



CNECV · CICLO DE
CONFERÊNCIAS 2011

Fundamentos Éticos nas prioridades em Saúde

Ciclo de Conferências CNECV 2011
Lisboa | 29.11.2011



COLEÇÃO BIOÉTICA | 14

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

COLECÇÃO BIOÉTICA | 14

**Título: Fundamentos Éticos nas Prioridades em Saúde
Ciclo de Conferências CNECV / 2011; Lisboa**

© Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

Avenida D. Carlos I, n.º 146 - 2º Esq.

1200-651 LISBOA PORTUGAL

Tel. +351 213 910 884

Fax +351 213 917 509

Email: geral @ cnecv.pt

www.cnecv.pt

Editor: Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

2012

1.000 exemplares

ISBN: 978-972-8368-32-6

Depósito legal: XXXXXX/2012

COLECÇÃO BIOÉTICA | 14

FUNDAMENTOS ÉTICOS NAS
PRIORIDADES EM SAÚDE

COLECÇÃO BIOÉTICA | 14

**FUNDAMENTOS ÉTICOS NAS
PRIORIDADES EM SAÚDE**

CICLO DE CONFERÊNCIAS
CNECV / 2011

Conselho Nacional de
Ética para as Ciências da Vida

Índice

Discursos de abertura

- 11 **Dr. Fernando Negrão**
- 15 **Dr. Fernando Leal da Costa**
- 21 **Dra. Isabel Mota**
- 25 **Prof. Miguel Oliveira da Silva**

Primeiro Painel

Moderador: Adalberto Campos Fernandes

- 33 **Ética das prioridades na saúde**
Albert Weale
- 45 **Princípios éticos nas prioridades em saúde**
Vitor Feytor Pinto
- 57 **Restrição orçamental e problemas éticos na prescrição**
Pedro Pita Barros
- 79 **Prioridades na comparticipação de medicamentos em ambulatório**
Francisco Batel Marques
- 87 **Percepção pública das prioridades na saúde**
José Vítor Malheiros

Segundo Painel

Moderador: Francisco Sarsfield Cabral

- 97 **Prioridades éticas no financiamento da saúde**
Responsabilidade individual / Responsabilidade social
Gilbert Hottois
- 115 **A intersecção/coexistência entre prioridades públicas e privadas na área da Saúde**
Maria do Céu Machado
- 125 **Prioridades na Saúde – Política**
Ricardo Baptista Leite
- 131 **Escolhas em saúde – uma perspectiva política**
Manuel Pizarro
- 137 **Fundamentos Éticos para as prioridades em Saúde**
Isabel Galriça Neto
- 143 **Prioridades em Saúde**
João Semedo
- 149 **Fundamentos Éticos nas Prioridades da Saúde**
Paula Santos
- 153 **Sobre os autores**

**Discursos de abertura na
Conferência CNECV
“Fundamentos Éticos nas
Prioridades em Saúde”**

**Discurso de abertura do Dr. Fernando
Negrão, Presidente da Comissão
Parlamentar de Assuntos
Constitucionais, Direitos, Liberdades e
Garantias, em representação da
Presidente da Assembleia da República**

Senhor Secretário de Estado, Dr. Leal da
Costa,

Senhor Presidente do Conselho Nacional de
Ética para as Ciências da Vida, Prof. Miguel
Oliveira da Silva,

Senhora Administradora da Fundação Ca-
louste Gulbenkian, Dr^a Isabel Mota,

Permitam-me agora uma ponta de corpora-
tivismos e cumprimentar a Dr^a Maria de
Belém Roseira,

Bons dias a todos.

Eu não estou aqui para vos sugerir o visionamento do último filme de Almodôvar, que é um filme que leva até às últimas consequências aquilo que são os progressos da medicina e a falta de alguém que vigie esses progressos e os efeitos perversos que essa ausência causa. Também não estou aqui para

falar sobre ética ou bioética, uma vez que no final destes trabalhos haverá um painel com os representantes dos partidos políticos para o efeito. Também não venho aqui falar ou fazer um discurso de natureza política, uma vez que numa sessão de abertura de um colóquio desta natureza não me cabe fazer isso. O que quer dizer que me resta pouco. Resta-me fazer ou dizer meia dúzia de palavras de carácter institucional. Mas, tudo o que é demasiado institucional tem o problema de se tornar demasiado aborrecido; por isso, limito-me a duas ou três notas.

A primeira é para agradecer e saudar esta iniciativa. É uma iniciativa da maior importância da parte de um Conselho que tem produzido um trabalho fundamental para o progresso das ciências, neste caso das ciências médicas, e para a respectiva repercussão nas gerações futuras. E digo isto porque conheço – e aqui entro na segunda nota – o trabalho deste Conselho. Este Conselho trabalha junto da Assembleia da República e não podia nem devia exercer as suas funções junto de qualquer outro órgão de soberania. E eu digo isto porque a Assembleia da República é o lugar mais livre do país, embora haja muita gente que disto discorda. Mas é efectivamente o lugar mais livre porque é o lugar onde, tenho a certeza e os membros do Conselho reconhecerão isso, fazem o seu trabalho com a maior liberdade. E fazem-no com a maior liberdade porque é na Assembleia da República que existe a maior pluralidade de opiniões.

Nessa medida, qualquer pressão que possa ser feita aos membros deste Conselho é imediatamente denunciada por outro sector de natureza política. E este equilíbrio e este balanço entre as várias forças políticas é, eu diria, fundamental para a independência e para a isenção do trabalho deste Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. Espero que assim continue e deixo aqui a garantia, Senhor Presidente, de que a Assembleia da República continuará a apoiar o vosso trabalho e continuará a garantir a independência do vosso trabalho.

E sei também da importância desse trabalho porque nas Comissões, designadamente na Comissão de Saúde, quando se discutem matérias relativas à Ética, por exemplo na área da

medicina, os pareceres deste Conselho são analisados à lupa, são estudados com todo o pormenor. Obviamente, têm posteriormente a respectiva leitura política, que é a legislação correspondente.

Para terminar, não queria deixar de citar uma frase do Professor Luís Archer, em que ele diz o seguinte: "Transdisciplinar e independente, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, esforça-se para exprimir a consciência pública da nossa sociedade, de modo a descortinar e propor, em cada nova encruzilhada que a biologia abre à humanidade, caminhos que conduzem à sobrevivência da nossa espécie, assim como à felicidade genuína e sustentável de toda a pessoa humana."

Professor Miguel Oliveira da Silva, na sua pessoa, mais uma vez felicito o Conselho por esta iniciativa, desejando a todos um bom e profícuo trabalho.

Obrigado. •

**Discurso de abertura do Dr. Fernando
Leal da Costa, Secretário de Estado
Adjunto do Ministro da Saúde, em
representação do Ministro da Saúde**

Exma. Senhora Doutora Isabel Mota,

Exma. Senhora Deputada Doutora Maria de
Belém, Presidente do Partido Socialista

Exmo. Senhor Deputado Fernando Negrão,
Vice-Presidente da Comissão Parlamentar
de Saúde

Exmos. Senhores Bastonários

Exmo. Senhor Prof. Doutor Miguel Oliveira
da Silva,

Exmo. Senhor Monsenhor Feytor Pinto,

Exmo. Senhor Prof. Doutor Jorge Soares,

Exmas. Senhoras

Exmos. Senhores

Este exercício, essencial na democracia, leva-me a considerar – e já foi aqui dito –, que nos tempos que correm de estrangimento orçamental o quão necessário é reflectirmos sobre a Ética das coisas; e, seguramente, isto tem sido demoradamente analisado. Grande parte da situação em que nos encontramos, independentemente de considerações económico-financeiras sobre a adequação do nosso nível de despesa ou do nosso nível de rendimento, é seguramente a consequência de uma grave crise ética, crise de padrões morais ao nível do sector económico-financeiro mundial. É um problema crescente, porque não resolvido, falar de transparência quando a tendência é cada vez maior para a opacidade, quer na linguagem, quer nas soluções apresentadas. E é tanto mais caricata ou curiosa esta circunstância, quanto mais se pugna por unidade em termos das grandes instituições. E essa unidade, nomeadamente a da própria Europa, reside, claramente, numa necessidade de confiança interpares e só se pode confiar naquilo que se conhece ou que se julga conhecer.

Temos grandes desafios para os tempos vindouros relativamente ao nosso sistema de saúde, e em particular ao nosso Serviço Nacional de Saúde, que continuará a ser – se me permitem o coloquialismo vindo de um médico – a espinha dorsal do nosso sistema.

Tenho recitado sistematicamente, em várias intervenções, uma definição de qualidade em saúde que usava muito nas aulas que leccionava na Escola Nacional de Saúde Pública. Trata-se de uma definição de um economista norueguês, um homem grande na economia da saúde: John Øvretveit costumava dizer, e escreveu num livro sobre avaliação de sistemas de saúde, que ‘qualidade em saúde é dar aquilo que é necessário aos mais necessitados de acordo com o regulamentado’. Esta definição é perene porque claramente contém vários aspectos muito relevantes para esta discussão que fazemos sobre Ética.

Em primeiro lugar, a capacidade de definir o que é necessário, de saber avaliar de facto quais as necessidades das pessoas e dar-lhes aquilo de que necessitam. Nem mais nem menos.

Por outro lado, reconhecer que há uns que ainda são mais necessitados que os outros – não estou apenas a discutir questões que têm que ver com necessidade económico-social mas, seguramente, com necessidade no seu todo e com a capacidade de sermos capazes de avaliar prioridades.

Por outro lado, actuar de acordo com aquilo que são normas pré-estabelecidas, sejam elas de que natureza forem: normas técnicas, normas éticas e até normas legais, se for caso disso. E nesta definição estão contidos alguns pensamentos muito importantes na avaliação da Ética: o conceito de necessidade, o conceito de oportunidade e o conceito de propriedade, aquilo que em inglês se dizia 'appropriateness'.

Para que tudo isto funcione, é preciso sermos capazes de poder fazer uma avaliação concreta de qual a melhor evidência, em termos de instrumento utilizado, e usá-lo ao serviço das pessoas. E esta necessidade de usar aquilo que são os cuidados, nomeadamente cuidados de saúde ao serviço das pessoas tem muito que ver com outros quatro factores fundamentais na definição de qualidade que este Governo tenciona prosseguir:

Profissionalismo, eficiência, sustentabilidade e satisfação.

Em primeiro lugar, um altíssimo sentido de profissionalismo, a mais elevada profissionalização que condiciona também um elevado sentido ético. Obviamente, porque esse sentido ético que é muito elevado e deve sê-lo sempre nos profissionais de saúde, uma noção de alto conhecimento para a realização de actos eficazes, a noção de eficácia ligado ao conceito de profissionalização.

Mas, por outro lado, um conceito de eficiência. Há que ser eficiente, mais não seja porque é necessário também, para que um sistema tenha qualidade, que seja sustentável.

E esta noção de sustentabilidade tem que ver com a continuidade no tempo. Nós não podemos, em contexto ético, manter um serviço de saúde que funcione numa base de que "é bem servido o primeiro que chega". Não. Nós temos que ter a garantia de poder continuamente servir da melhor forma o primeiro, o segundo e o último da lista que pode ser o milionésimo ou para lá disso.

E, em último lugar, um factor muito importante em avaliação de qualidade, que é a satisfação daqueles que são servidos.

Sobre a satisfação e a avaliação daquilo que são necessidades, e a forma como elas foram satisfeitas, remetemo-nos para uma outra questão que já foi aqui levantada, que tem que ver com os conflitos de interesses. Todos nós sabemos que este problema da saúde está eivado de conflitos de interesse, que eu considero perfeitamente legítimo – já aqui nesta casa, nesta sala uma vez o disse, e alguém ficou um pouco admirado com essa minha ideia. Claro que os interesses são legítimos; podem por vezes não ser lícitos, o que é outra coisa. A preocupação que nós temos é que essa legitimidade dos interesses seja resolvida de uma forma que seja lícita, quer do ponto de vista legal mas, acima e primariamente que tudo, do ponto de vista ético.

E sobre esta matéria das avaliações da satisfação sou obrigado, porque também falei em conflitos de interesses, a lembrar que eles não envolvem somente os profissionais mas muitas vezes também os doentes e não podemos deixar de estar alertados para o risco – por vezes mais do que o risco, para a realidade – de captura das associações de doentes por interesses que são claramente industriais ou outros. Esta é uma matéria ética porque há uma ética dos doentes, não há só uma ética dos profissionais, há uma ética daqueles que se servem do serviço. Há uma ética de utentes, há uma ética de clientes e há uma Ética de nós todos, há uma responsabilidade social que obviamente é aquela que também, em primeiro lugar, tem que mover os políticos e o Governo. E os políticos, acima de tudo, na sua luta por uma ética de serviço têm que saber não se “deixar levar” mas também, eles próprios, não criarem manipulações de factos. Nós não podemos criar tragédias onde elas não existem, não podemos deixar que os factos sejam manipulados ao serviço de pequenos interesses, mais uma vez se calhar legítimos, mas que de uma forma clara contrariam aquilo que é o desígnio da sociedade em geral.

Temos de ser responsáveis para, da mesma maneira que lutamos fortemente contra o estigma, lutemos fortemente por uma alta responsabilidade social. Tal envolve, por exemplo e como também já aqui foi dito, factores de prevenção, mas en-

volve também uma maior e mais inteligente utilização dos dados naquilo que tem que ver com políticas que vamos prosseguir de combate ao tabagismo, ao alcoolismo, aos problemas ligados ao álcool, se preferirem, e também quanto a questões que têm que ver com o combate à obesidade a vários níveis.

Dito isto, também saúdo que tenha sido, e muito bem, colocada a prioridade no "ético", depois no "político" e em último lugar no "económico", sendo certo que neste momento, e por circunstâncias que são de todo conhecidas, a nossa prioridade muitas vezes tem sido, mais do que o económico, resolver o financeiro.

O Ministério da Saúde e o Governo em geral não deixarão de olhar em primeiro lugar, e acima de tudo, para aquilo que são as nossas obrigações éticas. Não deixaremos, não descansaremos, nem os cidadãos, nem a sociedade, nem seguramente os profissionais que fazem parte dessa sociedade, de considerar o elemento ético como fundamental naquilo que é a prestação dos melhores cuidados de saúde.

Muito obrigado por este convite, foi uma honra estar convosco, até à próxima oportunidade. •

**Discurso de abertura da Dra. Isabel
Mota, Administradora da Fundação
Calouste Gulbenkian, em
representação do Presidente da
Fundação Calouste Gulbenkian**

Dr. Fernando Leal da Costa

S.E. Secretário de Estado Adjunto do Min.
Saúde

Prof. Miguel Oliveira da Silva

Presidente do Conselho Nacional de Ética
para as Ciências da Vida,

Em nome do Conselho de Administração da Fundação Calouste Gulbenkian e no meu próprio, gostaria de dar-lhes as boas vindas e saudar a todos os convidados e presentes.

Com genuíno gosto acolhemos o Ciclo de Conferências 2011, organizado pelo Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

Por certo que a voz fundadora de Van Potter não imaginaria, quando no início dos anos 70 publicou “Bioethics: bridge to the future”, a relevância que esse mesmo futuro viria a consagrar à sua inspirada reflexão.

A Bioética nasceu sem a definição precisa de um conceito, sem a ambição de vir a constituir um ramo científico, mas transportava consigo um objectivo e um valor instrumental claros: guiar o pensamento humano em matérias delicadas que obrigam a escolhas ponderadas. Tal como ocorreu com outros neologismos, a Bioética foi, então, uma palavra nova que veio a adquirir vida própria, com ancestralidade reconhecível na voz moral de filósofos e escritores.

Praticada no contraste e, algumas vezes, no confronto entre a objectividade da ciência e a subjectividade dos valores humanos, no discurso bioético foram-se reflectindo os contextos culturais, ideológicos, filosóficos e religiosos próprios das sociedades em evolução. E foram-se também projectando grandes questões que implicam escolhas sociais, económicas e políticas sobre as quais todos somos convocados a dar opinião.

Reconhecemos, hoje, que as questões bioéticas atravessam, de um modo transdisciplinar e plural, o pensamento contemporâneo nos dilemas e conflitos da nova biologia, (a biologia do desenvolvimento, a biologia do ADN, a engenharia genética) e dos processos e das tecnologias médicas, quando confrontam valores referenciados na pessoa humana e na sua dignidade, como ocorre nas questões que têm a ver com o início da vida, com a morte e com a saúde. O seu campo de abrangência cada vez mais vem alargando fronteiras, nas complexas inter-relações do indivíduo com o progresso científico, com os outros seres vivos e até com o meio ambiente.

Na Fundação Calouste Gulbenkian, o cumprimento do fim estatutário da promoção da ciência tem levado a desenvolver investigação que, em alguns casos suscita problemas éticos, que o código de conduta dos investigadores e as normas usuais praticadas estou segura que respondem cabalmente.

Recordo, a título de curiosidade, tal como no ano transacto o Presidente o fez, que as primeiras práticas de fertilização *in vitro* que originaram o que, então, era conhecido como “bebé-proveta”, foram realizadas no Instituto Gulbenkian de Ciência, como foi lembrado num vídeo construído a tal propósito por ocasião das celebrações do cinquentenário da Fundação. Só décadas passadas a legislação contemplou os princípios da

reflexão ética nas questões da procriação medicamente assistida, que vieram a adquirir reconhecida complexidade técnica e a interpelar as nossas convicções e as nossas consciências.

A Fundação Calouste Gulbenkian, no âmbito do Serviço de Saúde e Desenvolvimento Humano, tem igualmente apoiado acções formativas destinadas a promover a sensibilização para as questões bioéticas, na perspectiva de contribuir para uma cidadania mais responsável.

Igualmente vimos acolhendo iniciativas em que a Bioética não tem o valor de instrumento de reflexão sobre o processo de pesquisa mas em que, ela própria, se constitui em sujeito de investigação. Temo-lo feito no entendimento que a sociedade deve acolher sempre um juízo crítico sobre a ciência e os seus progressos num contexto de diálogo, tolerância e liberdade.

É reconhecido que as grandes questões éticas do nosso tempo atravessam as fronteiras físicas, como é próprio de uma sociedade globalizada, e interpelam os estados, os cidadãos e os grupos em que se integram bem como as pessoas individualmente. Despertam reacções e suscitam debate que, em muito, é influenciado pela ecologia cultural em que crescemos e nos situam. Essa dimensão transversal dá à Bioética a relevância de um espaço universal de reflexão à procura dos valores morais fundadores da condição humana. •

Discurso de abertura do Prof. Miguel Oliveira da Silva, Presidente do CNECV

Ética nas prioridades da saúde

Pensar as prioridades nos cuidados de saúde é reflectir sobre os valores e sobre a Ética nelas existente. Antes, como hoje.

Não é possível estar envolvido nos cuidados de saúde sem ter preocupações fundamentais sobre a natureza dos valores e da Ética enquanto parte integrante de qualquer reflexão e de qualquer prática relacionada com a saúde e, bem assim, não perceber como eles perpassam e enformam a política da saúde.

A etimologia comprova a unidade original da raiz destas duas palavras: *medicina* e *meditação*. A Medicina, então, não seria mais do que essa arte, inteiramente ancilar, susceptível de ajudar a reencontrar um equilíbrio harmonioso, de que a doença, a lesão e o sofrimento exprimem a ruptura. Sublinhe-se a homonímia entre *penso* (do verbo pensar) e *penso* (de curativo cirúrgico).

A saúde é, desde logo, um valor em si mesmo.

De uma forma ou de outra, e não é de hoje o interesse da filosofia pela saúde e pelos cuidados de saúde, esta tem sem-

pre sido vista como um valor moral, e a prestação dos cuidados de saúde como uma actividade moral.

E isto é assim, mesmo que nunca estejamos inteiramente de acordo sobre o que significa *mais saúde e melhor saúde*, o que é a *melhor prática* clínica ou o *melhor interesse* da população ou do doente. Eis aqui uma razão suplementar para se reflectir sobre os valores e a Ética (ou as éticas) estruturantes, mesmo (ou sobretudo) na Medicina dita preventiva e de rotina, quotidiana, e não apenas em situações dilemáticos e mediáticas.

Sim: submeter as rotinas clínicas e seus automatismos ao crivo e escrutínio ético, numa abordagem interdisciplinar que ouse quebrar estéreis barreiras e defesas corporativas e profissionais.

