sobre eles o seu olhar indagador e atento, que os sobressalta e apavora. Se pedirmos a cada um dos acabados, ainda capazes, que abram os olhos e nos fitem sentir-nos-emos atingidos por uma tristeza que nos fustiga como uma aragem viscosa e tectrica, que se nos cola e besunta como um gel gelado.

É perturbador, quase insuportável, esse olhar que adensa, soma e retém, a expressão de mil cães espancados e escorraçados pelo dono, sem razão, e assemelha-

se em todos os seres humanos informados e convencidos de chofre, do seu fim. Depois da descarga de catecolaminas que nos exalta e sustém, vem o desânimo avassalador, álgido, terrível.

Se corajosos ou sádicos, olharmos com mais demora e atenção esses olhares fitos em nós, veremos que nalguns deles, em muitos deles, há mil lampejos pequeninos luzindo intermitentes, que interpretados, são mil apelos por uma injeção de ânimo e que dissecados em análises profundas e contextualizados, colocam a esperança a par do oxigénio, ambos de importância vital, indispensáveis...

Quase todos os que ali estão, têm filhos ou famílias que os não querem ou os não podem ter, por centenas de razões plausíveis, explicáveis e explicadas quase sempre, com minúcias, expressões e tons pungentes, entrecortados por suspiros, haustos e ais, e por lágrimas que teimam em não correr, limpas ritmada e tristemente, a lenços enxutos...

Há dias que um rumor insinuando-

se sorrateiramente, vindo não se sabe de onde, acrescentou mais uma labareda a este inferno já de si tão triste. Foi a notícia de que fora aprovado no Parlamento uma lei sobre a eutanásia, (não ainda a executada pelo venenozito ou pela injeção letal, mas outra ainda mais pavorosa, levada a cabo pela suspensão da terapêutica e dos meios de suporte vital) que liberalizando-a, a tornava aplicável, não só a pedido do doente mas também a pedido da sua família mais chegada. Os acabados que até aí olhavam para os filhos e para os netos, com a ternura amorosa de quem contempla o único elo material da sua eternidade, olham-nos agora de soslaio, sub-repticiamente, como quem avalia à socapa a pujança de um inimigo impiedoso e temido; as visitas, antes encaradas como um bálsamo terno, são agora esperadas com medo que a breve trecho degenera num rancor ácido, de pH suficientemente baixo, para num ápice, corroer e extinguir todos os afectos, pois não podem existir ou

persistir amor ou sentimentos de benquerença, por quem nos quer, não só fora do seu caminho, o que até se aceita e se perdoa, mas fora do mundo, o que é totalmente inaceitável e imperdoável, seja por que motivo for, que no nosso interesse, não o é...

Há entre os "acabados" muitos infelizes, que afásicos e privados da eloquência do gesto, se vêm limitados a esgares ininteligíveis onde se não vislumbra nada que ateste o seu entendimento e ultrapassem a nossa competência de decifração...Sabe-se lá o que

e se esmerava por prever todas as hipóteses, eram excluídos da herança o médico e o padre que tivessem assistido o moribundo na sua fase final, dado o poder que tinham de suggestionar o infeliz, um prometendo-lhe a cura e o outro prometendo-lhe a vida eterna. Incluíam-se os familiares, como herdeiros legítimos, mas presume-se que a estes o doente conhecia sobejamente, para se deixar iludir... É por isso que outorgar-se à família, o poder de representar o incapaz, interpretando-lhe a vontade, me parece extremamente

animais estúpidos, que nós seres supremos, presumimos que são, será horrorosa e escusadamente cruel, a alameda do aviário onde de ovos passam a pintos, de pintos a frangos e de frangos a frangos degolados. São galinhas videntes, mais competentes do que o professor Karamba ou do que a astróloga Magda; do seu princípio adivinham o seu fim. Bastava bifurcar a recta, ocultando ao todo o destino de uma parte, para criar a esperança e acalantar em cada frango o desejo e o sonho utópicos, de escaparem à decapitação.



lhes vai na alma e se esta barreira que os separa das pessoas não é unidireccional, e se aterrados, percebem tudo...e se há alguma coisa mais medonha do que qualquer vida, é a morte...até os mais crentes, da gente simples aos mais altos clérigos, mesmo não o admitindo, provam-no, agarrando-se ao "aquém" até que lhes decepem os dedos...