Reflectiremos para tal sobre os direitos, os deveres, a responsabilização dos profissionais da saúde (médicos, farmacêuticos, enfermeiros), dos doentes e dos gestores da saúde; e discutiremos também sobre o que na saúde há, ou pode haver, de desperdício (neste aspecto muito têm alguns hospitais públicos a aprender com a gestão dos privados), negligência, corrupção e ineficiência nos gastos, consumos e recursos, sem esquecer – também aqui – a por vezes desnecessária e nada altruísta oferta de cuidados e cuidadores, numa consumista *indução da procura*, em que muitos participam de forma mais ou menos consciente e voluntária.

É este o objectivo que hoje aqui nos reúne.

Quando, no início de 2011, o CNECV decidiu realizar esta Conferência, com este tema e estes conferencistas, não se vivia ainda de forma evidente para todos a situação de crise actual. E, no entanto, sem futurologias, pareceu ao CNECV ser necessário iluminar algumas destas questões, ouvindo as pessoas e tornando algumas das suas possíveis respostas transparentes aos cidadãos, recusando a deriva de uma lógica e de uma prática *a priori* cega, injusta, punitiva mesmo, que afecta pela mesmo rasa os mais desfavorecidos.

É consensual dizer que as crises são oportunidade que nos podem fazer pensar e mudar de vida, de estilo de vida, neste caso nos cuidados de saúde.

Sim: há que, também na saúde, ensinar e aprender a poupar, recusar a ostentação, aumentar a eficiência, recusar o superfluo e a indução de uma oferta paternalista que induz na sociedade e nos doentes uma aparente segurança e conforto.

Há que valorizar os gastos, definindo eticamente o que deverá ser um contrato social nos cuidados de saúde, numa equação em que, no SNS, há que com humanidade e respeito por quem sofre:

1. Reduzir a procura através de boas medidas de educação para a saúde;
2. Limitar as verbas para terapêuticas muito dispendiosas e de eficácia restrita ou até duvidosa;
3. Aumentar os ganhos em eficiência (fazer mais com os mesmos recursos);
4. Explicar aos cidadãos o valor do dinheiro aquando de quaisquer alterações nos custos.

Todos somos nisto responsáveis. Um dos primeiros passos nesta busca de um novo modelo para a saúde deveria consistir em perceber que a mudança, para existir, tem que passar por cada um de nós, naquilo que a cultura cristã chamava "exame de consciência". Assim se permite lembrar a cada um e a todos a sua quota-parte de responsabilidade na situação a que chegámos.

Mas sem caça às bruxas – todos, ou quase todos, sujámos as mãos, diria Sartre – apareça o primeiro que lance uma pedra.

É boa pedagogia reflectir com humildade sobre alguns exemplos recentes: a histeria e fraude na inexistência de uma epidemia da gripe A com um mínimo de gravidade (85 milhões de euros); a saga da recente "descomplicação" anunciada e não confirmada das "pílulas" contraceptivas (6 milhões de euros); a inclusão no PNV de vacinas de prioridade duvidosa; a prescrição de fármacos desnecessariamente caros; a adopção de *guidelines* (linhas de orientação) recomendadas por sociedades ditas científicas, mas que estão nas mãos da indústria farmacêutica; a requisição e duplicação de inadequados meios auxiliares de diagnóstico ao serviço de uma medicina defensiva e estupidamente dispendiosa.

Poderia acrescentar, na minha área clínica (Obstetrícia-Ginecologia), exemplos de péssima Medicina, exemplos chocantes e concretos pagos pelo SNS, pagos por todos nós: número ilimitado de ecografias pélvicas, obstétricas, mamárias, mamografias, densitometrias ósseas, inteiramente desnecessárias na sua frequência, a qual é muito restrita e controlada em países “pobres” como, por exemplo Holanda e Alemanha.

Ou a obscena taxa de mais de 60% de cesarianas na privada – como se houvesse uma ética no SNS e outra nas clínicas privadas.

A responsabilização e os deveres são, deverão ser, pois em primeiríssimo lugar, para todos os profissionais de saúde, mas também os doentes devem ser incluídos.

Falámos muito – não demais – nos direitos dos doentes, e são excelentes e as leis e os documentos de que dispomos – veja-se a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes.

Mas é também chegado o tempo de se falar em *deveres dos doentes*.

Dir-se-á que, para tanto, tem que haver informação cabal, de outra forma como responsabilizar quem não está informado? E, diz-se, compete ao Estado, à sociedade, informar os doentes. Mas não só: a este modelo hiper paternalista, há que contrapor e lembrar que os cidadãos têm o também o dever de se informar, auto-educar, na medida do possível.

Em qualquer caso, é recorrente a questão: até que ponto deve o SNS, devemos nós todos, com os nossos impostos, custear comportamentos e estilos de vida comprovada e reiteradamente irresponsáveis dos doentes?

Os exemplos são clássicos: transplante de fígado em alcoólicos, de pulmão em fumadores, banda gástrica em obesos, estatinas, anti hipertensivos e anti diabéticos orais em quem não tem cuidado com a alimentação, IVG recorrente sem taxa moderadora a quem falta à consulta de planeamento familiar.

Mas, note-se: ninguém pode ser prejudicado por, na lotaria e no acaso individual e social, ter a má sorte de uma doença ou de um acidente – esses são os níveis mínimos e básicos, o de-

nominador comum, de que nunca nenhum Estado Social poderá abdicar.

E nesses níveis mínimos, interessa-nos compatibilizar:

1. a excelência dos cuidados com ganhos em humanidade e eficiência;
2. o acesso universal;
3. o mínimo possível de constrangimentos financeiros.

Quadratura do círculo? Talvez.

Necessidade de compromissos? Com certeza.

Claro que os recursos são e serão inevitavelmente limitados, racionados se quisermos, para utilizar um vocábulo desagradável.

Não é nem será possível todos terem acesso a tudo.

Mas que a escolha das prioridades seja feita com transparência e explicada com clareza.

Da inversão das prioridades na acção, nada de bom pode resultar: em vez de fundamentadas exigências éticas, o que há de melhor (como a saúde), quando é adulterado, degenera no que há de pior.

A escolha de prioridades na saúde é, em primeiro lugar, um problema ético, político e, finalmente, económico.

Acresce que numerosos problemas associados à saúde têm origens económicas, sociais, culturais educativas, e deveriam ser também abordados nestas perspectivas – é a intervenção não médica na saúde.

Nesta hora tão estranha e tão incerta, há coisas que sabemos: destruído que está o actual modelo de Estado Social, um novo modelo, mesmo precário, deverá surgir. Sabemos que a crise do Estado Social é apenas um sinal da crise financeira actual, e que esta é apenas o revelador de uma crise de valores, de líderes, de responsabilidades.

Há que, com alegria e esperança, ser obreiro de um novo equilíbrio, desta vez numa sociedade em que há que inverter o decréscimo demográfico e um crescente número de idosos e desempregados, com a xenofobia e emergência latente da extrema direita.

É possível um novo rumo, são possíveis diferentes alternativas, uma participação mais equitativa e mais humana no acesso à saúde, uma diferente partilha de bens e recursos, com igualdade no acesso aos serviços básicos de saúde e equidade na distribuição dos recursos.

A História mostra que os constrangimentos económicos nem sempre promovem o *pluralismo ético*, que há que não sacrificar em medida alguma, porque nenhum Estado democrático pode impor uma determinada visão moral e única. Toda a atenção é pouca e não há que ter medo.

Importa que um amplo e objectivo debate sobre as prioridades não seja submerso no monopólio cabalístico do “economês” da saúde e análises ditas de utilidade, tantas vezes enviesadas e que apenas podem reflectir marcadores indirectos a curto prazo. Os juízos de valor deverão ser transparentes e interdisciplinares, e, em qualquer modelo futuro, os cuidados de saúde no SNS serão parte essencial do novo tipo de Estado Social.

De resto, a gestão de saúde é um problema ético em si mesmo.

Nunca como hoje foi tão urgente explorar todas as vertentes da justiça distributiva, como aqui nos dizia há um ano João Lobo Antunes, “o mais esquecido dos princípios do consagrado quarteto da bioética contemporânea”.

Por sobre tudo isto, repetiremos o grito de Mateus: “o que fizeste ao teu irmão?”

Em qualquer caso, que o que se faça seja justo. •

**FUNDAMENTOS ÉTICOS NAS
PRIORIDADES EM SAÚDE**

Lisboa, 29 de Novembro de 2011

The Ethics of Health Priorities

*Albert Weale**

Abstract

There are three consensus goals for health policy: to ensure for populations high quality and comprehensive care without financial barriers to access. Against the background of rising health care costs, the ethical task is to define a social contract that secures these values. None of the available policy instruments for securing the control of expenditure are fully satisfactory in ethical or practical terms. That leaves the need for 'ethical juggling'.

* Address for correspondence:
Department of Political Science; School of Public Policy
University College London
29/30 Tavistock Square; London; WC1H 9QU; UK
Tel: 020 7679 4993; Email: a.weale@ucl.ac.uk

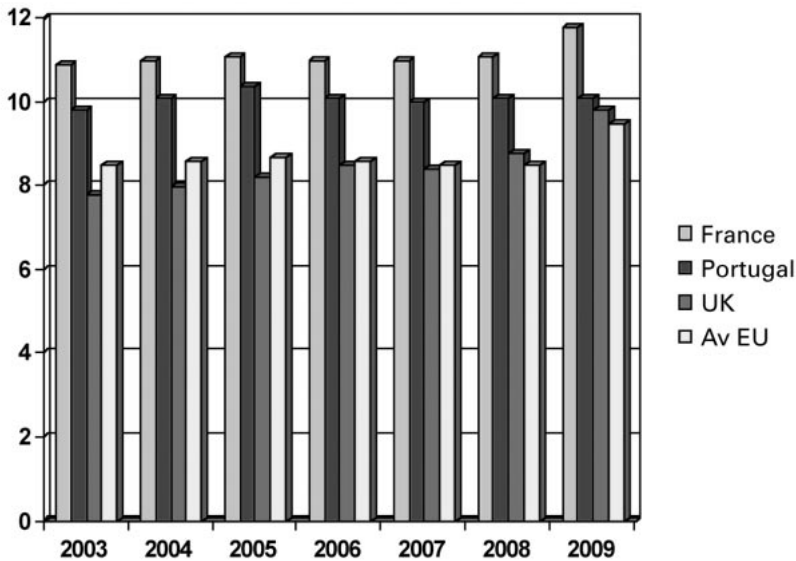
A Starting Point

The starting point for my discussion is that there is a wide consensus on three goals of health policy: to secure high quality and comprehensive health care for citizens, available to all without financial barriers to access (Weale, 1998). The practical policy task is to establish health care institutions that secure all three of these goals. However, while it is relatively easy to secure two of these goals, it is hard to secure all three. In practice, many forms of priority setting involve compromising on one of these values. For example, care can be high quality and comprehensive but at a cost that makes access difficult or impossible for the poor. Until the Obama reforms, that has been true in the United States. Similarly, care can be comprehensive and without financial barriers, but with the quality of care diluted, as often happens in systems where there is rationing by queuing or the dilution of the quality of service, for example by reducing the number of care staff. Finally, care may be high quality and without financial barriers to access, but not comprehensive, for example by excluding certain services like dentistry or mental health care, or by making provision for only a limited designated set of services and requiring individuals to pay for themselves for services outside the designated set.

An ethical approach to priority setting requires all three values to be respected. An ethically informed approach to priority setting means finding a way to incorporate these values in the design of health care systems and in the conduct of public policy. The problem is made harder because health care expenditure at the national level tends to rise proportionately more than the growth of national income. The ethical significance of this is explained in the next section.

What Is The Policy Problem?

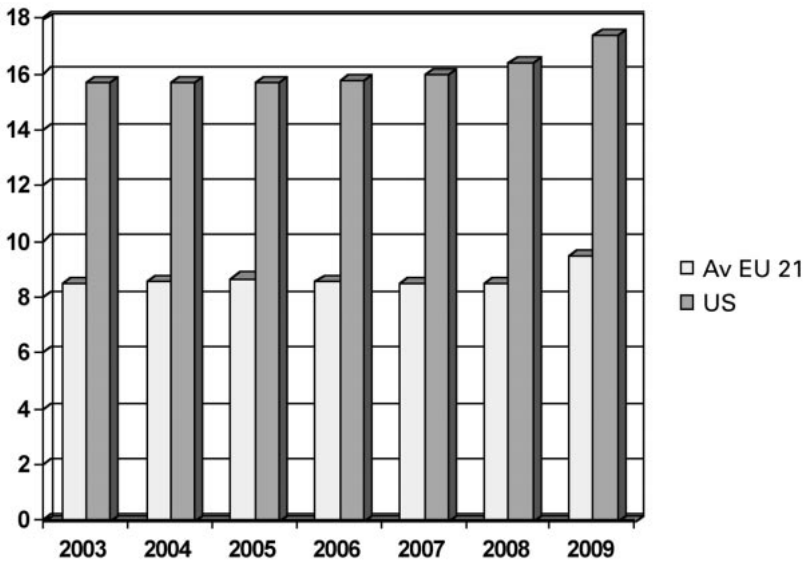
Priority setting is difficult because the costs of health care tend to take an increasing share of national income as societies become richer. For example, between 2003 and 2009 across the 21 EU countries for which the OECD collects the data, the share of national income taken by health care ex-



Graph 1: Percentage National Income Spent on Health Care: Selected Countries 2003-2009 (Source: OECD)

penditure rose on average from 8.5% to 9.5%. (See Graph 1.) This trend was not true of all countries in the sample. Some, including Portugal, had a flat, or even marginally declining, trend in expenditure. Yet, the overall direction was upwards, and placed in a long term perspective the tendency is even more market. As a consequence, health care expenditure has not only to compete with other demands on expenditure, but it competes in an increasingly demanding way. Currently in the EU health care takes up around 10% of national income, which means that each person in employment is working half a day a week just to fund health care. As Graph 2 shows, the figure in the United States is nearly 18%. At a level of 18% of national income on average all workers are working nearly one day a week, just to pay for health care.

In strict economic terms, when there is a tendency for expenditure to grow proportionately faster than income, we have a pattern that is characteristic of luxury consumption, for example expenditure on fine wines or exotic holidays. It may seem strange that health care, which we usually think of as



Graph 2: Percentage National Income spent on Health Care: Europe and the US, 2003-2009 (Source: OECD)

meeting basic needs, has patterns of expenditure that resemble luxuries. However, on reflection this is not surprising, since good health enables us to enjoy a wide range of opportunities, so that as the members of a society become richer, so they will naturally want not only health but increasing health.

Yet there is an important ethical point here. While there are many conferences and discussions devoted to 'the crisis in health care expenditure', there are – so far as I know – no conferences devoted to 'the crisis in restaurant expenditure' or 'the crisis in exotic holiday expenditure'. The explanation for this difference is that restaurant dining and exotic holidays are financed from private expenditure whereas health care expenditure has a large public component to it. *So the problem is not rising costs alone that are the problem. The ethical problem stems from the fact that the costs of any individual's health care are shared with others, either through taxation or through social insurance. Priority setting in health care is ethically important because it is important to establish just terms of cost-sharing among citizens. In particular, the underlying social contract between pa-*

tients, providers and the public needs to be defined in such a way that costs are fairly shared. The problem of health priorities from an ethical point of view is defining what an ethically health care social contract should be.

In what follows, I shall examine one aspect of defining a social contract for health, namely how to secure value for money in health care in an ethical way. In particular, I shall consider what are the ethical constraints upon ways of securing value for money in health care: what are the conditions for ethical value for money in health care expenditure? The assumption behind this approach is that if we can find ways to reduce health care expenditure in an ethical way, the problem of setting priorities among important interventions will be reduced. If we can secure ethical value for money in health care, then the setting of priorities is made easier.

In principle, there is only a limited number of ways in which value for money in health care can be achieved. These are:

1. To reduce demands on the system by good public health measures.
2. To restrict public finance for high cost therapies.
3. To increase provider efficiency.
4. To persuade people that rising costs are value for money.

Each of these approaches raises its own ethical problems and no one instrument can provide a solution. There is no substitute for ethical judgement.

Reducing Demand

Since many diseases have social origins or are a result of poor life-style choices, one obvious way of trying to bridge supply and demand in an ethically acceptable way is to improve social conditions or change life-styles. The key idea that we should use non-medical means of improving the health status of populations has a long history. In the modern period, it was a theme of the 1974 Lalonde Report in Canada, *A New*

Perspective on the Health of Canadians and also the 1976 UK Government's equivalent, *Prevention and Health – Everybody's Business*. Since that time, there have been many attempts to put public health measures at the centre of a health improvement strategy.

Some people raise ethical objections to public health, arguing that in a liberal society it is not the state's business to tell people to lead healthy lives. This is the libertarian position. Although there are serious ethical concerns about personal liberty, there are good reasons for saying that they are unlikely to be decisive when setting policy. In discussing these libertarian arguments, the Nuffield Council on Bioethics (2007) in its report on *Public Health* developed a stewardship model of the state's role in promoting public health, arguing that it was consistent with a decent respect for freedom to have the state not only supply information about health alternatives, but also to provide incentives, for example appropriate alcohol taxation, to encourage people to lead healthier lives.

However, in terms of the ethical use of resource, a fundamental issue of the public health approach is that it may not save much money in the longer term but merely shift the problem to later in time. If people who would otherwise have suffered from smoking-related, drinking-related or obesity-related conditions are enabled to lead healthier lives, they may simply live to the age where they suffer age-related conditions instead. What the balance of effects is will be an empirical question, but there has been a long-standing discussion as to whether smokers for example are a net drain on health care resources. No one will advocate that people should start smoking in order to save health care expenditure, but equally we cannot assume that effective public health measures will lead to a long-term reduction in expenditure.

Restricting Access or Coverage

The second approach to setting priorities is to restrict access to certain therapies, particularly high cost or 'marginal' therapies. A 'marginal' therapy is one that has little benefit, or benefit only at considerable cost. A positive way of putting

this is to say that citizens should be entitled to a package of care as of right and upon which they can rely. They are then in a better position to plan their expenditure bearing in mind what will and what will not be supplied through the public system.

Denial of treatment on grounds of cost-effectiveness is not intrinsically unjust. No one can have a right against his or her fellow citizens to any form of health care no matter how cost-ineffective it is, and in practice all systems, both public and private, have to exclude certain conditions from coverage. One reason why denial is not intrinsically unjust is that, in a situation where there are competing claims on health care resources, so that some patients will be denied benefit when others are treated, there can be no absolute claim to any particular resource. All that one can be entitled to is one's fair share of what resources are going, and it is possible that this fair share will not include marginal therapies.

However, it is one thing to accept this broad principle; it is another matter to seek to implement it in a fair and balanced way. Identifying a list of price-worthy interventions consumes time and energy, and will be out of date as soon as the list is completed. Moreover, in practice in terms of coverage, the three most important targets are likely to be highly expensive pharmaceuticals, for example Herceptin, fertility treatment or 'cosmetic' surgical procedures like tattoo removal. One problem with any such approach is one of perceived unfairness. To take these procedures out of the public budget is to risk creating a situation where those with money can have the procedures, whereas those without cannot. Another problem is that in some cases such procedures are needed in order to supply substantial health gain, for example when some forms of cosmetic surgery reduce depression. So, any listing of excluded procedures has to allow discretion to professionals in particular cases, and the simplicity of the principle that we can simply exclude certain sorts of treatments is lost.

In this context an attractive approach is to work on eliminating low value procedures, on the grounds that it is both administratively easier and fairer to eliminate what works poor-

ly or not at all than to specify fully what is covered. An example of this approach is the UK's NICE 'do not do' listing (NICE, 2011). As it stands, the 'do not do' list will not necessarily reduce cost, because it is aimed at cost-effectiveness, and sometimes this is enhanced if most costly procedures are used, for example preventing GPs from routinely removing all but the most straightforward melanomas. However, some recommendations would have the effect, if implemented, of reducing the spending on pharmaceuticals, for example the recommendation not to use antibiotics for cases of otitis media.

The more that we are able to eliminate clinically ineffective treatments, the easier the problem of priority setting becomes. To the extent to which we can eliminate the ineffective, we are freeing resources for genuine priorities. However, in practical terms, it is hard to find a workable formula that enables us to do this, so that the ethical attractiveness of this approach is not of itself sufficient to solve the policy problems associated with priority setting.

Increasing Provider Efficiency

The converse of restricting access or availability is to increase provider efficiency to enable the health care system to achieve more with the same resources. This is obviously a considerable management challenge, but that challenge stems from an ethical imperative, namely the general obligation to use resources as prudently as possible for the common good. To waste resources is to miss an opportunity to devote those same resources to good effect.

In this context, emphasis is often put on technical improvements in medical care, and in particular on the prospects of 'personalised health care'. The ethical appeal of personalised health care is that it contributes to a reduction of waste and also to an improvement in the quality of care. For example, if personalised health care for medicines can reduce the numbers needed to treat, then we have secured an improvement in resource use. Just think, for example, how valuable it would be to be able to target anti-hypertensives more accu-

rately, where numbers needed to treat are large by comparison with the numbers actually benefited. By the same token, given the existence of side-effects, the fewer people who are exposed to the wrong medicine the better. However, in practical terms it can be hard to realise these goals, as the Nuffield Council (2003) report on *Pharmacogenetics* some time ago showed. Technically, the day of the right medicine being given to the right patient in the right dose seems a long way off, and even with examples like Herceptin, the volume of cost-savings that can be secured is uncertain. Indeed, the extent to which any particular technical improvement will reduce costs is an empirical question, which is like to vary from case to case.

A more general way of dealing with the problem of priority setting is to find savings in provider incomes. It is of course a simple accounting truth that all expenditure must equal income. From an ethical point of view, we should not always assume that more expenditure is better, if its effects are simply to provide more luxurious life-styles for providers, or if the resources are being wrongly used in some other way. The comparison between the level of spending in the US and the level of spending in countries in the EU should remind us that spending more is not the same as spending to good effect.

If we do focus on the question of the justice of providers incomes, then there are two usual ways in which cost-savings of this sort are sought. The first is by means of a substitution of less skilled – and therefore less expensive – labour for more skilled labour, and the second is the greater use of competition. Both raise deep ethical problems, and each provides a good example of how management solutions raise ethical complications. If we substitute less skilled for more skilled labour, for example by using nursing auxiliaries rather than fully trained nurses, we may find that the quality of care falls. Indeed, since a large part of health expenditure is on personnel, the cost of care is really the cost of having skilled people look after us when we are ill. Increased competition can also risk driving quality down, if competing providers use price competition as their way of securing contracts. Good management can prevent these adverse effects, but there is a risk

that they will arise if one way of coping with priority setting is to try to reduce provider returns.

Persuading People that They Are Receiving Value for Money

It is clear that people are willing to spend money on their own health. This is why as incomes rise, so the demand for health goes up. If cost containment as a strategy of priority-setting were simply a matter of ensuring that individuals who were spending their own money were subject to fair terms of trade, then the problem in ethical terms would be relatively simple. However, modern health care systems work by a pooling of risks, either through taxation or compulsory insurance, and so there is an inevitable collective element to the ethics of priority-setting. The ethical task is how to ensure that the demand for a personal improvement in health is made consistent with the requirements of solidarity upon which access without financial barriers rests. Solidarity is easier to maintain if those who are good health risks have assurance that resources are being used to good effect. In particular, I suggest that it is easier to persuade people that they are getting good value for their money if it really is true that the health care to which they have access is of high quality and is genuinely good value for money. This in turn means ensuring that it is technically well-grounded in evidence and that continuous effort is being made to ensure that resources are being used prudently. This is itself an ethical task for those responsible for managing health care spending on behalf of society.

In Conclusion

There is no simple set of ethical principles that will enable us as individuals, policy-makers, professionals or societies ensure that an ethical balance is struck between the supply of health and demand for treatment. It is a juggling act, and one that is likely to become increasingly harder as pharmaceutical products developed that provide some medical benefit but at very high cost. The virtues of just health care institu-

tions is that they are designed to protect the values of high quality and comprehensive health care without barriers to access. The virtues of those responsible for these institutions is that they pay constant attention to ensure that health care is value for money, so that the demands of priority-setting are reduced to a minimum and the most vulnerable are not made to pay the price of inefficiency or imprudence, for as the old Yiddish proverb has it: ‘if the rich could pay someone to die for them the poor would make a wonderful living’.

References

NICE (2011) ‘Do Not Do’ Recommendations, available at <http://www.nice.org.uk/usingguidance/donotdorecommendations/index.jsp>, last accessed 21 November 2011.

Nuffield Council on Bioethics (2003) *Pharmacogenetics: Ethical Issues* (London: Nuffield Council on Bioethics). Available at: <http://www.nuffieldbioethics.org>.

Nuffield Council on Bioethics (2007) *Public Health: Ethical Issues* (London: Nuffield Council on Bioethics). Available at: <http://www.nuffieldbioethics.org>.

Weale, Albert (1998) ‘Rationing Health Care: A Logical Solution to an Inconsistent Triad’ (editorial) *British Medical Journal*, No 7129, 7 February 1998, p. 410.

Princípios éticos nas prioridades em saúde

*Vitor Feytor Pinto**

Resumo

Desde 1977 que a OMS se preocupa com a saúde para todos, com um programa que se queria ver cumprido até ao ano 2000. É claro que se entrou no 3^o. Milénio com muitas lacunas, mas é indiscutível o esforço feito, em todos os países, para garantir mais saúde e melhor saúde para todos.

Para falar das prioridades em saúde, deverá ter-se consciência de que a saúde é um bem estar bio-psico-social e cultural. Também quando se fala de prioridades em saúde, pode discutir-se sobre qual é o tipo de prioridades a que se refere. Opto por falar de prioridades com sensibilidade ética para depois falar dos princípios éticos e terminar abordando o tema das coordenadas éticas na prática clínica.

*Pastoral da Saúde

1. Parece deverem afirmar-se como prioridades em saúde, numa visão ética:

- A vida, como direito e dever
- A qualidade nos cuidados e na própria vida dos doentes e dos profissionais
- A competência profissional, indispensável à educação para a saúde, ao tratamento e ao acompanhamento dos doentes
- A espiritualidade como elemento indispensável ao Homem, no campo da cultura, das relações e da transcendência
- A investigação e os ensaios clínicos, para o programa científico e técnico na medicina e nas ciências afins
- O organização dos serviços de saúde, conseguindo um Serviço Nacional de Saúde eficaz e sustentável
- Uma política social que, em saúde, garanta o apoio aos mais pobres e mais marginalizados
- A formação profissional de todos os agentes de saúde, indispensável aos cuidados que em saúde devem prestar-se

2. Princípios éticos fundamentais

As referências éticas impõem-se, no quadro da ética personalista, fundamentada nos direitos humanos, sem contemporização com o relativismo e o contratualismo ético

Princípios éticos fundamentais serão, então:

- Garantir o respeito pela dignidade e liberdade humanas consagrado a Carta Universal dos Direitos do Homem
- Afirmar a defesa e promoção da vida humana desde a concepção até à morte natural
- Assegurar a assistência em saúde a todos os cidadãos, independentemente da idade, da raça, da cultura ou da religião
- Garantir a todos o acesso aos cuidados de saúde, sem qualquer discriminação
- Assegurar a liberdade de cada cidadão, no quadro do consentimento informado, quaisquer que sejam os tratamentos e cuidados a que se sujeitem
- Considerar a dimensão terapêutica da espiritualidade a dar a cada cidadão doente tendo em atenção a sua prática, no contexto da sua confissão religiosa.

3. Coordenadas éticas na prática clínica

A ética não é uma teoria, é ciência de comportamentos. Daí que a prática clínica tenha responsabilidades éticas, como sejam:

- O acolhimento e compreensão universais, de tal forma que todos se sintam bem junto da equipa clínica
- A atenção à dimensão holística do cuidar
- A promoção da humanização e a da igualitarização em todos os campos que à saúde respeitem
- A investigação clínica sempre ao serviço da pessoa humana
- A sustentabilidade garantida a todos os serviços que asseguram os cuidados de saúde
- A operacionalização das equipas de saúde, integrando-as nas valências indispensáveis à eficácia do cuidar
- A aceitação dos voluntários, como elementos muito importantes de humanização da saúde, colaboradores do cuidado em saúde.

Conclusão

Não é fácil definir as prioridades, como fácil não é apontar os princípios éticos no exercício de cuidados.

Porém, só o facto do CNECV querer estudar este problema e dedicar-lhe umas jornadas de estudo,

já é um grito a pedir à sociedade que garanta a saúde para todos, a saúde com qualidade, a saúde

em todas as idades da vida. A ética não trava a ciência, a ética torna a ciência mais capaz de servir a pessoa humana.

Introdução

“Saúde para todos, até ao ano 2000”, foi um programa da OMS em 1977 que pretendia, com 37 metas, desenvolver os cuidados de saúde no mundo e em todas as idades da vida. No ano 2000 não se tinham atingido todos os objectivos, mas ao menos conseguira-se dar mais anos à vida e mais vida aos anos. Interessante a incidência nas idades mais avançadas da vida.

Neste contexto, compreende-se ser difícil, em saúde, definir as reais prioridades. A saúde constitui uma das preocupações maiores dos homens e das mulheres de hoje. Todos têm extraordinária informação sobre as doenças e os cuidados de saúde, informação que lhes chega através da comunicação social, da internet e de muitas outras formas. Será possível no entanto definir as prioridades em Saúde?

Antes de abordar o tema que me foi proposto para este seminário sobre os “fundamentos éticos das prioridades em saúde”, apraz-me apresentar três notas prévias:

1. É essencial reconhecer sempre o ser humano como sujeito de direitos e deveres. Se a Carta Universal dos Direitos Humanos consagrou como direitos fundamentais o direito à vida, à verdade, à justiça, às liberdades e garantias, ao trabalho e à participação, no seu Art. 29º. sublinhou que a cada direito corresponde o dever de respeitar nos outros esses mesmos direitos. As prioridades em saúde irão ter em conta os direitos e deveres de qualquer cidadão.

2. E o que será a saúde? Segundo o conceito assumido pela OMS, “a saúde é uma situação de bem estar bio-psico-social e cultural”. Mas será que alguém é capaz de viver um bem estar integral, sem sombras? Esta interrogação deu origem à definição de Saúde, proclamada por João Paulo II, a 11 de Fevereiro de 2000. Dizia ele que a saúde é “a harmonia integral do ser humano, apesar dos seus limites bio-psico-sociais, culturais e espirituais, em ordem à realização da pessoa, na idade da vida que é a sua”. De facto, há pessoas com alguma limitação que conseguem realizar-se e adquirir aquele tal equilíbrio ou harmonia integral que os faz felizes. Uma pessoa assim, em qualquer idade e com qualquer limite, pode ter a saúde indispensável à sua própria realização.

3. O que está em questão, quando se fala de saúde, é também a integração de cada um numa verdadeira cidadania. É dever de cidadania respeitar, promover, acompanhar e compreender o outro, num quadro de valores essenciais à relação humana. Quais serão então os valores sociais, fundamentais ao exercício da cidadania? São, sem dúvida, a tolerância activa

que permite aceitar o outro na sua diferença; a convivência responsável que facilita a relação que a todos faz crescer; o diálogo sincero que leva a reconhecer no outro uma série de soluções a adquirir; e a solidariedade que convida a assumir as dificuldades do outro. São estes os valores que, postos em prática, ajudam a construir uma nova sociedade. Daí falar-se na necessidade de cada um viver a cidadania, colaborando no bem comum.

4. É a partir destes pressupostos que se pode falar de prioridades em saúde. Na reflexão que se propõe a ponto três ideias fundamentais:

- As prioridades em Saúde
- Os princípios éticos indispensáveis
- As coordenadas éticas da intervenção clínica.

1. As prioridades em saúde

É muito subjectivo definir prioridades em saúde, uma vez que cada um tem a sua sensibilidade, os seus critérios de análise, as suas experiências de vida. Poderá perguntar-se que género de prioridades se pretende estudar do ponto de vista ético. Trata-se de dar prioridade à educação para a saúde sobre o tratamento aos doentes, pretende-se dar mais atenção às crianças, em pediatria, do que aos idosos, em geriatria, prefere-se o trabalho em Centros de Saúde e nas Unidades Familiares do que nos Hospitais e comunidades terapêuticas? Estas e muitas outras prioridades podem colocar-se. Opto porém por olhar as prioridades que têm também um sentido ético. Sem querer ser exaustivo, parece serem de definir sete ou oito prioridades (corre-se o risco de serem demais).

1. Dar à vida a prioridade absoluta. As ciências da saúde estão no serviço da vida. O objectivo da medicina e das ciências afins é sempre o apoio à vida, ao longo de todo o ciclo vital. Por isso, há diversas especialidades na arte médica, desde a ginecologia e obstetrícia, da pediatria no apoio à criança e ao adolescente até à geriatria e à ajuda na fase terminal da vida.

O que está sempre em questão, na relação médico-doente é o serviço à vida. Defender a vida se é ameaçada, promover a vida, para a melhor realização da pessoa, acompanhar a vida mesmo em tempo de dificuldade e de crise em saúde, ficar até ao fim com cuidados paliativos e de compaixão, tudo isto é missão de quantos se especializaram nas ciências da saúde. A vida é prioridade indiscutível.

2. Garantir a qualidade de vida dos cidadãos. Para realizar esta tarefa, da qualidade, exige-se educar para a saúde, cuidar da pessoa doente, acompanhá-la até ao limite da vida. Até o morrer deverá ter qualidade. João Paulo II ao falar da qualidade fez este comentário: “A chamada qualidade é interpretada prevalente ou exclusivamente, como eficiência económica, consumismo desenfreado, beleza e prazer da vida física, esquecendo as dimensões mais profundas da existência, como são as interpessoais, espirituais e religiosa” (EV.23) A qualidade em Saúde tem em conta não apenas o bem-estar do doente, mas também a garantia de cuidados competentes e eficazes bem como a própria organização dos serviços de saúde. A qualidade é uma prioridade indiscutível, para a melhor saúde de toda a população.

3. Assegurar a competência científica e técnica de todos os profissionais de saúde, sem esquecer que se exige a prática suficiente nos processos clínicos a desenvolver. A competência é indispensável no diagnóstico, no prognóstico, no processo terapêutico, no acompanhamento constante, na busca de resultados. A competência profissional dá segurança ao doente que está a ser acompanhado. Sem ela, aumenta a angústia do doente que vê o futuro cheio de riscos, com consequências imprevisíveis.

4. Afirmar a importância da espiritualidade no processo terapêutico. O ser humano é um complexo bio-psico-social e espiritual. A dimensão holística do cuidar implica a atenção à sua espiritualidade. Pode ter-se, porém, uma visão ampla da espiritualidade, enquanto cultura, relações e transcendência. Se na transcendência cabe a dimensão religiosa, esta, no entanto, não esgota a espiritualidade. Cada pessoa hospitalizada tem, porém, direito à prática da sua religião, caso o deseje. Não é um direito da comunidade religiosa a que se per-

tence. É um direito do doente. A partir desse direito e para lhe responder, os serviços hospitalares devem ter um serviço de Assistência Espiritual e Religiosa. O diálogo ecumênico e inter religioso, permite que cada doente possa chamar o ministro da sua religião. Esta norma está consagrada no D.L. 253/2009 de 23 de Setembro. O Manual de Assistência Espiritual e Religiosa permite conhecer as características de cada religião e a forma de acesso ao assistente que pode proporcionar o acompanhamento espiritual.

5. Desenvolver a investigação científica necessária, os ensaios clínicos indispensáveis, os avanços da ciência e da técnica e a descoberta dos medicamentos melhores para a resposta terapêutica. Sem a investigação não há crescimento científico e a saúde precisa de descobrir os melhores caminhos, as formas mais eficazes de proceder, para responder às inúmeras doenças em estudo no meio da saúde. Há áreas da medicina em que os avanços científicos têm sido extraordinários, permitindo a cura e uma qualidade de vida impensável há poucos anos. A investigação é também prioridade indiscutível.

6. Aprofundar a organização da saúde, valorizando sempre mais o Serviço Nacional de Saúde e a sua sustentabilidade. Uma vez que a Constituição da República consagra o Serviço Nacional de Saúde universal e tendencialmente gratuito, é indiscutível que todo o cidadão deve ter o acesso à saúde facilitado, com respostas o mais rápidas possível. A sustentabilidade não é fácil, mas conseguiu-la não pode fazer-se à custa do aumento de dificuldade para os que são mais pobres. É um desafio político extraordinário o de conseguir aperfeiçoar o S.N.S. a ponto de a todos satisfazer, dividindo os custos pelos que mais podem.

7. Ter na Saúde atenção a uma política social indispensável. O Estado Social terá insuficiências. Com esta fórmula ou com outra urge ir ao encontro dos mais pobres, para lhes assegurar a assistência em saúde, a que têm direito. Marginalizar os deficientes, os migrantes, os sem abrigo, os menos favorecidos, seria um erro que poria em causa toda a organização da saúde. A solidariedade, no processo de organização, é elemento a ter em conta, redefinindo o sentido do cuidar universal. Também neste aspecto, a sensibilidade para os que

precisam é sinal de uma sociedade evoluída em que todos participam das vantagens, mas, simultaneamente, aceitam os riscos de participação como forma de serviço ao bem comum.

8. Uma última prioridade será a da formação com qualidade. A formação teórica e prática dos agentes de saúde, a todos os níveis, é indispensável. A formação médica e de enfermagem tem de ser muito exigente. O mesmo pode dizer-se da formação em psicologia e noutras ciências afins. Não pode esquecer-se, porém, a formação das classes com actividades mais modestas. Os auxiliares de acção médica bem como os tarefeiros em diversas áreas, todos precisam de uma formação de base, com posterior formação específica para os campos onde desenvolvem a sua actividade. Os planos de formação devem atingir os porteiros, os recepcionistas, os secretários da unidade, os profissionais que trabalham nas cozinhas ou nos armazéns. Ser trabalhador em Saúde exige sempre uma função exigente.

2. Os princípios éticos fundamentais

Quem estuda a responsabilidade ética de quem trabalha em saúde, facilmente chega a uma série de princípios fundamentais. Não é difícil enumerá-los:

1. O respeito pela dignidade e liberdade de cada ser humano, doente ou não, profissional ou cliente, criança, adulto ou sénior, de uma raça ou de outra. É o que consta dos artigos 1º e 2º da Carta Universal dos Direitos Humanos. “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos” e “excluem-se todas as formas de discriminação”.

2. Defender e promover a vida desde a concepção até à morte natural. É a norma consagrada no Artº 3º dos Direitos Humanos. Em Portugal é a própria Constituição da República que o afirma: “A vida humana é inviolável” (Artº24.1). Com uma fórmula simplicíssima, a defesa e a promoção da vida humana ficam assim consagradas. É urgente superar os critérios de facilidade que obrigam o legislador a colocar nas leis o direito à objecção de consciência. Este direito só se afirma

explicitamente quando, no instrumento legal, há elementos que se reconhecem como violadores de um princípio ético fundamental.

3. Assegurar a Assistência em Saúde, nas diversas idades da vida. Este é a norma que consta do Artº 25º dos Direitos Humanos. Pode dizer-se que, no articulado dos Direitos Humanos, há umas 14 situações em que a assistência em saúde é irrecusável. Os cuidados de saúde são para todos, sem exceção. A resposta atempada a cada situação é garantia que deve ser dada a toda a pessoa, qualquer que seja a sua idade ou condição. Acresce o direito de cada um ao acesso fácil, aos cuidados eficazes a um acompanhamento continuado.

4. Qualquer forma de discriminação é inqualificável. Todos os seres humanos são iguais. A diferença é circunstancial e não pode ser motivo de exclusão. Daí que se justifique a escolha do médico ou do hospital, a necessidade do consentimento informado absolutamente essencial para as opções a fazer, a possibilidade de recusa de um tratamento ou do pedido de transferência para outra unidade.

5. Assegurar a liberdade de cada cidadão na decisão sobre qualquer tratamento. O doente pode sempre dizer não, pode sempre escolher outra equipa, pode sempre pedir outra avaliação clínica. Não respeitar a liberdade da decisão do doente, depois da informação recebida, é retirar-lhe o consentimento a que tem indiscutível direito.

6. Considerar a dimensão terapêutica da espiritualidade. Nesta certeza, assumida já cientificamente no quadro de uma visão holística de todos os cuidados, todos os doentes têm direito à assistência espiritual e religiosa, como direito fundamental, sobretudo em tempo de crise. A liberdade de opção e expressão religiosa é um direito indiscutível e deve ser garantido a todos e qualquer crente.