No tempo em que as leis eram para aplicação "universal" e o legislador era sério, tinha brio

inadequado. Sem obviamente pôr em dúvida que a maior parte das famílias querem o melhor "para o seu doente", desde tempos imemoriais que se sabe que o interesse prevalece em geral sobre os afectos...e a censura dos mortos, só exequível por "vidências mediúnicas," ou pelo remorso, que pressupõe consciência, é peso de pouca monta para os vivos e de nenhuma serventia para os mortos...

Se as galinhas não forem os

Façamo-lo aos nossos velhos, aos nossos doentes crónicos, aos nossos inválidos...

Até os Nazis, no seu apogeu de extermínio, o fizeram. Nos grandes matadouros/crematórios de Dachau, Treblinka, Auschwitz, Sobibor, Maidanek, Chelmo, Belzev, etc,etc, etc...(não só de judeus mas de todos os que divergissem da linhagem ideal dos arianos de "raça pura", como os PIGS) os recém chegados a eliminar, eram sob o pretexto de



uma desinfestação (pediculose) e de um banho, levados a um recinto, onde lhes pediam que se despiassem e que nus, passassem a um simulacro de balneário, onde encerrados, eram pulverizados com o insecticida Ciclon B. Os nazis não lhes tinham mentido. Morriam sem piolhos...Façamo-lo aos nossos infelizes"acabados" por que informar seja quem for, do momento em que o vamos abater, mesmo que com o seu "acordo", é de uma maldade excessiva... O que os "acabados" não sabem, porque sabendo-o sentir-se-



iam apaziguados com a morte próxima, é que no mundo a que não tornarão, tudo é agora triste, sombrio e desolador e as pessoas atordoadas se movem em círculos entre escombros, cinzas e pó ... do que foram sonhos, projectos, vidas...

E todos os dias vêm acusá-los de uma dívida, mesmo aos que nada tiveram nunca, fazendo-as sentirem-se culpadas como nos pecados mortais da infância, em que se acreditava sem contudo se

perceber.

Os que se atrevem a olhar para o recôndito onde as verdades se despem, há muito que perceberam, sem margem para ilusões, que:

A exorbitância dos juros da "dívida" exclui por si só, qualquer propósito de ajuda

A relutância obstinada em renegociar os "juros" alegando honra e credibilidade quem não teve pejo, de enganar os cidadãos que o elegeram, e de descer à vileza maldita, de amargar os últimos dias dos velhos, não é crível.

A pressa frenética que demonstram em privatizar tudo, por "quanto menos melhor", mostra claramente ao que vieram...

A própria maneira exagerada como representam o seu, já de si, odioso papel, acrescentando-lhe incerteza, "suspense" e uma desalmada canalhice, é excessiva, pelo que obviamente faz parte do plano, porque não se pode ser tão estúpido e ter-se aprendido o abecedário.

A história sem fim, do cidadão que viveu acima das suas posses, o suposto pedido depois de uma reunião de todos os banqueiros, prova, na minha opinião que estamos a viver um enorme "conto do vigário". Até Sua Reverência o Senhor Cardeal nos veio advertir da inutilidade das contestações...

Depois de um empréstimo sabiamente calculado para extrair o máximo ao pedinte, este esvaído, deixa também o penhor. É assim que há milénios os agiotas enchem as suas arcas de ouro, e é por isso que nem os que lhes deveram, lhes ficaram gratos.