3. As coordenadas éticas da prática clínica

Se é certo que há princípios fundamentais a ter em conta na política da saúde em geral, é também indiscutível que, no

exercício da prática clínica, há referências éticas que não podem esquecer-se. Indicam-se algumas:

1. “Acolher e compreender toda a gente e ser solidário, sobretudo, para com os mais pobres” (EN.21). Qualquer ser humano, numa situação de crise, como a doença, deve ser acolhido. O ser humano é um ser em projecto, isto é, alguém que vive uma situação concreta, eventualmente grave e que deseja ultrapassar. Passar do que se vive para o que se deseja exige uma atenção especial. Satisfazer as suas necessidades de saúde é missão dos serviços de saúde a que o cidadão recorre. Neste contexto, compreende-se a solidariedade para com os mais pobres, uma vez que não têm ninguém que responda aos seus problemas.

2. Assegurar a dimensão holística do cuidar. Nos cuidados de saúde não se pode ter uma visão monista da pessoa. Tem de ver-se a pessoa no seu todo. O cuidar implica atenção à crise biológica que também é psicológica, social, cultural e espiritual. Não é o corpo que está doente, é o ser humano no seu todo.

3. Promover a humanização e a igualitarização em saúde. Humanizar é garantir a dimensão humana dos cuidados, das relações, dos espaços, das estruturas e dos equipamentos. A desumanização magoa o ser humano. A técnica não é suficiente. As competências científicas valorizam uma relação humanizada. A igualitarização, outra coisa não é do que o tratamento igual para todos. No fundo, é a radical recusa da discriminação.

4. Exigir que a investigação clínica esteja ao serviço da pessoa, de cada pessoa doente. O objectivo da investigação e dos ensaios clínicos é sempre a pessoa humana e, especificamente, aquela pessoa que aceitou colaborar na investigação em curso. O objectivo dos estudos científicos, em medicina e saúde, não pode nunca ser o lucro ou o simples avanço da ciência. Se há remunerações legítimas e progresso científico de qualidade, o objectivo da investigação é sempre a pessoa, na sua vida com mais qualidade.

5. Dar sustentabilidade aos serviços de saúde de tal maneira que os custos possam ser suportados por todos, na proporção das suas posses. É talvez o maior desafio que é feito ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), conseguir o financiamento de tal modo repartido que não seja peso para ninguém na base e “os que mais podem, para os que mais precisam”. É uma regra de cidadania.

6. Operacionalizar as equipas de saúde, integrando nelas todos os seus membros, segundo a especialidade de cada um. Isto implica clareza na definição de tarefas, para conseguir a complementaridade necessária, segundo a competência de cada um. Não é hoje possível uma prática clínica, sem a definição de competências, a atribuição de tarefas e a avaliação constante do trabalho de conjunto. O trabalho em equipa é garantia de eficácia.

7. Aceitar a colaboração organizada dos voluntários, desde que tenham sido seleccionados para missões muito concretas, tenham recebido a formação indispensável, estejam inseridos num quadro bem definido e possam ser avaliados no trabalho que realizam. Se hoje o voluntário faz parte das unidades de saúde e nelas está inserido, continua a ser fundamental a sua selecção, formação, acompanhamento e avaliação. Os voluntários devem ser uma mais-valia nas unidades de saúde. São colaboradores das equipas técnicas.

Conclusão

Não é fácil definir as prioridades, como fácil não é apontar os princípios éticos no exercício de cuidados. Porém, só o facto do CNECV querer estudar este problema e dedicar-lhe umas jornadas de estudo, já é um grito a pedir à sociedade que garanta a saúde para todos, a saúde com qualidade, a saúde em todas as idades da vida. A ética não trava a ciência, a ética torna a ciência mais capaz de servir a pessoa humana. •

Restrição Orçamental e Problemas Éticos na Prescrição

*Pedro Pita Barros**

1. Introdução

O tema proposto para discussão contém três partes: prescrição de medicamentos, problemas éticos e restrição orçamental. A primeira parte pertence aos médicos. A segunda parte pertence aos filósofos. Só a terceira parte, a restrição orçamental, está directamente associada à economia. Para descobrir a relação entre as três partes, há que clarificar primeiro o que é e o que pretende, a análise económica e o papel que nela tem a restrição orçamental.

A análise económica não é mais do que o estudo da utilização de recursos escassos que podem ter usos alternativos. Essa

*Nova School of Business and Economics; Universidade Nova de Lisboa; Campus de Campolide; 1099-032 Lisboa
e-mail: ppbarros@novasbe.

análise pode ser feita para compreensão do que observamos como escolhas, ou pode ter um passo adicional e avaliar qual a “qualidade” dessas decisões e quais as melhores decisões a serem tomadas (ganhando um carácter mais normativo).

Neste segundo passo, há que necessariamente incorporar princípios éticos que determinam o que se entende por “qualidade” de decisão e estabelecer os objectivos a serem alcançados pelas decisões. Naturalmente que para se dar este segundo passo se torna essencial ter dado o primeiro passo, e ter um conhecimento adequado dos processos e contextos de decisão.

No caso das decisões em saúde, é bem conhecido que há especificidades próprias mas há também muitos aspectos comuns a outros sectores. Argumentar com a diferenciação do sector da saúde ou com a sua semelhança face a outros sectores de actividade não é suficiente para produzir uma resposta às diferentes questões que se colocam.

A questão proposta para discussão, restrição orçamental e problemas éticos na prescrição, obriga a um cuidado redobrado. Tomando livremente a questão, a resposta é simples: quer-se dar, por princípio, a cada cidadão os cuidados de saúde de que necessita, sem que as condições financeiras (ou a falta delas) limite de modo sensível o acesso a esses cuidados de saúde necessários.

É, aliás, este o princípio que se encontra subjacente ao Artigo 64º da Constituição da República Portuguesa.

Artigo 64.º Saúde

- 1 Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.
2. O direito à protecção 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;
 - b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a

protecção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável.

3. Para assegurar o direito à protecção da saúde, incumbe prioritariamente ao Estado:
 - a) Garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
 - b) Garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;
 - c) Orientar a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;
 - d) Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade;
 - e) Disciplinar e controlar a produção, a distribuição, a comercialização e o uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico;
 - f) Estabelecer políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência.
4. O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada.

Contudo a satisfação cabal e plena deste princípio só é possível num mundo em que existem recursos ilimitados e em que seja fácil e reconhecível identificar o que são necessidades de saúde.

Infelizmente, nem uma nem outra são uma descrição minimamente precisa da realidade. Há, então, que perceber como

este princípio pode, ou não, ser alcançado em contextos em que os recursos são limitados, e em que nem sempre é fácil identificar as necessidades de cuidados de saúde da população.

O ponto de partida para a caracterização de um processo de escolha é conceptualmente simples. Primeiro, há que definir quais os recursos disponíveis e quais as possibilidades de utilização que estes recursos delimitam. Escolher significa seleccionar uma utilização de recursos que esteja dentro do conjunto de possibilidades. A definição deste conjunto de utilizações possíveis nem sempre é simples.

O segundo passo é a definição dos objectivos, do que se pretende atingir e da valorização relativa dos diferentes aspectos envolvidos. O terceiro passo é a definição do critério de escolha.

Nestes dois últimos passos, de modo implícito ou explícito, são usados princípios éticos. Por exemplo, a valorização da longevidade face à qualidade de vida implica um juízo ético. Tal como usar um critério de escolha que seja alcançar a maior longevidade possível, qualquer que seja a qualidade de vida, também tem um juízo de valor, distinto do que está presente em dizer-se que o objectivo é obter o máximo de anos de vida com qualidade de vida.

Quando se parte de uma situação inicial em que qualquer utilização de recursos adicional em saúde contribui de forma importante para a melhoria do estado de saúde e num contexto de crescimento económico em que os recursos disponíveis vão aumentando, o problema de escolha é fácil, no sentido em que com a expansão das oportunidades, cada escolha realizada é uma melhoria face à situação anterior. De um ponto de vista económico, interessa mais a comparação com outras situações alternativas que sejam alcançáveis com os mesmos recursos. Esta comparação, com algo que não aconteceu, é de mais difícil percepção pela população.

A partir do momento em que o contributo para a melhoria do estado da saúde da população de utilizar mais recursos decresce, por um lado, e o crescimento económico abranda, por outro lado, torna-se necessário um processo de decisão e de

escolha que tenha maior capacidade de discriminação sobre o que deve e o que pode ser feito.

Foi neste último contexto que surgiu a avaliação económica de tecnologias de saúde, como forma de ajudar à definição do melhor uso dos recursos. De forma intuitiva, o que a avaliação económica de tecnologias de saúde procura fazer é avaliar se os custos adicionais (utilização de mais recursos) produzem ganhos de saúde adicionais (objectivo a atingir) que justifiquem esses custos. Benefícios excederem custos é o critério de decisão, em que os custos correspondem à noção económica de custo de oportunidade.

Note-se que este processo envolve desde logo um juízo de valor na medida em que não identifica quem beneficia como sendo relevante. Todos os cidadãos são considerados iguais.

Este juízo de valor é facilmente aceitável nas circunstâncias implícitas. Mas temos também situações em que de forma igualmente fácil aceitamos critérios distintos. Um exemplo recente foi dado pelos critérios de vacinação contra a gripe A, em que foram definidos grupos de cidadãos prioritários. Houve aí um julgamento de valor, em que a capacidade de desempenhar determinadas funções foi considerada suficientemente importante para que fosse adoptado um critério distinto de todos os cidadãos serem considerados iguais. E repare-se que o critério não estava associado com maior ou menor necessidade de cuidados de saúde.

Esta introdução remete a discussão para três perguntas base: Que valores são essenciais para a sociedade, quando se fala de acesso a cuidados de saúde? Que desafios são colocados a esses valores? Como podem ser resolvidos esses desafios?

A resposta no caso da primeira questão extravasa o domínio da análise económica, nas outras duas há uma contribuição útil da análise económica. Uma resposta à segunda questão é dada pela limitação dos recursos disponíveis – as necessidades de cuidados de saúde excedem as disponibilidades de recursos, logo um desafio é como dentro das limitações de recursos (restrição orçamental em sentido lato) podemos e/ou devemos tomar as melhores decisões de acordo com os valores sociais?

Ignorar a existência de recursos limitados não faz desaparecer a restrição.

No entanto, a discussão encontra-se ainda num plano demasiado vago. A preocupação com o acesso generalizado a cuidados de saúde (valor social claramente expresso na sociedade portuguesa) levou à instituição do Serviço Nacional de Saúde em 1979, no seguimento de uma evolução que teve início em 1971, financiado de forma maioritária por impostos gerais (os pagamentos por taxas moderadoras são uma pequena parte, cerca de 1%, do financiamento do Serviço Nacional de Saúde; mais significativa é a partilha de custos com os cidadãos no consumo de produtos farmacêuticos).

O Serviço Nacional de Saúde cobre uma parte substancial da despesa com medicamentos, pelo que a sua restrição orçamental (do Serviço Nacional de Saúde) é susceptível de influenciar a prescrição de medicamentos.

Aliás, no momento actual, há como descrito em maior detalhe infra uma “restrição orçamental” estabelecida em termos da despesa com medicamentos.

Face a este desafio, a análise económica fornece instrumentos para ajudar a responder à terceira questão, de como usar os recursos disponíveis da melhor forma.

Na maioria das actividades económicas, a resposta é dada pela liberdade de decisão dos agentes económicos, seja a comprar seja a vender. Contudo, no caso dos cuidados de saúde, a existência de mecanismos de protecção contra as despesas com cuidados de saúde introduzem uma separação entre o preço para quem presta o serviço e o valor pago por quem procura esse mesmo serviço, acrescentando que quem beneficia não é necessariamente o decisor – é o médico que determina, em grande medida, a utilização de recursos. No caso da prescrição, é apenas o médico que tem a capacidade de gerar a utilização de medicamentos. Estas características ditaram a adopção, por parte do pagador – o Serviço Nacional de Saúde – de mecanismos de actuação que procurem reflectir no processo de decisão o custo e o benefício, também em termos económicos dessas decisões. Surge assim a denominada avaliação económica de tecnologias em saúde, que tem até ao

momento como principal área de intervenção o medicamento.

Pretende este tipo específico de análise, que não esgota a aplicação das metodologias de economia ao sector da saúde, ultrapassar as dificuldades que as características descritas implicam para uma correcta afectação de recursos no sector da saúde.

2. Onde está a restrição orçamental?

O nível a que se estabelece a restrição orçamental é relevante. Não tem as mesmas implicações fixar um limite global para a despesa pública, um limite global para a despesa com o Serviço Nacional de Saúde ou um limite global para a despesa com medicamentos.

Por cada nível que se desce, há uma redução de flexibilidade. Com um limite para a despesa com medicamentos, a escolha é feita dentro dos medicamentos apenas. De acordo com o princípio anteriormente enunciado, será necessário elencar os medicamentos por valor crescente da medida de custo-utilidade (ou custo – efectividade), e quando se atinge um valor orçamental pré-determinado, os medicamentos com relação custo – efectividade superior deixam de ser incluídos para participação pelo Serviço Nacional de Saúde.

Na ausência de uma restrição orçamental clara, o procedimento tenderá a ter uma característica diferente – defina-se um limiar para o rácio custo – efectividade, tal que medicamentos com valor inferior nesse rácio são incluídos na cobertura do Serviço Nacional de Saúde, e o que apresentam valor superior são excluídos dessa cobertura.

Alargando o limite de restrição orçamental a toda a despesa pública em saúde, o mesmo procedimento seria seguido, mas contemplando em pé de igualdade despesa em medicamentos com despesa noutras áreas da intervenção pública na área da saúde.

Por fim, caso a restrição orçamental esteja definida em termos apenas da despesa pública total, a comparação seria feita in-

cluindo também, para além da despesa em saúde, a despesa em educação, a despesa em pensões, a despesa com defesa nacional, etc...

O alargar do âmbito da restrição orçamental pode ser bom, ou mau, do ponto de vista da despesa com medicamentos e da prescrição, pois depende do valor relativo das outras opções (dentro e fora do sector público) de cuidados de saúde.

Actualmente, Novembro de 2011, a restrição orçamental está claramente estabelecida ao nível da despesa pública em medicamentos, por via do Memorando de Entendimento assinado com a Comissão Tripartida Comissão Europeia — Banco Central Europeu — Fundo Monetário Internacional.

Dada esta restrição clara, é importante saber qual o grau de exigência presente. A resposta é igualmente clara – é uma condição de grande exigência. Obriga a baixar em cerca de 1/3 a despesa pública em medicamentos face a Outubro de 2010. Vale a pena ver com alguma atenção os números envolvidos.

Utilizando os dados publicamente disponíveis no sítio de internet do Infarmed, tome-se para cada mês o valor da soma de despesa em medicamentos dos 12 meses anteriores, e divide-se por uma medida do PIB obtida com ponderação do número de meses já decorridos do ano e do ano anterior (por isso, livre também ela de sazonalidade), tem-se uma noção da evolução recente do indicador face ao objectivo. O valor do PIB nominal de 2011 é estimado usando a previsão de crescimento real (negativo) segundo o Governo e da taxa de inflação segundo a previsão do INE (sendo as previsões respectivamente de -1,9% para o crescimento real, e 3,5% para a inflação). A Figura 1 apresenta graficamente o resultado destes cálculos.

Pelos valores obtidos, constata-se que apesar da evolução no sentido de redução da despesa pública com medicamentos nos meses mais recentes ainda se está longe do objectivo traçado para 2013.

Verifica-se também que tem sido a despesa pública com medicamentos dispensados em ambulatório a fazer o ajustamento de descida e que o processo se iniciou em Outubro de

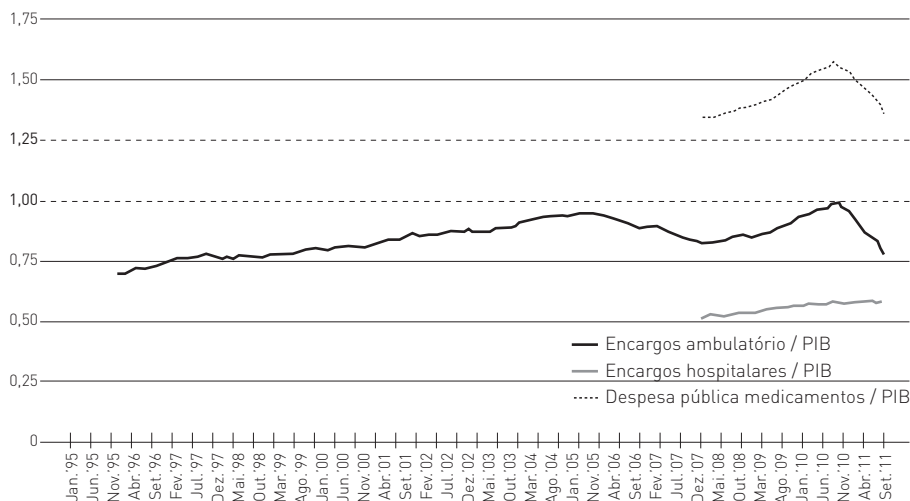


Figura 1: Objectivos para a despesa pública em medicamentos

Fonte: Elaboração própria

2010, cerca de meio ano antes do Memorando de Entendimento.

A despesa pública em medicamentos em ambatório é dada pela soma de todos os medicamentos, indexados por i , de: $si \times qi \times pi$ em que si é a taxa de comparticipação do medicamento, pi é o preço do medicamento e qi é a quantidade vendida do medicamento.

A redução da despesa pública pode estar a ocorrer por redução em qualquer um destes elementos ou por passagem do consumo de medicamentos com valores elevados de comparticipação ou de preço para medicamentos em que esses valores são baixos.

A informação publicamente disponível no sítio de internet do Infarmed não permite uma resposta produto a produto, mas é possível uma aproximação em termos agregados.

Para tornar a visualização mais simples, tome-se como ponto de referência Janeiro de 2009.

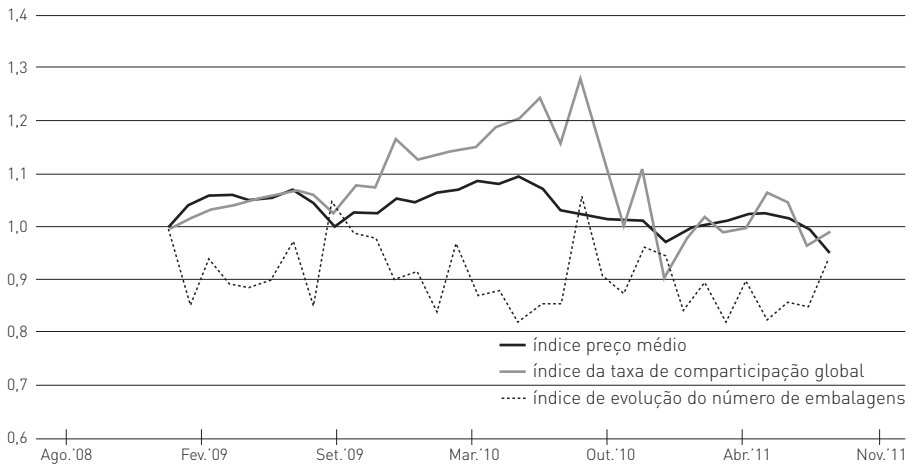


Figura 2: Decomposição da evolução da despesa pública com medicamentos em ambulatório

Fonte: Elaboração própria.

Avaliam-se nas figuras seguintes diversos aspectos:

- a) a evolução da taxa de comparticipação média, aproximada pelo rácio encargos do SNS sobre valor em PVP do mercado em ambulatório (e não apenas mercado do SNS, para capturar o efeito de passagem de consumo para outros medicamentos fora do âmbito do SNS).
- b) a evolução do preço; o preço é aproximado pelo preço médio por embalagem, calculado como valor em PVP de mercado em ambulatório dividido pelo número total de embalagens.
- c) a evolução da quantidade, que é aproximada pelo número total de embalagens.

As três séries estatísticas foram transformadas em número índice, com valor 1 em Janeiro de 2009, e estão representadas na Figura 2.