Findo o seu desempenho de "mandarete de rapina", o eleito vai desarvorar deixando um país devastado, cruzado por abundância de auto estradas onde se paga por não passar, conduzindo a desertos desabitados e a frondosos

eucaliptais, pronto à invasão do "capital", sobretudo dos que muito levam, pouco trazem e nada dão...

Os nossos grandes empresários quase todos estabelecidos no ramo da mercearia, explorarão também a saúde no cargo tríplice da engorda, do tratamento e da matança...

Quem podia fazer alguma coisa age prudentemente, que cautela não é medo, não vá o poder cair-lhe precocemente no colo, derreando-o...

Raio de mundo: esbulham-se os velhos, os doentes, os cidadãos contribuintes, impede-se-lhes o acesso aos medicamentos, às terapêuticas, aos cuidados paliativos, criam-se situações de medo e de motivo para o ter, e abre-se-lhes a porta à morte garantida pelo Testamento Vital, cuja coexistência com uma medicina idónea, bem praticada e de acesso garantido seria de interesse residual, mas que num futuro próximo em que a saúde seja o "Grande Negócio", fará todo o sentido.

Os doentes pobres vão morrer mal esgotem o pecúlio ou o crédito e os doentes ricos (desde que saibam precaver-se dos herdeiros) vão aproveitar-se de todas as evoluções, e de terapêutica em terapêutica, de transplante em transplante, viver até de que deles próprios só sobrem, meia dúzia de neurónios entre ateromas e glia, mantendo vagas reminiscências do que foram num passado distante, sem contemporâneos sobreviventes...

Estão a comer-nos as papas na cabeça. Tudo é preferível a este buraco negro onde o medo e o desespero abundam e alastram e de onde a esperança se esvai...



A. Eleutério Macedo

Consultor de S.P.- Aposentado

## Fumo sem fogo?

O Presidente do C.Ado Hospital de S. João, Dr. António Ferreira, deu uma entrevista à T.V.I. no passado dia 17 de dezembro (Olhos Nos Olhos), com Judite de Sousa e Medina Carreira, que deve ter deixado perplexos muitos telespectadores, atentos a tudo que à sua saúde diga respeito e impressionando mesmo o Sr. Ministro da Saúde.

Começou o entrevistado por dizer que cerca de 30 cirurgões daquele Hospital não terão efectuado qualquer intervenção cirúrgica, durante o corrente ano. Ora como Administrador daquele Hospital - o 2º maior do país - o entrevistado nada referiu sobre os porquês de tal situação. Se fôr por incumprimento de horários ou outros "compromissos" extra-empregador (o hospital) só lhe restava dizer que tais médicos estão ou vão ser alvo de inquérito profissional, seguido do respectivo processo disciplinar. Se o motivo configura outras hipóteses, há que as ponderar:

A) Não escalamento, semanal, elaborado pelo Director do Serviço, então peçam-se responsabilidades ao Director;

B) Se os motivos são a doença (baixas médicas), incapacidade física ou psíquica, avançada idade para operar, entre outras, então aproveitem-se estes cirurgões para fazerem consultas de cirurgia, acompanhamento de doentes no pós-operatório, fazerem pequenas cirurgias ou cirurgias de ambulatório, geralmente de menor responsabilidade que as grandes cirurgias. Também, ainda podem ser muito úteis como 1º ou 2º

ajudantes no Bloco Operatório...

O segundo ponto focado na entrevista, diz respeito aos Funcionários Públicos (civis, militares e forças militarizadas), embora tivesse apenas, tocado nos abrangidos pela ADSE (os restantes têm ADM e Hospitais Militares o que os separa dos Hospitais Civis). Dizia o Dr. A. Ferreira que a ADSE deveria acabar e os seus utentes integrados no SNS, porque a ADSE dá prejuízo e quantificou (!!!) esses prejuízos. Quem criou a Assistência na Doença aos Servidores do Estado—ADSE—foi Salazar, em contra-ponto aos trabalhadores por conta de outrem, que já beneficiavam da Previdência Social (na Saúde e na Doença). E, como diz Mário Soares, nem Salazar teve coragem de extinguir a ADSE!!!!