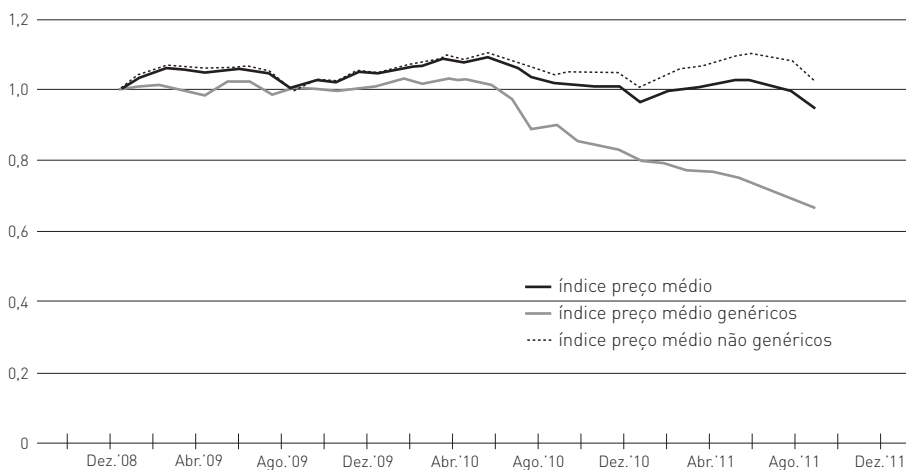


Figura 3: Evolução de índices de preços de medicamentos em ambulatório

Fonte: Elaboração própria

Globalmente, desde Outubro de 2010, a evolução recente está assente numa ligeira redução do preço médio (nos últimos meses), de uma redução da “quantidade” face a 2009, mas que tem permanecido estável no último ano, e sobretudo uma redução da taxa de comparticipação implícita, revertendo uma tendência do ano de 2009 em que aumentou de forma importante o consumo de medicamentos mais comparticipados pelo SNS.

Uma separação adicional é entre genéricos e não genéricos, em que a componente de não genéricos é calculada por diferença entre o mercado total em PVP (embalagens) e vendas referentes a genéricos em PVP (embalagens).

O que se denomina de “não genéricos” é, por isso, mais abrangente do que as vendas de medicamentos cobertas pelo Serviço Nacional de Saúde.

Adopta-se igualmente a perspectiva de índice de base 2009 =100 para comparar a evolução livre dos valores de partida de cada variável e que se encontra na Figura 3.

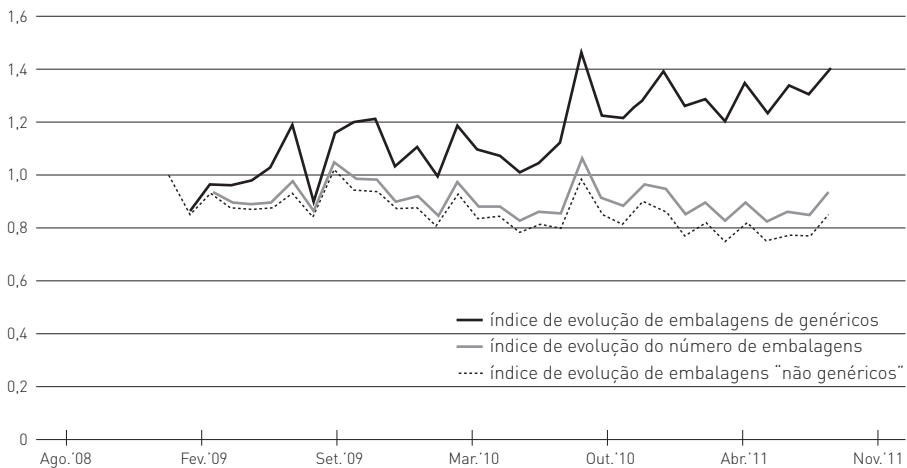


Figura 4: Evolução de índices de preços de embalagens de medicamentos

Fonte: Elaboração própria

Da decomposição realizada, torna-se evidente que o principal ajustamento de preços tem vindo a ocorrer pelo decréscimo do preço dos medicamentos genéricos: cerca de 25% em média no último ano, quase 40% cumulativamente desde Janeiro de 2009.

Nos medicamentos não genéricos houve mesmo um ligeiro aumento de preços em média, durante a maior parte do tempo desde Janeiro de 2009, reflectindo provavelmente efeitos de alteração da estrutura de prescrição e consumo de medicamentos. Só no último mês de dados se regista uma diminuição do preço médio nos "não genéricos".

Olhando para as quantidades e realizando decomposição similar, obtém-se a Figura 4.

Observa-se um crescimento do consumo de genéricos, sobretudo a partir do Outono de 2010, em que houve uma alteração importante no nível de consumo, em tendência. As oscilações mensais desde então revelam uma leve tendência crescente.

Para ter em conta padrões de sazonalidade e antecipações/adiamentos de compra de medicamentos à volta de medidas de política, tomou-se como indicador a soma da despesa em medicamentos de 12 meses consecutivos terminando no último mês para o qual há dados. Fica uma estimativa de despesa anual rolante mensalmente. Fazendo a taxa de crescimento dessa “despesa anual rolante” em Setembro de 2011 face a Setembro de 2010, tem-se um decréscimo de 19,51% nos encargos do SNS mas apenas um decréscimo de 7,85 do volume de vendas total. Para a comparação de Setembro de 2010 com Setembro de 2009, o crescimento dos encargos do SNS era +12,4%, mas o mercado total estava a baixar 1,37%.

No último ano, Outubro de 2010 a Outubro de 2011, aparenta assim ter ocorrido uma inversão clara da evolução dos encargos do SNS, alicerçada em parte numa diminuição do preço médio dos genéricos (mesmo depois de ajustamentos de composição no consumo), e em parte (substancial) na reversão da tendência de maior comparticipação do Estado – os utentes voltaram a suportar uma parte maior das despesas com medicamentos.

Como se pode então respeitar a restrição orçamental imposta no campo do medicamento? A despesa pública em medicamentos é composta pela multiplicação de três elementos, como apresentado acima: preço quantidade taxa (média) de comparticipação.

Assim, respeitar a restrição imposta passa por baixar uma, duas ou as três componentes.

A evolução dos últimos anos tem resultado sobretudo de baixas de preços, em segundo lugar de redução da taxa (média) de comparticipação – no último ano – e apenas ligeira alteração de quantidades.

As reduções de preços (administrativas) e reduções de margem no circuito da distribuição do medicamento (uma medida também constante do Memorando de Entendimento com a Comissão Tripartida) têm levantado pouca (ou mesmo nenhuma) contestação por parte da população. São sobretudo

os visados, a indústria farmacêutica e as farmácias, que têm reagido às medidas impostas.

Contudo, afigura-se de grande dificuldade que apenas o efeito de contínuas e futuras reduções de preços seja suficiente para vir a cumprir o objectivo estabelecido de atingir 1% do PIB para a despesa pública com medicamentos. Será necessário ter uma contribuição das duas outras rúbricas, bem como uma contribuição da despesa hospitalar com medicamentos.

A redução de preços, como estratégia de redução da despesa pública em medicamentos, tem, por seu lado, custos que são de difícil percepção e quantificação. Em concreto, os baixos preços que existem em Portugal, quando vistos em contexto internacional, têm-se traduzido num atraso da introdução de novos medicamentos no mercado nacional por decisão das companhias farmacêuticas.

Em Barros e Nunes (2010) é feita uma revisão da literatura sobre os atrasos de introdução de novos medicamentos em Portugal como resultado das estratégias empresariais no sector farmacêutico. De acordo com diversas análises, os atrasos detectados na introdução de novos medicamentos no mercado nacional, por comparação com o primeiro mercado em que são introduzidos, chega em média a mais de três anos e é dos mais elevados nos países desenvolvidos incluídos nas comparações internacionais. Uma segunda conclusão relevante é que esses atrasos se devem mais aos baixos preços que as empresas esperam vir a ter em Portugal, e suas implicações para outros mercados dado o sistema de referência internacional no estabelecimento de preços de medicamentos seguido por muitos países, do que ao processo de autorização em si (que também não é dos mais céleres). Esta característica vem já da última década do século passado, e manteve-se para os anos mais recentes. No entanto, procurando uma associação entre preços de produtos novos e a riqueza gerada por cada país, chega-se à conclusão que os preços em Portugal até são superiores ao que seria natural para o seu nível de rendimento. Como a economia portuguesa não apresenta perspectivas de crescimento económico, e os mecanismos de referência internacional para fixação de preços de novos me-

dicamentos em Portugal acordados no Memorando de Entendimento com a Comissão Tripartida reforçam a tendência para baixar os preços de entrada de novos medicamentos, é fácil conjecturar que os atrasos no acesso à inovação, por decisão empresarial, se irão reforçar nos próximos anos (para mais detalhes e referências bibliográficas da evidência internacional, veja-se Barros e Nunes, 2010, capítulo 10).

Como anteriormente se observou, a maior parte do ajustamento está a ser realizada pela despesa em ambulatório, pelo que importa conhecer que capacidade de ajustamento existe ainda no ambiente hospitalar que possa contribuir para o objectivo.

A despesa pública em medicamentos nos hospitais tem uma forte componente de despesa nas áreas de oncologia e VIH/SIDA. Irão colocar-se, por isso, desafios importantes em termos de escolhas. A crescer às dificuldades actuais, os novos medicamentos que se preparam para entrar no mercado têm um elevado custo por doente tratado. Vai ser inevitável o estabelecimento de prioridades quer no acesso (nem todos os doentes serem elegíveis para tratamento) quer na disponibilização (nem todos os medicamentos serem elegíveis para comparticipação pelo Serviço Nacional de Saúde).

3. O estabelecimento de prioridades

A existência de uma restrição orçamental activa, e que não vai ser resolvida apenas com reduções de preços no consumo de medicamentos em ambulatório, obriga ao estabelecimento de prioridades. A questão central é como estabelecer essas prioridades de uma forma adequada. Por adequado entende-se respeitar dois princípios: justiça social, por um lado, e legitimidade do processo de estabelecimento de prioridades, por outro lado.

A análise económica fornece instrumentos que podem ser incorporados neste processo, e não são substitutos, do mecanismo de decisão social.

Em termos de princípios, a maior parte da análise económica quando adopta uma posição de natureza normativa, segue

o princípio do utilitarismo, que tem como características principais a utilidade (preferências) como medida de valor, a imparcialidade (a consideração do bem-estar é independente da pessoa) e a procura da maximização da utilidade agregada. Esta posição é passível de muitas críticas, e no campo da economia da saúde várias têm sido as propostas de definição de equidade e de justiça no acesso a cuidados de saúde e no estado de saúde.

Na presença de uma forte restrição orçamental, a ausência de uma clara identificação de prioridades leva a que a decisão sobre exclusões de acesso seja determinada por outros factores, eventualmente aleatórios, que não a estrita necessidade clínica e a justiça social no acesso. Por exemplo, podem ocorrer diferentes decisões de tratamento consoante o momento do ano em que se chega ao sistema de saúde. No final do ano, estando-se a esgotar os recursos disponíveis, poderão ser tomadas opções terapêuticas distintas das estabelecidas no início do ano. Ou que para a mesma condição clínica, a decisão de tratamento ser distinta consoante a instituição onde são tratados os doentes está mais perto do limite do seu orçamento, ou mais longe. Significa que o estabelecimento de prioridades é então definido nestes casos de forma implícita, e de modo aleatório, sem haver necessariamente uma relação com as necessidades de cuidados de saúde.

O estabelecimento de prioridades em saúde que levem a decisões de exclusão de coberturas não é um tema simples, nem de soluções imediatas e incontestáveis. Deve-se, desde logo, olhar para o que tem sido a experiência de outros países neste campo.

Tomemos como referência a actividade do NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence do Reino Unido. Tem sido descrita como estando baseada na aplicação da análise custo – efectividade, em que compara os benefícios de saúde de uma nova tecnologia com a saúde que é perdida com a redução de despesa noutras áreas do sector público que é necessária para pagar os custos adicionais da nova tecnologia. (Claxton et al., 2010) Nesta perspectiva, mantém-se constante o orçamento do Serviço Nacional de Saúde e usa-

se a noção económica de custo de oportunidade. Cada nova tecnologia que é aprovada implica a saída de outra.

Mas também tem implícita a hipótese (ou a definição) do objectivo da sociedade ser o estado de saúde, que deve ser maximizado sujeito a um orçamento fixo de recursos disponíveis. Assume que é possível definir de forma relativamente precisa uma medida de estado de saúde.

4. A utilização da avaliação económica como instrumento

O critério de escolha decorrente da análise económica leva a que em períodos de maior restrição orçamental se tenha que considerar explicitamente a descomplicação de medicamentos e tanto mais quanto mais medicamentos (e mais caros) se quiser vir a adicionar ao arsenal terapêutico do Serviço Nacional de Saúde. Embora intuitivo, é importante uma descrição cuidada do quadro conceptual que está na base desta implicação.

O apelo intuitivo da avaliação económica como instrumento para obtenção de uma utilização eficiente dos recursos disponíveis pode ser visto a partir do modelo económico mais simples de análise do comportamento do consumidor. Esse modelo considera a escolha de como distribuir um orçamento fixo por diferentes bens e serviços num determinado momento do tempo.

Este modelo sugere como regra de decisão ordenar todas as alternativas de acordo com o rácio de custo incremental face ao benefício incremental. Escolhem-se primeiro as alternativas com menor valor para este rácio, indo sucessivamente subindo até ao ponto em que o orçamento disponível se esgota. Proceder desta forma assegura que se gera o maior valor social líquido, dentro da restrição orçamental existente e numa perspectiva utilitarista.

De um ponto de vista social, para além de um benefício líquido positivo, é importante a consideração da desigualdade gerada em termos de saúde. Dar prioridade a quem mais beneficia para o mesmo custo poderá aumentar as desigualda-

des. Por exemplo, entre duas pessoas com diferentes produtividades e diferentes salários (que sejam reflexo dessa diferente produtividade), uma maximização pura do bem-estar social utilitarista levaria a que fosse dada prioridade de atendimento (por exemplo, em termos de tempo de espera para ser atendido) a quem tivesse maior salário. Esta posição é usualmente rejeitada pela sociedade com base em valores fundamentais de igualdade de acesso para igual condição, independentemente das condições económicas ou da contribuição para a produtividade geral da economia. Porém, quando decidida em situação de excepção (ou apresentada como tal), a resposta social é distinta, como aconteceu com a gripe A.

Admita-se que a decisão pública procura o maior bem-estar social. De uma forma simplificada, o Estado / o Governo possui duas grandes variáveis de decisão: a despesa pública em saúde e a restante despesa pública (noutros bens e serviços, bem como prestações sociais).

Nas escolhas que o Estado faz tem em conta quer o momento presente quer o futuro, reconhecendo que maior despesa hoje tem implicações na capacidade de despesa futura. A possibilidade de emissão de dívida pública cria uma ligação entre as restrições orçamentais do Estado no presente e no futuro.

Nesse futuro, podem aparecer, com uma determinada probabilidade, tecnologias de saúde que substituem as que forem aprovadas no tempo presente. Há, porém, incerteza sobre se estas novas tecnologias serão, ou não, mais custo efectivas que as tecnologias actualmente disponíveis. Haverá uma decisão futura de as adoptar, ou não.

Uma decisão de adopção hoje implica despesa futura na mesma tecnologia se não houver uma nova tecnologia que a substitua (admite-se aqui rigidez quer na decisão de comparticipação quer na decisão clínica de utilização).

As receitas do Estado em cada período de tempo têm que ser distribuídas entre despesas de saúde, outra despesa pública e juros da dívida pública. O orçamento disponível num momento temporal depende da dívida existente no momento

temporal anterior, via pagamento de juros (a análise é suficientemente geral para podemos estar a falar de um horizonte temporal de anos ou de décadas). Taxas de juro mais elevadas traduzem-se numa restrição mais apertada às despesas do sector público. Em termos de avaliação económica, esta situação faz descer o limiar de aceitação no critério de custo – efectividade / utilidade. O custo adicional por benefício adicional tem que ser menor num contexto de taxas de juro mais elevadas. Por seu lado, mais despesa pública hoje significa mais juros amanhã, mesmo que as taxas de juro se mantivessem constantes, quando o orçamento público não está equilibrado no primeiro momento temporal.

Num contexto em que é necessário reduzir a despesa pública, o valor do limiar vai também descer, para ser compatível com uma menor despesa pública futura.

Os elementos da crise das finanças públicas decorrente do baixo crescimento da economia traduzem-se no limiar.

Olhando para o papel das novas tecnologias, que também vão ser avaliadas no futuro, importa conhecer em que medida a possibilidade do seu aparecimento justifica alteração nas decisões hoje.

Se são tecnologias mais caras, para o mesmo orçamento público, exigem que se passe menos encargos para o futuro – o limiar custo – efectividade para inclusão hoje será menor. Conter despesa já hoje, para conseguir garantir espaço orçamental futuro. Mas se essas tecnologias são melhores, então também se deve procurar aumentar o orçamento em momentos futuros (mesmo que à custa da restante despesa pública em qualquer um dos dois momentos, presente e futuro), o que permitira ser menos limitativo no momento presente.

A adopção de novas tecnologias tem estado associada à procura de outras soluções de relacionamento com quem paga, procurando acomodar as preocupações orçamentais. Dois exemplos são acordos de limitação do número de doentes a incluir, ou os chamados acordos de partilha de risco.

Outra abordagem é a substituição da despesa, significando redução de preços (ou mesmo descomparticipação) noutras áreas do medicamento para abrir espaço orçamental.

O impacto que a perspectiva da inovação futura tem nas decisões do momento actual sobre participação e utilização de critérios de custo – efectividade para decisões no acesso a medicamentos depende do próprio enquadramento que for estabelecido.

Se a aprovação para participação e o preço definido no momento actual constituírem decisões sem possibilidade de reversão no futuro, torna-se necessário acautelar que possam existir inovações importantes no futuro. A aprovação e os preços definidos hoje deverão ser mais restritivos do que na ausência de inovação prevista. Predomina o argumento de encontrar desde já espaço orçamental para a inovação que valer a pena no futuro.

Se, no entanto, for aceite o princípio de revisão com descomparticipação como sendo uma evolução natural, mesmo que não haja inovação e apenas por constrangimento da despesa pública, então como a decisão hoje pode ser revista no futuro, com ou sem inovação, será mais natural decisões menos restritivas, que correspondem nalguma medida a redistribuição do futuro para o momento actual no caso de não ocorrer inovação vantajosa.

As decisões de prescrição têm que reflectir o custo de oportunidade dos fundos necessários, que nas actuais condições de re-equilíbrio das contas públicas aumentou consideravelmente. A intervenção nesse sentido terá de ser feita a dois níveis – aprovação de novos medicamentos e descomparticipação de outros, por um lado, e normas orientadoras da prescrição, por outro lado.

5. Considerações finais

Num mundo de recursos limitados, existe sempre a noção económica de restrição orçamental. O princípio (atractivo) de “dar tudo a todos” não é simplesmente uma descrição realista. Quando a economia cresce e mais recursos são disponibilizados, a força dessa restrição orçamental é menos visível. Porém, quando se entra em período de recessão económica

ou de baixo crescimento do rendimento, a importância da restrição orçamental torna-se mais clara.

No caso do sector da saúde, com a presença de instituições que dão protecção financeira contra a incerteza das despesas com cuidados de saúde (seguro, seja publico ou privado) e com assimetrias de conhecimento e informação que geram relações de delegação de decisões (do doente no médico), a natureza da restrição orçamental tem que ser identificada com mais cuidado.

Forçando nos medicamentos, a principal restrição orçamental está no Serviço Nacional de Saúde e no que ficou estabelecido no Memorando de Entendimento com a Comissão Tripartida Comissão Europeia — Banco Central Europeu — Fundo Monetário Internacional.

O objectivo estabelecido para a despesa pública com medicamentos é bastante exigente e actua como uma forte restrição orçamental.

O esforço de redução da despesa pública com medicamentos tem-se centrado na diminuição de preços por via administrativa. Contudo, desde 2009 que esse esforço tem recaído em larga medida sobre os medicamentos genéricos.

O grande desafio, e que irá gerar, a necessidade de estabelecer prioridades encontra-se no ambiente hospitalar, onde ainda não foi possível dar uma contribuição significativa para que o objectivo / restrição orçamental seja respeitada. A definição de prioridades irá ocorrer, de uma forma ou de outra. É importante, por isso, que seja organizada de forma explícita e de modo a reflectir as preferências sociais.