Mas, não sejamos demagogos. A ADSE é um dos melhores subsistemas de Saúde e mais financiado pelos seus Utes que o SNS. Vejamos: o SNS é financiado pelos nossos impostos (IRS) e pelas Taxas Moderadoras (estas só uma minoria as paga); A ADSE é paga pelos nossos impostos (IRS) - pelo desconto mensal de 1,5% dos n/ vencimentos ou pensões e pelas Taxas Moderadoras, quase em 95% dos beneficiários. Sobre este assunto voltaremos numa outra oportunidade, com um desafio que farei ao Sr. Ministro.

A terceira incongruência do entrevistado, feita malevolamente com intenção de denegrir toda a classe médica e enganar os portugueses, menos familiarizados com as Carreiras Médicas (como

qualquer outra carreira na Função Pública, ou em qualquer empresa) há graus, há promoções, há escalões, que se vão ganhando com Concursos, com anos de serviço e, em alguns casos, por mérito. Nas Carreiras Médicas, o médico que atinge o grau de Assistente Graduado ou Chefe de Serviço, diz o Sr. A. Ferreira, não volta para trás, isto é, não desce. Pergunta-se: Já se viu passar um General a Brigadeiro ou Coronel a Major, ou a um Sargento passar a Furriel ou um Super-Intendente da PSP passar a Intendente, etc, etc, etc.? Já se viu um Prof. Catedrático passar a Prof. Auxiliar ou a Assistente? E isto passa-se também em qualquer estação televisiva, embora a Judite de Sousa tenha mostrado um sorrisinho "amarelo", enquanto o Dr. Medina Carreira não se tenha manifestado. Foi para a TVI por simples amor à camisola, Judite?

Finalmente e para terminar, aguardando a próxima entrevista no dia 07 de Janeiro, p.f. o n/ entrevistado é a favor que todos os Meios Auxiliares de Diagnóstico e Terapêutica se deveriam realizar nos Hospitais E.P.E. (Estado/SNS). Imagine-se:

A) Listas de espera de anos...

B) Ter que colocar nos Hospitais todos os Especialistas das várias especialidades deste campo da Medicina, nos Hospitais, para fazer face às necessidades daí decorrentes;

C) Quantos postos de trabalho se perderiam? Quem suportaria tal desemprego? Colocar todos estes milhares de profissionais nos Hospitais Públicos?



**Carlos Marques Pontinha**

Interno do Ano Comum  
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra E.P.E.

## Azevedo Neves (1877-1955)

Memória para a História da Medicina Legal portuguesa<sup>1</sup>

João Alberto Pereira de Azevedo Neves nasceu, a 12 de Maio de 1877, em Angra do Heroísmo (Costa Sacadura S, 1958a; Costa Sacadura S, 1958b). Aos 17 anos, após ter concluído o Liceu, mudou-se para o Continente onde ingressou em Medicina na Real Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa (Costa Sacadura S, 1958a). Formou-se em 1900, tendo dedicado a sua tese final de curso ao estudo da morfologia macro e microscópica do ovário (Costa Sacadura S, 1958a). Posteriormente, trabalhou em vários hospitais de Lisboa sob a direção dos Professores Custódio Cabeça (1866-1936) e Curry Cabral (1844-1920); tendo partido de seguida para Berlim onde trabalhou no Laboratório de Anatomia Patológica do Professor David Paul Von Hansemann (1858-1920), famoso patologista alemão e um dos pioneiros do estudo das células anaplásicas (Costa Sacadura S, 1958a; Costa Sacadura S, 1958b). Ainda na Alemanha, por sugestão do Professor Custódio Cabeça, foi convidado para Diretor do Laboratório de Análises Clínicas do Real Hospital de São José (Costa Sacadura S, 1958b). Anos mais tarde voltou a partir