Os problemas éticos decorrentes de uma restrição orçamental mais visível não são qualitativamente diferentes dos que existiram no passado. A diferença está no reconhecimento actual dos limites impostos pela restrição orçamental. Como é mais visível hoje do que o foi no passado, a resposta aos problemas éticos que lhe estão associados terá também ela de ser mais visível. A resposta a uma restrição orçamental mais activa e mais visível vai ter que passar pelo padrão de prescrição e pela definição de prioridades, que devem respeitar preferências sociais que é necessário conhecer. •

Referências

Barros, Pedro Pita e Luís Catela Nunes, 2010, 10 Anos da Política do Medicamento em Portugal. Lulu.com.

Claxton, Karl, Simon Walker, Steven Palmer, Mark Sculpher, 2010, Appropriate perspectives for health care decisions, Centre for Health Economics, University of York, UK.

Prioridades na comparticipação de medicamentos em ambulatório

Francisco Batel Marques

A comparticipação de medicamentos decorre de um contrato, no caso português, de um contrato social, em que os encargos com os medicamentos são repartidos, no acto do consumo, entre a terceira entidade pagadora e o cidadão.

A garantia da acessibilidade e da equidade no acesso aos medicamentos constitui a base conceptual do sistema de comparticipação.

Trata-se de um sistema organizado em torno dos seguintes eixos:

- 1º identificação, através de avaliação pericial, da presença de inovação terapêutica a quando do pedido de comparticipação de um novo medicamento;
- 2º existência de escalões de comparticipação diferenciados, com variação percentual da repartição dos encargos entre o terceiro pagador e o cidadão, de acor-

do com a classificação farmacoterapêutica do medicamento;

- 3º fixação de preço máximo face a um comparador de referência, ou por comparação directa, caso não de identifique valor terapêutico acrescentado, ou através de um estudo de avaliação económica sempre que identificada a presença de valor terapêutico acrescentado.

Uma constatação imediata é a de que o sistema é centrado no medicamento e não na indicação terapêutica que reclama.

É, por conseguinte, um sistema relativamente cego no que à identificação e hierarquização de prioridades em saúde diz respeito.

Mas antes de prosseguirmos nesta vertente, reflectamos sobre alguns aspectos do modelo vigente.

A indexação do encargo do terceiro pagador em função do grupo farmacoterapêutico pode, actualmente, ser questionável.

Atentemos no exemplo dos medicamentos anti-hipertensores e anti-hipercolesterolémicos. Ambos se destinam à modificação de factores de risco modificáveis de doença cárdio-cerebro-vascular, a hipertensão arterial e o colesterol elevado, respectivamente. Ambos demonstraram eficácia e efectividade na diminuição da morbi-mortalidade total e por causa específica.

Contudo, os anti-hipertensores beneficiam de uma participação superior aos anti-hipercolesterolémicos.

Também a inovação terapêutica pode ter gradientes diversos, desde um novo medicamento para uma patologia para a qual não existiam alternativas terapêuticas, até à designada inovação incremental, em que, por exemplo, um novo medicamento não demonstrou maior eficácia face às alternativas disponíveis, mas promete uma maior adesão do doente à terapêutica.

Estes diferentes gradientes de inovação, designadamente no caso da inovação incremental, carecem de cuidada reflexão quanto à estimativa do valor que acrescentam face às alternativas disponíveis.

Uma questão crítica é a selecção do comparador. O comparador serve para avaliar se o novo medicamento demonstra, à luz da robustez da natureza de prova de evidência científica, possuir maior eficácia, melhor segurança, ou seja, uma mais favorável relação benefício/risco.

Situações há em que, face à existência de inúmeras opções como comparadores (caso dos medicamentos anti-inflamatórios, por exemplo), a selecção de um comparador se torna extremamente difícil.

Por outro lado, não devemos esquecer que a quase totalidade dos novos medicamentos são clinicamente desenvolvidos através de comparações experimentais contra placebo.

Sendo que a submissão do pedido de comparticipação ocorre quase imediatamente após a concessão da autorização de introdução no mercado, independentemente da dificuldade em seleccionar o comparador, a avaliação entre o novo medicamento e o comparador eleito apenas pode ser conduzido de forma indirecta.

Isto porque não há, para a larguíssima maioria dos medicamentos, estudos de comparação directa entre o novo medicamento e o comparador seleccionado.

Apenas uma pequena nota para abordar o modo com se fazem comparações indirectas.

Este assunto reveste-se de uma elevada sensibilidade técnico-científica. Uma comparação indirecta avalia estudos de cada um dos medicamentos versus placebo. Contudo, há que garantir a homogeneidade dos estudos (populações, intervenção, duração da intervenção, variáveis de confundimento, viés, por exemplo), o que, para além de difícil, se reveste sempre de incerteza nas conclusões. Novos métodos, como *mixed treatment comparisons*, carecem de discussão em sede de avaliação pericial na entidade reguladora portuguesa.

Reatando o fio condutor de há pouco, uma vez comparado o novo medicamento, no caso de ser identificada vantagem terapêutica, há que quantificar economicamente a magnitude da vantagem documentada.

E aqui tem lugar um estudo de avaliação económica, normalmente um estudo custo-efectividade, a conduzir de acordo com as normas de orientação do regulador (INFARMED), cujo objectivo é, afinal, fundamentar um preço superior à custa do cálculo de melhores rácios custo-efectividade incrementais.

Portugal foi pioneiro na introdução da obrigatoriedade de estudos de avaliação económica de medicamentos, em 1998. De então para cá, algumas modificações, mercê da evolução do conhecimento, seriam necessárias fazer, o que não aconteceu.

O medicamento participado integra, assim, uma lista positiva que se vem acumulando ao longo dos anos.

O conhecimento, quer experimental, quer observacional que, entretanto, se vai acumulando, sendo normalmente identificável na literatura científica, não é tido em conta nem incorporado no processo de decisão de manutenção na lista de medicamentos participados.

Por exemplo, o conhecimento existente sobre a efectividade comparada de medicamentos há anos comercializados e participados, não é tido em conta nem incorporado na decisão de participação.

Colocada no ordenamento jurídico desde 2000, a reavaliação periódica dos medicamentos participados nunca foi posta em prática, apesar de decorridos quase doze anos e de estarem disponíveis as metodologias para a levar a cabo.

Esta situação acarreta uma outra dimensão deste problema: a da depreciação dos preços. Um medicamento participado há doze anos, e que na altura tivesse sido uma inovação terapêutica, viu o seu preço diminuído ao longo do tempo, quer por efeito dos abaixamentos administrativos, quer pelo efeito do sistema de preços de referência, uma vez existindo genéricos e respectivo grupo homogéneo, quer ainda pela legislação sobre custo excessivo.

Ora, se este medicamento for o comparador inquestionável para uma verdadeira inovação terapêutica, esta fica refém desta dinâmica, o que é potencialmente comprometedor do acesso, pelos cidadãos, à inovação. Serão alcançáveis os rácios custo-efectividade exigidos nestas circunstâncias? Por outro lado, serão exequíveis os desafios colocados aos actuais modelos de investigação e desenvolvimento de novos medicamentos?

Referimos, atrás, a falta de centralização no doente e na doença do actual sistema de comparticipação de medicamentos no ambulatório. Situação que nunca poderia acontecer, pois o sistema não foi concebido nem construído para tal fim.

Por maioria de razão, descuro prioridades.

Ora, um medicamento é uma tecnologia de saúde cuja avaliação técnico-científica, para efeitos de financiamento público, ultrapassa a dimensões benefício, risco e custo.

A avaliação não deve determinar necessidades em saúde (reais ou não – “*mongering*”), mas sim ser determinada pela identificação e hierarquização de necessidades em saúde.

No caso português, a concretização das metas do plano nacional de saúde tem, nos medicamentos, uma peça estratégica. Coadunar, em eixos temporais pré-definidos, vectores do esforço de financiamento em função de prioridades pré-estabelecidas, é uma linha de orientação que faz todo o sentido.

Também porque, do ponto de vista da monitorização do processo, a utilização, bem como a qualidade da utilização dos medicamentos, são excelentes indicadores e óptimas variáveis de correlação.

O que implica, necessariamente, uma função de observação farmacoepidemiológica contínua.

Comparticipar não significa, neste contexto, apenas pagar.

Comparticipar significa avaliar antes, avaliar durante e avaliar depois.

Trata-se de um contínuo de processos de avaliação, sequenciais e rectro-alimentáveis entre si.

Por conseguinte, o paradigma da comparticipação, enquanto processo decisório limitado, estático e distanciado do ponto de prestação de cuidados, favorece a utilização inadequada, o crescimento contínuo da espiral de custos e o desperdício.

Referimos, ao início, que a comparticipação tinha por base um contrato. Contrato esse que não é entre o Estado e a Indústria Farmacêutica, mas sim entre o Estado e os Cidadãos. Deste modo, é às necessidades dos cidadãos que o processo de avaliação deve dar prioridade, e não necessariamente às prioridades dos produtores de tecnologias de saúde.

O desafio que se coloca ao estabelecimento de prioridades na comparticipação de medicamentos no ambulatório, prende-se, em primeiro mão, com a natureza do próprio sistema de comparticipação.

Logo ao início, porque deve desempenhar uma função de agenciamento do cidadão que é, afinal, quem também financia a terceira entidade pagadora.

O modelo avaliativo de suporte à decisão de financiamento tem de mudar de paradigma e evoluir para a avaliação da tecnologia e modelização do impacto da sua utilização na população candidata à sua utilização.

A disseminação das avaliações produzidas e a monitorização da sua implementação, uma vez financiadas, é parte integrante do processo de comparticipação, não podendo continuar a ser visto como um resultado a obter na ausência de processo especificamente organizado para a sua concretização. Só assim se devem programar, articuladamente, investimentos na comparticipação com prioridades em saúde, tal como expressas nas metas estratégicas do respectivo plano nacional.

Um lugar especial às métricas – não das propriedades farmacodinâmicas dos medicamentos -, mas às métricas das consequências e dos impactos (*outcomes* e *outcomes research*) da exposição populacional (e sub-populacional em função de atributos e características específicas) aos medicamentos e aos diversos medicamentos quando utilizados em simultâneo.

De resto, uma nota para a necessidade em investigação em sistemas de saúde (*health services research*), peça fundamental para a documentação de processos.

Sobra-nos a parte mais visível e com a qual iniciámos: escalões de participação e escalões de participação indexados à classificação farmacoterapêutica dos medicamentos. Algo com o qual é urgente terminar.

Muito obrigado!•

Percepção pública das prioridades na saúde

*José Vítor Malheiros**

Quando me convidaram para apresentar uma comunicação sobre “Percepção pública das prioridades na saúde”, comecei por fazer aquilo que todas as pessoas fazem nas mesmas circunstâncias: fui ao Google e escrevi “Percepção pública das prioridades na saúde” para ver se me podia inspirar no que aparecesse.

Fiquei muito satisfeito quando constatei que havia quatro resultados que correspondiam exactamente à minha pesquisa. Mas, quando reparei melhor, vi que os quatro resultados se referiam precisamente a esta comunicação que eu iria apresentar aqui hoje, o que era muito útil.

O meu segundo passo foi fazer exactamente o que todas as pessoas fazem nestas circunstâncias: alarguei a pesquisa experimentando variantes como “Percepção pública de/das

*Consultor de Comunicação de Ciência

prioridades em/na saúde”. Desta vez, mesmo tentando as variantes, não encontrei nenhum resultado.

Claro que continuei a tentar. Pesquisei depois exactamente a mesma coisa mas sem aspas, o que me devolveu umas dezenas de milhares de páginas – o que era de esperar, já que esta forma de pesquisa devolve páginas web que contenham algumas das palavras pesquisadas, independentemente da sua ordem ou temática – mas os resultados continuaram a não ser animadores. Não havia ali nada que me pudesse iluminar sobre o tema.

Decidi então usar a bomba atómica: a pesquisa em inglês. Escrevi “public perceptions on public health” fiz Enter e... não obtive nenhum resultado.

Já um pouco preocupado, escrevi a mesma coisa sem aspas e, finalmente, lá me apareceram uns milhões de resultados. Só que, quando escrutinei as páginas devolvidas pela pesquisa, dei-me conta de que, de facto, o elevado número de páginas encontradas se devia ao facto de aqui se reunirem, por um lado, muitos resultados sobre “Prioridades na saúde” e, por outro lado, muitos resultados sobre “Percepção pública” nas mais diversas áreas. A pesquisa continuava a não ser muito frutífera, apesar do número de resultados.

Para mais, a maior parte dos resultados relativos a “Prioridades na saúde” diziam respeito a países em desenvolvimento, o que não me interessava particularmente.

De qualquer forma, podia ser que um destes estudos me fosse útil, por isso peguei num relatório do Banco Mundial de 2006 intitulado “Priorities in Health” (<http://files.dcp2.org/pdf/PIH/PIH.pdf>) para o escrutinar e constatei que a palavra “perceptions” aparecia exactamente uma vez e nem sequer num trecho dedicado ao tema mas numa menção de passagem (“local perceptions of illness”).

O que quereria isto dizer? Será que o público não dá grande importância à saúde? Será que a importância que o público dá a saúde não interessa às pessoas que definem as prioridades da saúde? Ou será que se considera que a importância

que o público dá à saúde e às prioridades em saúde não tem nada a ver com a sua percepção, mas apenas com a informação objectiva que lhe é transmitida?

A minha pesquisa estava longe de poder ser considerada exaustiva, nem qualquer conclusão era admissível depois de ter folheado apenas umas dúzias de textos, mas não posso negar que fiquei surpreendido pelo tema da percepção pública não aparecer de forma mais evidente em trabalhos onde se discutem as prioridades em saúde. Isto era aliás tanto mais surpreendente quanto existem pelo menos dois momentos onde as percepções públicas são importantes: o momento da discussão e definição dessas prioridades e o momento da comunicação aos cidadãos das prioridades adoptadas.

Depois de mais algumas pesquisas encontrei um estudo de 2007, feito pela Kaiser Family Foundation e pelo Pew Research Center no âmbito do Pew Global Attitudes Project, intitulado “A global look at public perceptions of health problems, priorities, and donors” (<http://www.pewglobal.org/files/pdf/259.pdf>) onde se tentava saber qual era o lugar de diferentes problemas na lista de prioridades dos habitantes de diferentes regiões do mundo.

Eram dadas várias hipóteses:

A falta de acesso aos serviços de saúde?

O crime?

A poluição?

O tráfico de drogas?

O terrorismo?

A falta de água?

A corrupção?

A conclusão é que a resposta depende da situação concreta de cada pessoa.

De facto, cada pessoa considera como maior risco o factor que apresenta maior probabilidade de ser a causa de morte dos seus filhos. Numa região pode ser a falta de água, noutra pode ser o tráfico de droga.

A prova disso é que, quando se vêem as respostas do inquiridos na Europa Ocidental, a saúde não aparece no Top Five das preocupações, que é ocupado pela

Poluição

Drogas

Crime

Terrorismo

Corrupção

Parece pouco provável que a saúde não ocupe um lugar de topo nas preocupações destas pessoas – como aliás outras respostas do mesmo estudo mostram. Só que, para esta população, o acesso aos serviços de saúde está garantido. As suas necessidades de saúde estão garantidas e, assim, a saúde deixa de ser listada como prioritária, como problema a resolver. O acesso aos serviços de saúde só é um problema importante quando não está garantido. E só deixa de o ser quando passa a estar garantido.

A prova que a saúde é percebida universalmente como fundamental é que, quando se pergunta a qualquer população, dentro dos cuidados de saúde, quais são os mais importantes, as pessoas têm uma enorme dificuldade em escolher e hierarquizar, dando a praticamente tudo uma alta prioridade.

Mas de que dependerá afinal esta percepção pública no domínio da saúde?

Depende da percepção dos riscos em que se incorre. E a nossa percepção dos riscos depende da distância a que nos encontramos (ou nos sentimos) deles, como já foi mostrado, en-

tre outros, pelo filósofo norueguês Jon Elster, um estudioso da escolha racional.

Que distância é esta? Pode ser uma distância temporal. É por isso que marcamos uma extracção de um dente para daqui a um mês e a perspectiva da dor nos parece tão suportável, até que a data se aproxima e na véspera cancelamos a consulta. É como uma questão de perspectiva: o risco lá ao fundo, lá ao longe, parece sempre pequeno.

Mas pode ser também uma distância afectiva, uma questão de empatia. Pode ter a ver com as histórias disponíveis que compõem a nossa cultura, que moldam os nossos comportamentos e os nossos valores.

E, como profissional de comunicação, é este o factor que me parece mais importante.

Que histórias são estas? De onde vêm? Onde as ouvimos e as vemos?

Vêm, antes de mais, da nossa história pessoal. E, em seguida, dos *media*, entendidos *latu sensu*. É frequente falar-se de *media* quando se quer falar de jornalismo, mas o jornalismo representa uma ínfima parte dos *media* e está longe de ser a mais influente. Quando falo de *media* estou a pensar no entretenimento, na TV em geral, no cinema, na publicidade, etc.

Os *media* tem um papel de *agenda-setting*, de definição da agenda e esse papel exerce-se através de narrativas. De histórias. Histórias com elementos emotivos e pessoais, que fazem com que nos identifiquemos com um ou outro protagonista, com sobressaltos dramáticos que tornam a história digna de ser repetida, interessante.

Lembram-se daquele episódio da campanha presidencial do Obama em que houve um “popular” que o interpelou e que contestou o plano fiscal de apoio às PME que o candidato defendia? O homem ficou conhecido como Joe, the Plumber e fez mais pela discussão do plano fiscal de Obama que todas as actividades de campanha juntas. Como havia uma pessoa, a história de uma pessoa, as pessoas interessaram-se o suficiente para ler artigos de jornal sobre reforma fiscal que nun-

ca teriam lido de outra forma. E, quando se soube que afinal a história de Joe, the Plumber não era exactamente como ele a contou, isso agiu como um factor de credibilização do plano de Obama – ainda que nada disso devesse retirar peso às críticas que ele tinha feito à proposta.

Mas quais são as narrativas que funcionam? Vivemos mergulhados em histórias, toda a gente nos conta histórias, dos políticos aos publicitários. Porque é que aderimos a umas e a outras não?

O que funciona numa história? Como é que uma pessoa pode ser persuadida de algo através de uma história?

Será a repetição, a quantidade de vezes que se ouve a história? Será a quantidade de informação? Se eu puser muita informação numa narrativa isso torná-la-á mais credível, mais eficaz?

Não é a repetição nem a informação. E hoje sabemos que a abundância de dados não é mais eficaz. Durante a epidemia de sida, muitos especialistas de prevenção que repetiam que só era preciso mais informação ficaram estupefactos quando perceberam que as pessoas já sabiam que deviam usar preservativo mas, apesar de saberem isso, continuavam a não o usar. A informação só por si não muda comportamentos e pode nem mudar percepções.

O que muda as percepções? O que faz com que uma pessoa fique alertada para um problema? O que faz com que ela mude o seu comportamento?

Recentemente houve inúmeros problemas novos de que nos tornámos conscientes. Escolho dois quase ao acaso: o défice de atenção e a violência doméstica. O que fez com que, de repente, estes problemas se tornassem reais para nós? O que fez com que nos pareça que devem ser abordados, tratados, resolvidos? O que fez com que eles tenham entrado nas preocupações do público?

A existência de histórias. O simples facto de conhecermos histórias de violência doméstica, de défice de atenção. O facto de conhecermos pessoas que foram afectadas por estes problemas.

Porque é que uma história tem este efeito? Façamos uma experiência. Vou-vos contar uma história:

“Os dois anos de namoro foram felizes e sem história.

Quando o João lhe bateu pela primeira vez, Maria pensou deixá-lo, mas ele jurou que estava arrependido e...”

O que imaginaram? Imaginaram certamente alguma coisa. Viram imagens, cenas, como num filme... Se vos perguntasse qual é a cor do cabelo da Maria provavelmente conseguiriam responder-me. Estas pessoas – sobre quem vos disse quatro frases apenas – ganharam realidade.

Vou-vos contar agora uma coisa diferente:

“Tuberculose mata 5.000 pessoas por dia”

O que imaginaram? Imaginaram alguma coisa? Que imagem apareceu na vossa cabeça? Nenhuma? Mas como pode ser isso se a primeira narrativa fala apenas de umas agressões e esta última frase fala da morte de 5.000 pessoas por dia, com o seu cortejo de sofrimento? Como é possível que a primeira narrativa nos tenha mobilizado mais, emocionado mais, feito imaginar mais?

É esse o poder da narrativa, da história.