para o estrangeiro, desta feita para a Dinamarca, onde foi aprender as novas estratégias terapêuticas, que ali estavam a ser desenvolvidas, para o tratamento do lúpus (Costa Sacadura S, 1958b). De regresso a Portugal implementou, no Hospital de São José, um serviço com os aparelhos necessários à aplicação dos raios Finsen no tratamento desta doença (Costa Sacadura S, 1958a; Costa Sacadura S, 1958b).

Naquela altura, o Professor Curry Cabral desejava que Azevedo Neves se dedicasse à Anatomia Patológica e o cirurgião, Professor Custódio Cabeça, queria orientá-lo na Cirurgia (Costa Sacadura S, 1958a). Foi, contudo, a Anatomia Patológica que mais fascinou o jovem, mas já ilustre, médico. Azevedo Neves é o pioneiro do estudo do cancro em Portugal (Costa Sacadura S, 1958a; Costa Sacadura S, 1958b). Na Folha Oficial de 21 de Janeiro de 1904 aparece nomeada a 1ª Comissão para o Estudo do Cancro, sob a presidência do Professor Ferraz de Macedo (1838-1907), e para a qual Azevedo Neves é nomeado secretário (Azevedo Neves J, 1906). É nesta condição que concebe, executa e analisa

### Agradecimentos:

O autor testemunha o seu agradecimento ao Prof. Doutor Jorge Costa Santos que incentivou e autorizou a apresentação pública deste breve resumo histórico na Delegação do Sul do INMLCF, I.P. bem como à Dr.ª Manuela Marques pela sua preciosa colaboração na pesquisa bibliográfica e às múltiplas sugestões. O autor agradece ainda a total disponibilidade e profissionalismo com que foi recebido pelos profissionais do Serviço de Patologia Forense durante o estágio que ali realizou.

1 - O presente artigo corresponde, em parte, ao apoio escrito à preleção apresentada na Sessão de Medicina Legal e Ciências Forenses que teve lugar, no dia 25 de Maio de 2012, na Delegação do Sul do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.

Espaço Museológico da Delegação do Sul do INMLCF, I.P. (fotografia gentilmente cedida pelo Mestre Tiago Costa)



os resultados do primeiro grande estudo epidemiológico oncológico realizado em Portugal (Azevedo Neves J, 1906). Destacam-se dois objectivos desse estudo: desenvolver novas estratégias terapêuticas e de profilaxia (Azevedo Neves J, 1906). Azevedo Neves identificou, já naquela época, que os hábitos etanólicos e o tabagismo constituem fatores de risco para certos tipos de

neoplasias malignas (Azevedo Neves J, 1906). Numa época em que as atenções se concentravam na doença, já Azevedo Neves alertava para a importância da prevenção (Azevedo Neves J, 1906).

Azevedo Neves foi convidado pelo Professor Silva Amado (1840-1925) para o auxiliar no Conselho Médico-Legal e na Morgue de Lisboa, que fora

criada pelo Rei D. Carlos (1863-1908) através da Carta de Lei de 17 de Agosto de 1899 (Azevedo Neves J, 1922; Costa Sacadura S, 1958a; Santos JC, 1988). Este convite mudou o rumo profissional deste patologista, tornando-o num dos mais prestigiados médicos legistas portugueses (Costa Sacadura S, 1958a). Assim, em 1911, o Professor Azevedo Neves sucede





entreposto de cadáveres, cujas instalações infectas ameaçavam ruir (Azevedo Neves J, 1922; Santos JC, 1988). A Morgue de Lisboa era desprovida de qualquer laboratório, sendo que grande parte dos exames periciais encontrava-se dispersa por várias instituições (Azevedo Neves J, 1922; Santos JC, 1988). Pelas descrições da época ali trabalhar era um duplo encontro quotidiano com a morte: com os cadáveres que se acumulavam à espera de serem autopsiados e com a ameaça de contágio, nomeadamente por tuberculose, dada a insalubridade das instalações (Azevedo Neves J, 1922; Santos JC, 1988). Será com verbas provenientes da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa que o Professor Azevedo Neves irá conseguir organizar e pôr a funcionar, ainda em 1911, o Serviço de Clínica Médico-legal e os Laboratórios de Química Forense, de Biologia Forense e de Antropologia Criminal e Polícia

Científica (Azevedo Neves J, 1922; Costa Sacadura S, 1958a; Santos JC 1988). Em 1918, os esforços do Professor Azevedo Neves foram recompensados com a publicação de vários decretos (Azevedo Neves A, 1922). Após uma reunião, a 2 de Setembro desse ano, com o então Presidente da República, Sidónio Pais (1872-1918), Azevedo Neves consegue que lhe seja concedida uma quantia inicial de 300 contos para a construção de um novo edifício e para a transformação oficial da Morgue no Instituto de Medicina Legal de Lisboa (Costa Sacadura S, 1958a; Santos JC, 1988). Arrancaram, em 1919, os trabalhos de construção dirigidos por uma comissão presidida pelo próprio Professor Azevedo Neves e da qual faziam ainda parte o Engenheiro Luís de Melo e o Arquitecto Leonel Gaya. Edificou-se um espaço amplo e repleto de luminosidade (Azevedo Neves J, 1922; Costa Sacadura S, 1958a). Instituições, como a Fundação Rockefeller, e a comunidade científica internacional elogiaram-no pelo trabalho desenvolvido no “seu” instituto, considerando-o uma instituição de referência mundial (Azevedo Neves J, 1922).

Relembrando que, em 1911, quando se tornou Diretor da Morgue de Lisboa ficou, também, responsável pela docência da Medicina Legal nas Faculdades de Medicina e de Direito da Universidade de Lisboa há, ainda, que referir que estruturou um plano curricular inovador, que além das aulas magistrais incluía a participação dos alunos em autópsias foren-ses (Azevedo Neves J, 1914; Costa Sacadura S, 1958a). Após a jubilação do Professor Azevedo Neves, em 1947, segue-se um período

ao Professor Silva Amado como Diretor da Morgue de Lisboa (Costa Sacadura S, 1958a; Santos JC, 1988). À Morgue tinha sido destinada uma velha enfermaria do Hospital de São José, escolha essa ditada pela proximidade à Escola Médica e ao hospital (Azevedo Neves J, 1922; Santos JC, 1988). Naquela época a Morgue de Lisboa encontrava-se reduzida ao estatuto de um mero

de 10 anos em que não houve nenhum diretor médico legista e simultaneamente Professor Catedrático. Só em 1957, o Instituto de Medicina Legal de Lisboa (figura 2) voltou a ter um novo diretor detentor desta dupla condição, o Professor Arsénio Nunes (1919-1957). Para além dos inúmeros trabalhos científicos que publicou no âmbito da Medicina Legal foi, ainda, o impulsionador e o diretor de uma revista científica portuguesa, de publicação periódica, dedicada a esta área da Medicina, a qual intitulou de *Archivos do Instituto de Medicina Legal*. Várias das suas obras continuam, ainda hoje, a ser de leitura obrigatória para quem estuda e exerce Medicina Legal, como o *Guia de Autópsias* (Azevedo Neves J, 1915; Sacadura C, 1958a). Trabalhos como *Le Masque du Cadavre*, apesar de cientificamente polémicos, são revestidos de importância intemporal pela inovação do exercício intelectual que constituíram à época (Azevedo Neves J, 1931). Neste trabalho, sob a orientação do Professor Azevedo Neves, foram registadas, em moldes, dezenas de expressões cada- véricas de rostos humanos. Azevedo Neves concluiu que após a morte as expressões desapareciam na fase de resolução muscular, reaparecendo depois a expressão fisionómica habitual (Azevedo Neves J, 1931; Santos JC, 1988). Porém, o Professor Azevedo