Estarei a falar de propaganda? Não. A propaganda pode usar histórias e é eficaz quando o faz (é possível que Joe, the Plumber seja um instrumento de propaganda) mas a propaganda tem limites. As histórias que ficam, que nos mobilizam, têm de ser credíveis, têm de falar de coisas que conhecemos e têm de ter pessoas. Pessoas com quem possamos estabelecer uma relação. É por isso que quando um famoso aparece a admitir que sofre de uma doença obscura ou algo semelhante isso faz

mais pela causa da doença que dezenas de anos de propaganda. Lembram-se de quando Rock Hudson apareceu a confessar que era gay e que tinha sida? Lembram-se do que isso fez pela causa da sida? Ou Michael J. Fox e o parkinsonismo?

Há um forte preconceito associado a esta questão: a ideia de que o povo (leia-se pessoas ignorantes) precisa de histórias para aprender coisas novas e para mudar os comportamentos, mas as pessoas educadas (como nós) não precisam. Basta-nos a informação, séria, objectiva.

Não há ideia mais errada. O gosto pelas histórias, o poder das histórias, toca toda a gente de igual forma. Ninguém está imune.

Quem constrói estas narrativas que moldam as nossas crenças, as nossas atitudes? Todas as entidades, todos os grupos, todos os interesses, o acaso, os artistas, os *entertainers*, os jornalistas, os escritores, a publicidade, os políticos, todos os poderes. Com maior ou menor capacidade, com maior ou menor honestidade, com melhores ou piores intenções. Vivemos num mar de histórias. Quem quer influenciar as pessoas à sua volta constrói e divulga narrativas que transportam os valores que lhe interessam. A democracia é o regime da coexistência de interesses legítimos e um regime de narrativas em confronto, de propostas em confronto.

Ressalta daqui que defender uma posição é procurar a história que a define, é construir essa história, é contar essa história.

Um exemplo evidente é o da actual crise financeira, onde vivemos sob o peso de uma narrativa única, hegemónica, opressiva: as necessidades financeiras actuais impõem cortes nos serviços públicos e no Estado Social. Vivemos acima das nossas possibilidades e, por isso, agora temos de viver como pobres. Esta é uma narrativa que permitimos que se afirmasse, sem narrativas alternativas. Mas quando não temos narrativas em confronto, deixamos de ter democracia. É por isso que temos o dever de contar histórias e de contribuir para o

debate público com as nossas histórias, com as nossas ideias. Quer seja nas prioridades da política de saúde quer seja nos outros domínios da cidadania. •

Fundamentos éticos das prioridades em matéria de saúde: responsabilidade individual / responsabilidade social

Gilbert Hottois

Resumo

Mon approche est celle d'un philosophe: elle comprend une certaine prise de distance par rapport à la question concrètement posée.

Mon exposé comporte trois parties et quelques conclusions:

1. En guise d'introduction, une réflexion sur les rapports entre économie et éthique. Cette réflexion trouve son origine dans un séminaire dont le déroulement et les conclusions furent quelque peu paradoxaux. L'attente était que l'éthique vienne justifier et réguler les pratiques de l'Ecole et de la Médecine. Mais ce fut l'approche économiste qui accapara ce rôle, y compris en ce qui concerne la responsabilité.
2. Une réflexion plus fondamentale quoique courte sur les principales notions impliquées par le concept de responsabilité individuelle et collective, spécialement l'imputation, la

causalité et le libre-arbitre. Cette analyse souligne leur caractère traditionnellement et actuellement très problématique.

3. Une brève présentation de quelques notions fondamentales de l'approche philosophique – éthico-politique – d'Engelhardt (*Foundations of Bioethics*) qui me paraît plus appropriée que d'autres en tant que cadre pour aborder le thème de la responsabilité et, plus généralement, les questions soulevées par la médecine et l'organisation des soins de santé dans le monde actuel. Ces notions sont: la personne, l'Etat et les communautés, la distinction *unfortunate/unfair*, le public et le privé. Mes conclusions comprennent une appréciation critique d'Engelhardt; l'expression de mes doutes sur la pertinence de l'utilisation de la notion de responsabilité comme critère public de sélection dans les soins de santé; mon adhésion, en revanche, à l'idée positive de *responsabilisation* par l'éducation et l'information; les limitations à imposer au système public des soins de santé (et donc à ce que l'on appelle la responsabilité sociale ou solidarité) et la légitimité de l'organisation de systèmes privés; un bref retour sur les rapports entre économie et éthique.

A bioética é uma abordagem multidisciplinar e pluralista. E, sendo filósofo – e não médico ou jurista ou economista... – abordo o tema do Colóquio assumindo um certo distanciamento que não pode ser satisfatório para os que procuram respostas práticas, mais ou menos directamente aplicáveis, e se bem li o título da secção na qual sou convidado a falar – “Prioridades Éticas no Financiamento da saúde pública” – uma tal expectativa parece estar aqui presente.

1. Ideal ético vs modelo económico?

Há cerca de uma dezena de anos, tive a sorte de participar num seminário interdisciplinar suíço sobre “Os sistemas de valores orientam as nossas decisões: economia, educação, me-

1. Instituto Kurt Bösch, Sion.

dicina e saúde”¹, uma problemática bastante próxima da deste Colóquio. As conclusões que havia retirado naquela ocasião parecem-me ainda válidas, pelo menos até certo ponto.

A intenção dos organizadores seria a de convidar a reflexão ética a funcionar de uma forma transdisciplinar e transversal aos diferentes campos abordados: o sistema económico, o sistema escolar, o sistema médico.

Ora, o que foi evidenciado é que entre os ideais, os valores e as normas éticas por um lado, e as nossas práticas e decisões, por outro, interpõe-se o real, que resiste. Este real assumiu uma forma concreta e bem determinada: a *economia*.

A economia – um certo paradigma económico neoliberal – impôs-se como um referencial único *de facto*, senão *de jure*, comum: um paradigma e um método nitidamente pormenorizados, quase formalizados. Foi o modelo económico que se dispôs a funcionar transversalmente e normativamente, permitindo avaliar, não só o que acontece na sua área tradicional (a gestão das empresas), mas também em outras áreas (a gestão da saúde e da medicina, a gestão da educação e das escolas).

De forma espontânea, teve lugar uma reorganização do sistema: havia antes um ponto de vista *pretendido* como transversal e dominante (a ética) a aplicar a três objectos (economia, medicina, pedagogia). Ora, um destes objectos revoltou-se, destronou o “pai” ético e veio ocupar o seu lugar dominante. Assistimos assim a uma espécie de tomada do poder que colocou a ética – a dimensão moral como tal considerada – em questão. Por outras palavras: já não era este ou aquele valor a ser contestado ou perturbado, mas o *papel ou o valor da ética como tal na nossa sociedade*. Tivemos mesmo a impressão de que a perspectiva económica, lembrando a realidade, era quem convidava, e mesmo forçava, a reintroduzir em determinados sectores uma espécie de moral ao condenar a incompetência, o desperdício, a falta de cooperação ou de profissionalismo, numa palavra, ao lembrar a cada um e a todos a sua responsabilidade. A esse propósito, ocorreu-me um artigo no qual um economista escrevia que poderiam enfim calcular o custo económico apresentado pela falta de comportamento ético (probidade, veracidade, fiabilidade, colabora-

ção,...) nas empresas, e que desde então a ética poderia por fim tornar-se uma disciplina tecno-científica séria, quantificável: uma realidade².

Seria contudo totalmente abusivo pensar que a economia é a única fonte do mal-estar das morais e da crise da ética.

O crescente multiculturalismo das nossas sociedades (associado ao pluralismo) e as críticas dirigidas contra as axiologias e sistemas normativos absolutos e imutáveis contribuíram para a deslocação de todo o referencial ético comum e estável, a partir do qual se pode julgar com segurança. Esta evolução contribuiu fortemente para a privatização – individualização ou comunitarização – das morais. Ela reservou espaços de liberdades e constitui, em si, uma riqueza. Mas esta pluralização suscita grandes dificuldades a partir do momento em que se trata de tomar e de justificar decisões sobre problemas cuja natureza mesma é colectiva, relativa ao colectivo social: tais são os casos da saúde ou da escola pública. É a seu respeito que a falta de referencial moral suficientemente estável e comum se faz sentir de modo mais cruel. É sobre esta falta que se precipitam aqueles que dispõem de um referencial e de um método susceptíveis de avaliar, no sentido de medir, e portanto de emitir juízos e de discernir o que convém fazer para melhorar o sistema, mas sempre de acordo com uma perspectiva: eficácia, rendimento, produção, crescimento... A abordagem economicista.

O economicismo não deixou de suscitar, ao longo deste seminário, uma grande inquietude e numerosas resistências.

Muitos dos participantes ter-se-ão sentido tremendamente profanos, confrontados com um saber e realidades esotéricas: um deus Mercado, no meta-cenário altamente especulativo da bolsa, à qual o comum dos mortais não tem acesso e cujo

2. "Poser la question de l'éthique en termes de coût revient enfin à reconnaître à celle-ci une dimension économique et à lui donner une existence concrète." ("Colocar a questão da ética em termos de custos acaba por reconhecer-lhe uma dimensão económica e a dar-lhe uma existência concreta.") P. Ponthier, "Le coût de la non-éthique", in *Entreprise éthique*, N°5, 1997.

funcionamento sofisticado segue vias impenetráveis, perante as quais o indivíduo não sente senão a sua impotência.

Com o pano de fundo da transversalidade da economia, vimos surgir a propósito da Escola e da Medicina algumas analogias de problemática. Nomeadamente, o problema da articulação do *privado e do público*, com o efeito da limitação neoliberal do Estado, uma nítida tendência para a *extensão da privatização*³.

Problema das prioridades, no seio de um mundo com recursos limitados e com solicitações crescentes; problema dos disfuncionamentos, sem dúvida tornados mais evidentes por via dos constrangimentos económicos que os toleram menos bem, mas também o *pluralismo ético* subjacente dos actores fazem com que, não sendo partilhados os mesmos valores, pressupostos ou ideais sociais e educativos, a cooperação eficaz vá bem menos longe do que quando havia um objectivo comum mobilizador. A racionalidade economicista era sentida por alguns como fundamentalmente destruidora dos valores autênticos, e por outros como oferecendo a possibilidade de uma mudança, de um progresso, de novas liberdades, com a condição de tomar as boas decisões.

O idealismo e o realismo são eticamente insatisfatórios. O idealismo é tentado a ignorar o princípio da realidade, de se manter nas intenções e nas convicções: fracassa no que respeita à mudança e corre mesmo o risco de provocar sofrimentos acrescidos. O realismo que se contenta em constatar que factualmente as coisas são como são e que se acomoda (muitas vezes, aliás, porque a posição que ocupa na situação de facto não é assim tão má) é fatalista e anterior à consciência ética, que é contra-factual. *No entanto, é necessário que a contra-factualidade da ética seja informada e esclarecida a fim de poder tornar-se eficiente e progressiva, a fim de poder mudar as coisas para melhor e de um modo responsável.*

3. Problema que suscita interrogações relativas à projecção da solidariedade social no domínio da saúde mas, também de um modo geral, sobre a perpetuação ou a reconstituição de um sentido comum da sociedade e a integração dos indivíduos numa determinada sociedade-nação, que constituiria a missão da escola.

O confronto entre as exigências de uma medicina ideal que proporcione a todos os melhores cuidados, quaisquer que sejam as circunstâncias, e as exigências realistas da gestão económica dos recursos escassos não é impeditiva do progresso. A conclusão sobre o diferendo entre a ética e a economia não era pois unilateralmente pessimista.

2. Dificuldade filosófica da questão posta: responsabilidade, causalidade, liberdade

O tema que mais precisamente me foi pedido que abordasse – “Responsabilidade individual / Responsabilidade social” – levanta questões filosóficas de fundo.

A questão da responsabilidade é antes de mais um problema de imputação: quem é o autor do acto? Autor, não só enquanto “causa”, mas sobretudo enquanto “causa livre”, não condicionada por constrangimentos externos ou internos. Sem liberdade suficiente, não há responsabilidade. Este problema da imputação correcta é já difícil no caso da acção individual. Torna-se inextricável no caso da imputação de responsabilidades colectivas de acções complexas com consequências indirectas e pouco ou nada previsíveis; pensemos, por exemplo, nas responsabilidades de sociedades e de empresas. Ora, a responsabilidade social é uma realidade ainda mais complexa, vaga, global, susceptível de se estender por períodos mais ou menos longos: anos, décadas. Muitas vezes, não se invoca a responsabilidade social senão com a finalidade – legítima ou não: é a questão – de diluir, diminuir ou exonerar a responsabilidade individual, quer se trate de dificuldades económicas (desemprego), quer de saúde.

Evoquei os termos filosoficamente densos de “causalidade” e de “liberdade”, pois estão implicados pela noção de responsabilidade. Anne Fagot-Largeault, professora no Collège de France e mundialmente conhecida no campo da bioética, dedicou uma parte muito importante da sua obra a estas questões, particularmente à questão da causalidade, do pon-

to de vista da epistemologia e da ética responsável⁴. A sua visão da causalidade é integralmente probabilística e estatística e ela recorda que “l’OMS écrit même que l’expression ‘cause probable’ est redondante.” (“a OMS escreve mesmo que a expressão ‘causa provável’ é redundante”) (Fagot, 2010, *o.c.*, p. 68). Ela insiste no carácter multi-factorial – multi-causal – e singular – ligado a uma história pessoal no seu contexto particular – dos problemas de saúde. Esta causação complexa e provável torna a imputação da responsabilidade pessoal no mínimo difícil.

A responsabilidade está associada a uma ética consequencialista: somos responsáveis pelos nossos actos e pelas suas consequências. Mas esta associação passa por um *saber*: é necessário saber que determinada causa produz um determinado efeito para poder com conhecimento de causa, de modo responsável, agir ou abster-se. Ora, este saber – relativo à saúde e às causas das doenças – está longe de estar ao alcance de todos e evolui com os progressos da ciência. A responsabilização implica portanto um *dever de saber para o indivíduo e um dever de informação do indivíduo pela sociedade* relativamente a conhecimentos, repitamo-lo, somente prováveis, complexos e evolutivos.

O segundo conceito filosoficamente denso é o de “liberdade”. Sem livre-arbítrio, não há responsabilidade. Ora, a noção de liberdade foi sempre e permanece mais do que nunca problemática. Especialistas em ciências cognitivas põem em causa que a liberdade – o momento em que, em consciência, decido fazer ou não fazer – seja outra coisa que não uma ilusão, o determinismo reinando sobre o comportamento humano normal e não somente patológico. Michael Gazzaniga, neurocognitivista célebre, autor de *Who’s in Charge? Free Will and the Science of the Brain* (Ecco/HarperCollins), inquieta-se com as consequências prematuras que poderiam retirar-se no domínio do direito e da ética relativamente à responsabilidade individual revisitada a partir do progresso das neurociências

4. Da sua tese de doutoramento, *Les causes de la mort. Histoire naturelle et facteurs de risques* (Vrin, 1989) à *Médecine et Philosophie* (PUF, 2010).

que sublinham o carácter automático, não deliberado, das acções, no momento em que o indivíduo forma a convicção de decidir. Eis o que ele diz: “Brain science ‘will eventually begin to influence how the public views justice and responsibility,’ Dr. Gazzaniga said at a recent conference here sponsored by the Edge Foundation. And there is no guarantee, he added, that its influence will be a good one. For one thing, brain-scanning technology is not ready for prime time in the legal system; it provides less information than people presume. For another, new knowledge about neural processes is raising important questions about human responsibility. Scientists now know that the brain runs largely on autopilot; it acts first and asks questions later, often explaining behavior after the fact. So if much of behavior is automatic, then how responsible are people for their actions?”⁵

De qualquer das formas, não podemos imputar, seja ao indivíduo, seja à sociedade, a responsabilidade causal de todos os males. Uma parte muito importante depende de causas naturais ou aleatórias: cada indivíduo nasce com uma certa bagagem genética e num determinado meio que se lhe impõe sem que ele possa mudar o que quer que seja, pelo menos durante anos. Mais tarde ele poderá, em certa medida e dependendo das circunstâncias e das suas escolhas, gerir o seu capital de saúde de modo mais ou menos acertado, poupando-o ou delapidando-o. Mas, insisto: apenas em certa medida, que poderá ser quase nula em muitas situações. A nossa civilização de responsabilidade e de precaução tem cada vez

5. “A neurociência ‘começará eventualmente a influenciar o modo como o público encara a justiça e a responsabilidade’, referiu o Dr. Gazzaniga numa recente conferência aqui patrocinada pela Edge Foundation. E não há garantia, acrescentou ele, que a sua influência seja benéfica. Por um lado, a tecnologia de tomografia computadorizada não está ainda pronta para um enquadramento privilegiado no sistema legal; ela fornece menos informação do que se presume. Por outro lado, novos conhecimentos sobre o processo neural têm levantado importantes questões sobre a responsabilidade humana. Actualmente, os cientistas sabem que o cérebro funciona em grande parte em piloto automático; age primeiro e pergunta depois, muitas vezes explicando o comportamento depois do facto. Assim, se muito do comportamento é automático, quão responsáveis são os indivíduos pelas suas acções?”
– *The New York Times*, Global Edition; 3 de Novembro de 2011.

mais dificuldade em aceitar que ainda existe o acaso, o acidente, não passíveis de antecipação nem de prevenção de uma maneira ou de outra.

Estas rápidas considerações teóricas sobre os conceitos implicados pelo nosso tema parecem conduzir ao cepticismo. Esta impressão não é totalmente falsa, mas o cepticismo, enquanto posição crítica, não deve ser paralisante. O cepticismo visa, pelo menos na minha perspectiva, sublinhar a enorme e irreduzível complexidade da questão subjacente no presente Colóquio. Com base no reconhecimento desta complexidade, importa, em tudo o que tentaremos de seguida afirmar ou propor, mostrar prudência, contenção, e certamente não arrogância ou dogmatismo.

3. Um enquadramento filosófico-ético-político para a responsabilidade

Van Rensselaer Potter, o inventor da “bioética”, pensava que, uma vez circunscritos os problemas (ele pensava antes de mais na demografia, no esgotamento dos recursos), seria possível dar-lhes uma solução “científica” e moral. Para este efeito, seria necessário recorrer a todos os saberes pertinentes e trabalhar de modo interdisciplinar, a fim de alcançar as soluções. De seguida seria necessário, pela educação e pelo ensino, inculcar os bons conhecimentos e os bons comportamentos, igualmente no domínio da gestão pessoal e responsável da própria saúde, fonte importante de desperdício. Enquanto pensador moderno, ainda que também crítico dos erros e dos excessos da modernidade, Potter demonstrava um profundo optimismo em relação à razão e à vontade; este optimismo dizia respeito em particular à passagem da primeira para a segunda: se eu sei objectivamente que um determinado comportamento é nocivo, abstenho-me dele. Potter esperava unificar a sociedade mundial em torno de uma bioética universal, articulando a ciência e a moral para o maior bem-estar da humanidade e da vida em geral.⁶

6. *Bioethics. Bridge to the Future*, Prentice-Hall, 1971; *Global Bioethics*, Michigan State University Press, 1988.

Embora tenha progressivamente tomado consciência das complexidades económicas e políticas, a abordagem potteriana parece-me assaz afastada dos contextos – local e global – em que vivemos e em que somos convidados a pensar e a agir.

Tenho reservas similares a propósito de um outro grande pensador precoce da bioética – Hans Jonas –, cuja ambição de fundação metafísica universal e cujo paradigma parental-paternalista da responsabilidade moral e política me parecem inapropriados.⁷

Em contrapartida, a abordagem de Hugo Tristram Engelhardt parece-me mais em consonância com o nosso mundo actual e os seus problemas.⁸ Eis porquê:

- Engelhardt não ignora o *carácter filosoficamente abissal da condição humana*, tendo-se igualmente em conta os contributos tecno-científicos e de longo prazo: evolucionismo, genética, biotecnologias, prótética e ciborgânica... Medicina das necessidades, medicina dos desejos e de convenção;
- reconhecendo o *multiculturalismo* irreduzível da nossa sociedade: “pós-moderna” (embora não aprecie este rótulo), Engelhardt abandonou as ambições universalistas e unitaristas da Religião (pré-moderna) e da Razão (moderna), de que a História demonstrou os abusos e excessos; vivemos num mundo onde coexistem “pessoas moralmente alheias umas às outras”, onde faz falta um sistema comum de crenças, de valores e de normas;
- reconhece as tentações niilistas desta situação, fontes de destruição mas também de liberdade e de criatividade;

7. (1979), *Das Prinzip Verantwortung*, Insel.