Neves não esgotou as suas capacidades intelectuais somente na Medicina, mas abraçou ainda um vasto leque de iniciativas de índole social (Costa Sacadura S, 1958a; Santos JC, 1988; Filomena Mónica M, 2006). Foi jornalista, vogal do Conselho de Justiça Pública, Secretário de Estado e depois Ministro do Comércio, Ministro interino dos Negócios Estrangeiros, Presidente da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, Diretor da Faculdade de Medicina de Lisboa, 1º Reitor da Universidade Técnica de Lisboa e 24º Presidente da Academia das Ciências de Lisboa (Costa Sacadura S, 1958a; Filomena Mónica M, 2006). A 10 de Abril de 1958, 3 anos após a sua morte, o Professor Costa Sacadura proferiu naquela academia o elogio histórico ao Professor Azevedo Neves (Costa Sacadura S, 1958a). Por todo o seu legado, a República Portuguesa agraciou Azevedo Neves com a Ordem Militar de Sant'iago da Espada e a Ordem de Mérito Civil (Filomena Mónica M, 2006). O Professor Azevedo Neves é patrono do atual Agrupamento de Escolas Dr. Azevedo Neves cuja sede se localiza na freguesia da Damaia.

Citando as eméritas palavras do Professor Costa Sacadura, poder-se-á assumir que a vida e a obra do Professor Azevedo Neves “nos mostra que a verdadeira Arte de viver é aquela que encontra o seu lugar no tempo e assim perdura” (Costa Sacadura S, 1958a).

#### Referências bibliográficas

- Diário do Governo. 1904; 16, 21 de Janeiro.
- AZEVEDO NEVES, João. *Le masque du cadavre*. Separata dos Archivos do Instituto de Medicina Legal. 1931; 3: pp. 3-4.
- AZEVEDO NEVES, João. *Serviços Médico-Forenses*. Archivos do Instituto de Medicina Legal de Lisboa, vol. I, 1922, pp. 194-247.
- AZEVEDO NEVES, João. *Guia de autópsias*. Lisboa: Instituto de Medicina Legal de Lisboa; 1915.
- AZEVEDO NEVES, João. *O Ensino da Medicina Legal*. Archivos do Instituto de Medicina Legal de Lisboa. Série A, vol. I, 1914, pp. 225-258.
- AZEVEDO NEVES, João. *O cancro em Portugal*. Medicina Contemporânea. Série II, 1906, pp. 393-401.
- FILOMENA MÓNICA, Maria (coordenadora). *Dicionário Biográfico Parlamentar (1834-1910)*, vol. III, pp. 52-53, Assembleia da República, Lisboa, 2006.
- COSTA SACADURA, Sebastião. *Elogio histórico do Professor Azevedo Neves*. Separata do Boletim da Academia das Ciências de Lisboa. 1958a; 30.
- COSTA SACADURA, Sebastião. *Azevedo Neves, fundador do Laboratório de Análises Clínicas do Hospital de São José*. Separata do Boletim Clínico dos Hospitais Cívicos de Lisboa. 1958b; 22: pp. 397-410.
- SANTOS, Jorge Costa. *A Morgue e a Morte*. Revista Povos e Culturas, n.º 3, Lisboa, Universidade Católica Portuguesa, 1988, pp. 491-510.



# Renovando a AMP, para 2013!

- Novo sistema de Gestão Electrónica dos Artigos (Open Journal System)
- Versão para iPad
- Presença no Facebook, Twitter, Wikipédia
- Formação em Edição Médica
- Site renovado
- Edição impressa
- A caminho dos 100.000 downloads na PubMed