8. (1986;1996), *The Foundations of Bioethics*, Oxford University Press (adiante: FB). Ver nossa apresentação do pensamento de H. T. Engelhardt em (2004) *Qu'est-ce que la bioéthique?*, Vrin.

- preconiza, no plano da biopolítica e do biodireito públicos, uma abordagem pluralista, procedimental e laica das questões bioéticas;
- tem uma viva consciência da importância da economia de mercado neoliberal, à qual adere amplamente;
- toma como centro de referência e tema ético a noção de “pessoa” que implica a noção de responsabilidade;
- propõe uma filosofia política que circunscreve a importância do Estado, preconiza uma “democracia limitada”, e tende a aumentar o espaço privado em detrimento do espaço público;
- promove um comunitarismo e um liberalismo limitados;
- enfim, assume no plano existencial as três facetas do seu pensamento: comunitarismo ortodoxo pré-moderno; racionalismo tecno-científico e laico moderno; pós-modernismo aberto ao devir, à diversidade e à complexidade.

3.1. O agente moral responsável é a pessoa

Engelhardt trabalha com o que denominaria de uma “ficção argumentada”: a noção de “pessoa”. Quem são as pessoas? Não é possível defini-las senão pelos seus atributos, principalmente: a consciência (e, sobretudo, a consciência reflexiva), a sensibilidade moral (o sentido da distinção entre bem e mal), a capacidade de raciocinar e de escolher. Esta descrição define a pessoa como um indivíduo livre (autônomo), responsável pelos seus actos e que deve ser respeitado enquanto tal. As pessoas são cidadãos de um Estado; têm o direito de se associar em comunidades ou de permanecer estritamente isolados.

3.2. O Estado

O Estado – que governa o espaço público onde coexistem estranhos morais (*étrangers moraux*) – não pode impor *uma* de-

terminada visão moral única. A sua responsabilidade consiste em proteger as pessoas e garantir os contratos que elas tecem livremente entre si com vista a formar associações privadas e comunidades. Para este efeito, o Estado dispõe do monopólio legítimo da força. É responsável pelo bom funcionamento das estruturas e serviços transcomunitários – públicos – o que abrange, numa certa medida, a saúde.

3.3. Os limites da responsabilidade e da solidariedade

Do ponto de vista da ética laica, não se trata de negar a existência de desigualdades e das inúmeras infelicidades que atingem os indivíduos. Trata-se sim de nos abstermos de as assemelhar, quase automaticamente, a injustiças que os outros teriam o dever de compensar em nome de uma solidariedade imposta. Uma tal solidariedade não se justifica senão em nome de uma visão moral particular e substancial, isto é, num quadro comunitário e não do ponto de vista do Estado laico.

Engelhardt convida a distinguir entre “unfortunate” (infeliz no sentido de ter pouca sorte ou de ter má sorte) e “unfair” (injusto, inequitativo). Os casos felizes e infelizes que determinam e pontuam a vida dos indivíduos dependem das lotarias naturais e sociais. Ninguém pode ser considerado responsável pela lotaria natural onde reinam forças cegas. No que respeita à lotaria social, há que distinguir entre as infelicidades causadas, intencionalmente ou não, por indivíduos, e as outras infelicidades ligadas às circunstâncias histórico-sociais no seio das quais uma vida individual começa e se desenrola, e que são mais ou menos favoráveis ao desenvolvimento pessoal. As pessoas responsáveis pela infelicidade de terceiros são moralmente obrigadas a compensá-las e o Estado – a Justiça – deve velar por isso. Mas se, por uma ou outra razão, a compensação ou a reparação pelo responsável é impossível, nenhuma autoridade pública tem o direito de fazer recair o encargo sobre outros indivíduos, sobre uma colectividade ou sobre a sociedade em geral. Isto é aplicável *a fortiori* aos danos que os indivíduos infligem voluntariamente ou inconscientemente a si próprios, seja no domínio da economia seja no da saúde.

Se estas distinções não são respeitadas – especialmente a distinção entre *unfortunate* e *unfair* -, se se julga que a sociedade tem o dever de compensar todas as desigualdades naturais e sociais, pelas quais nenhum indivíduo actual pode ser considerado como responsável, embarcamos num processo de reivindicação insustentável porque infinito por parte dos indivíduos, particularmente no domínio da saúde.

3.4. Sistemas de saúde públicos e privados

Um sistema de saúde público regido pelo Estado é legítimo se utiliza os dinheiros públicos sem gastar abusivamente os recursos dos indivíduos, se não favorece uma concepção particular da saúde e da medicina em nome de uma moral determinada e se não impede o desenvolvimento de sistemas de saúde privados.

A primeira característica de um sistema de saúde público é pois a sua necessária limitação. Estes limites dependem desde logo de escolhas políticas globais (repartição dos orçamentos: saúde, educação, defesa, cultura, investigação, etc). Mas os limites impõem-se também no seio da repartição do orçamento para a saúde (que prioridades: prevenção ou cuidados; maternidade ou fim de vida; compensar que doenças, que deficiências; reembolsar que medicamentos?). A determinação das necessidades mesmo elementares no campo da saúde implica escolhas dramáticas e faz-se segundo critérios objectiváveis somente até um certo ponto. Além disso, *numerosos problemas associados à saúde têm raízes económicas, sociais, culturais, educacionais, e deveriam ser abordados sob essas perspectivas, não apenas sob a perspectiva, enganosamente mais simples, do acesso a medicações* (FB, p. 385).

Engelhardt critica as reivindicações igualitaristas, em geral associadas aos ideais da modernidade. Estas reivindicações são insustentáveis no mundo real; além disso, procedem de exigências éticas abusivas de um ponto de vista laico e têm consequências danosas e inaceitáveis, entre as quais a imposição exclusiva de um sistema de saúde universal e único. Este sistema é o feito “de um zelo ideológico totalitário que não consegue reconhecer em primeiro lugar a diversidade das visões morais que orientam os interesses em matéria de

cuidados de saúde, de seguida os limites morais laicos da autoridade do Estado e, finalmente, a autoridade dos indivíduos sobre si próprios e sobre as suas posses.” (FB, p. 375). A política associada à ilusão igualitarista presta-se frequentemente a quatro objectivos inconciliáveis: “(1) Os melhores cuidados possíveis devem ser oferecidos a todos. (2) Deve ser assegurada uma igualdade no acesso aos cuidados. (3) A liberdade de escolha deve ser mantida para aqueles que fornecem e para aqueles que consomem os cuidados. (4) Os custos em matéria de cuidados de saúde devem ser contidos.” (FB, p. 376). Não é fácil reconhecer o carácter insustentável destas ambições e de as denunciar abertamente, dado que elas visam situações dramáticas. A ilusão política colectiva que as perpetua procede da recusa de enfrentar a finitude da autoridade moral laica e a finitude dos recursos do homem perante a morte e o sofrimento, incluindo os recursos financeiros (FB, p. 377).

Engelhardt critica sobretudo o igualitarismo por inveja (“*envy*”), que rejeita a distinção entre *unfortunate* e *unfair*, e postula que todos deveriam efectivamente usufruir dos mesmos bens e serviços. Em matéria de saúde, as consequências de uma tal reivindicação – de facto, ilimitada – são sobretudo negativas. Este igualitarismo proíbe em princípio que alguém possa ter o que outro não tem. Desde então, quem tem os meios de se fazer tratar de outro modo que não pelo recurso aos tratamentos públicos sustentados para todos veria recusada esta liberdade vital; a R&D (*Research and Development*, pesquisa e desenvolvimento) deveria ser interrompida em numerosos campos, porque a actualização de novas técnicas e de novos medicamentos é muito cara, de tal modo que as novidades permaneceriam fora do alcance da maioria por muito tempo (FB, p. 386). As ingerências do Estado que conduzem à restrição da liberdade individual são injustificáveis em termos de ética laica, quer se trate de eutanásia, de aborto, de medicina de conveniência ou, sobretudo, da *legitimidade geral de organizar sistemas de saúde privados*. A proibição nestes domínios pessoais e vitais é um abuso que justifica a resistência, inclusive a organização de mercados paralelos (FB, p. 385) que florescem logo que uma sociedade desconheça a finitude humana e/ou a liberdade individual.

O Estado laico não pode proibir a organização de sistemas, de instituições e de redes de saúde privados cuja diversidade se alimente principalmente em duas fontes susceptíveis de se cruzar: a dos meios financeiros e a das convicções morais substanciais. Sistemas de cuidados de saúde *low tech* ou *high tech*, paternalistas ou libertários, para ateus ou cristãos, favorecendo o voluntariado e a assistência caritativa ou concedendo fortes reduções em matéria de seguros para quem reconheça o dever de saber e as responsabilidades que daí decorrem.⁹ A liberdade de escolha permitida por uma tal diversidade vale, tanto para os médicos e para os agentes de saúde, como para os pacientes e para os múltiplos consumidores de cuidados de saúde. Nada deveria opor-se à organização de redes transnacionais de tal modo que um indivíduo poderia encontrar, não importa em que região do mundo, médicos e hospitais conformes às suas escolhas éticas. Instituições deste género, mais ou menos desenvolvidas, em ligação com certas religiões (judaica, católica, por exemplo), existem já há algum tempo.

Eis sucintamente o modo como nos FB Engelhardt aborda de um ponto de vista filosófico-ético geral os problemas encontrados pela organização dos cuidados de saúde no mundo actual e futuro.

4. Conclusões

1. A abordagem engelhardtiana responsabiliza fortemente o indivíduo; a lógica desta abordagem – que se quer ela própria realista e responsável – tende a fazer assumir pelo indivíduo as consequências das suas acções, supondo-o livre e informado. Aquele que delapida o seu capital de saúde ou toda a sua fortuna não tem o direito de exigir ou mesmo de esperar que os outros sejam solidários e se encarreguem das consequências da sua irresponsabilidade ou da sua falta de cons-

9. Engelhardt pensa no DPN (Diagnóstico Pré-Natal) seguido de IVG (Interrupção Voluntária da Gravidez), ou na eutanásia em certas circunstâncias, etc (FB, p. 357-358).

ciência. A esse respeito, não existe qualquer obrigação quanto à sociedade em geral e à política pública.

Contudo:

- isso não é dito tão explicitamente e nestes termos pelo próprio Engelhardt, que sublinha sobretudo os limites legítimos da política de saúde pública sem introduzir expressamente um qualquer critério de responsabilidade que constituísse uma base de selecção;
- a sua visão é aberta e estimula mesmo o desenvolvimento de sistemas de saúde privados ou comunitários nos quais a solidariedade, a partilha das responsabilidades, o paternalismo, etc, podem tornar-se valores centrais;
- a sua concepção teórica do indivíduo enquanto pessoa autónoma e responsável é muito criticável, dado que não tem em linha de conta histórias e contextos singulares que fazem com que a capacidade de decidir livremente, racionalmente e de modo responsável, seja muitas vezes limitada e mesmo eventualmente quase inexistente.

2. A responsabilidade que postula a causalidade e o livre-arbítrio é uma noção demasiado problemática para ser utilizada como critério de decisão das condições segundo as quais um indivíduo pode ou não beneficiar dos cuidados medicamente indispensáveis. Para a aplicar seriamente, seria necessário organizar em cada caso uma espécie de processo de acusação e de defesa que estabelecesse – se possível – as responsabilidades e as circunstâncias atenuantes ou agravantes de toda uma existência passada e de toda uma história social. No plano da organização pública dos cuidados de saúde, esta noção de responsabilidade parece-me perigosa porque demasiado problemática, tanto no plano teórico como na sua aplicação prática. Quando, em parte por sua culpa, um indivíduo sofre consequências graves, encontra já uma espécie de punição imanente que pareceria inumano redobrar ao recusar-lhe cuidados. Mais perversas são as situações em que os indivíduos se conduzem de modo irresponsável, com conheci-

mento de causa, porque existe um medicamento eficaz que permite controlar os excessos (pensemos no colesterol), mas cujo custo é suportado pelo sector público.

3. A noção de responsabilidade social também não me parece mais feliz, dado que não se percebe muito bem o que esta expressão significa. Quem é o sujeito da responsabilidade social? Todo o mundo? O passado? Os políticos? Os cidadãos que elegem os políticos? O sistema educativo? Como já referi, esta noção de responsabilidade social tende principalmente a atenuar a responsabilidade individual, parental, familiar, e eventualmente a descartá-la.

Se a noção de responsabilidade social é muito problemática, isso não significa que seja desprovida de sentido. Mais preferiria não a utilizar senão *positivamente* sob a forma de responsabilização. Através da educação, do ensino e da informação oficiais, a sociedade – o Estado – tem o dever de responsabilizar o indivíduo. Os discursos devem apontar no sentido da responsabilização, mesmo que esta não deva ser sancionada por uma discriminação no acesso aos cuidados de saúde. Mas este dever de responsabilização cidadã diz mais respeito à Escola e a uma certa formação permanente do que à própria Medicina.

Por outro lado, o Estado tem certamente o dever e a responsabilidade de garantir condições de vida pública (meio ambiente) respeitadoras da saúde (qualidade da água, do ar, etc). Mas trata-se aqui da boa gestão das condições colectivas de saúde, não de responsabilidade pela saúde individual.

4. É também porque a responsabilidade é uma noção pouco operatória que é legítimo limitar aquilo que denominamos de responsabilidade social no sentido da solidariedade – a partilha automática das responsabilidades – sem limites em relação a cada um. A limitação do sistema público de cuidados constitui, em si, um encorajamento geral à responsabilização pessoal sem que se tenha de fazer intervir, além disso, o critério da responsabilidade individual averiguada ou apurada. Decerto, o sistema de saúde pública deve estar ao nível dos

padrões mais elevados, mas os constrangimentos económicos não podem ser ignorados. Seria sem dúvida desejável que estes padrões de acesso de todos aos cuidados de saúde fossem transnacionais (União Europeia, eventualmente Mundial). Esta limitação inevitável da medicina para todos leva a que, com efeito, a oferta privada de cuidados e de práticas médicas (de convenção, de conforto, por exemplo) não possa ser proscrita. Ela deve poder desenvolver-se tendo em conta a diversidade de crenças, de éticas e de fortunas. Ela pode integrar a responsabilidade individual como critério.

5. No que respeita à ética e à economia, assuntos com os quais havia começado esta análise, a situação parece-me hoje diferente da que existia há uma dezena de anos, e o economicismo impor-se-ia menos facilmente como paradigma transversal chamando à responsabilidade. Com certeza, a preocupação económica *pode* – deveria – contribuir para a responsabilização. Mas é igualmente preciso que os teóricos, os práticos, os técnicos e os grandes agentes económicos comecem por impor a si próprios o rigor – lógico, realista e ético – que preconizam. Isto implica evitar todo o conflito de interesses, não deslizar para a pura tecnologia financeira que desresponsabiliza, faz perder de vista a realidade e se coloca de facto ao serviço de uma oligarquia plutocrática. O economicismo actual está longe da visão ética responsável da gestão do “bom pai de família”. É uma força ideológica e um sistema tecnológico entre outros. •

Nota:

O CNECV agradece ao Professor Michel Renaud a gentileza da tradução do texto desta intervenção do seu original em francês, com autorização do autor.

A intersecção/coexistência entre prioridades públicas e privadas na área da saúde

*Maria do Céu Soares Machado**

Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre toujours en même temps comme une fin et jamais simplement comme un moyen (Impératif Kantien)

Citado em L'Hôpital et La Loi Moral,
Fernando Gil 2008

A bioética é multidisciplinar e pluralista, aceite como um sistema de valores orientadores da decisão em medicina e educação¹ mas desejável também em outras áreas como a econo-

*Alta Comissária da Saúde 2006-2011

1. Hottois G. Fondements éthiques des priorités en matière de santé: responsabilité individuelle/sociale. Comunicação oral no Ciclo de Conferências CNECV, Lisboa, 2011

mia e a política. Os princípios éticos devem reger a decisão política a nível nacional, regional e local.

John Bowis, ministro do Reino Unido, nos anos 90, afirmava ... *as Minister of Health, I cannot think of a day when some ethical imponderable has not confronted me individually or pointly with my colleagues. If nothing else, the politician is tempered in the heat of impossible choices and honed on the horns of those dilemmas.*

A coexistência e intersecção entre prioridades públicas e privadas implicam decisões de políticos, de grupos financeiros, de prestadores e do próprio cidadão e devem respeitar os valores e os princípios éticos.

Se a existência de serviços públicos e privados na área da saúde é necessária e a articulação entre eles, desejável mas não pacífica, a coexistência/intersecção de prioridades é um imperativo ético.

São múltiplas as questões colocadas. O direito individual de escolha ultrapassa o direito colectivo em saúde pública? Os privados suportam a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS)? Ou contribuem para o défice nesta área? Como se definem as estratégias e prioridades em saúde pública? Os privados com interesse na saúde partilham responsabilidades? As condições exigidas são idênticas às do SNS? Exige-se intervenção primária, secundária e terciária ou para os privados interessam, apenas, os cuidados em meio hospitalar?

Quanto à definição de estratégias e prioridades, é mandatório procurar situações de que são exemplo o cancro e as doenças cardiovasculares, para as quais uma intervenção programada resulta em custo-benefício efectivo, avaliado pelo peso da doença e pelos seus custos directo, indirecto e social, pelo risco de inequidade e de que se conhecem os determinantes que possibilitam prevenção².

Países como o Canadá ou o Reino Unido constroem o seu Plano de Saúde identificando as causas de mortalidade e morbidade evitáveis e sensíveis aos cuidados de saúde preven-

2. Health Strategies for Europe, conferência da presidência portuguesa da União Europeia, 2007

tivos e curativos. Este conceito surgiu em 1970 nos EUA para avaliar o Estado de Saúde e o Desempenho do Sistema de Saúde^{3, 4}.

Nos países desenvolvidos, com esperança de vida superior a 75 anos, calculam-se os Anos de Vida Potencial Perdidos (AVPP) abaixo dessa idade, indicadores de mortalidade prematura e utilizados na avaliação da magnitude (número de mortes), vulnerabilidade (momento de ocorrência) e transcendência dos fenómenos em saúde. A análise dos AVPP por causas evitáveis permite identificar áreas de intervenção prioritárias e com potencialidade de mais ganhos em saúde.

Como exemplo, o Alto Comissariado da Saúde utilizou para a construção do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, a proposta da OCDE em 2011, resultado da apreciação das duas mais recentes listagens de causas de morte sensíveis aos cuidados de saúde^{5, 6}.

Aplicados os cálculos aos indicadores portugueses, a taxa padronizada de AVPPs em Portugal Continental mostra entre as 10 causas principais de morte evitável, os tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmão, da mama e do colo do útero, a doença crónica do fígado e os acidentes de viação.

O controlo do tabagismo e do alcoolismo são exemplos de prevenção primária, os rastreios do cancro de prevenção secundária a nível dos cuidados primários e o tratamento ade-

3. Treurniet HF, Boshuizen HC, Harteloh PP. Avoidable mortality in Europe (1980–1997): a comparison of trends. *J Epidemiol Community Health* 2004;58:290–295

4. Nolte E, McKee, M. Does Health Care Save Lives? Avoidable Mortality Revisited. The Nuffield Trust for Research and Policy Studies in Health Services. London, 2004.

5. Nolte E, McKee M. Measuring the Health of the Nations: Updating and Earlier Analysis. Project HOPE – The people to people health foundation. 2008

6. Tobias M, Yeh LC. Outcomes of Health systems: towards the development of indicators of amenable mortality, OECD, 2009

quado e atempado a nível dos cuidados hospitalares, de prevenção terciária.

Nestas áreas como em outras (ex: acidentes de viação), vale a pena reflectir sobre o conceito de Políticas de Saúde Pública e Saúde em Todas as Políticas.

As primeiras são esforços organizados dirigidos primariamente a beneficiar o estado de saúde de uma população, enfatizando a protecção e promoção da saúde e a prevenção da doença, para além da prestação de cuidados de saúde.

O conceito de Saúde em Todas as Políticas, introduzido pela Finlândia em 2006, inclui as políticas do governo, autarquias e outros sectores que definem prioridades e parâmetros para a acção na resposta a necessidades de saúde, na distribuição de recursos e na potencialização de impactos positivos ou mitigação de impactos negativos para a saúde, de decisões de outros sectores⁷.

A saúde e o bem-estar (*health and wealth*) são resultado de condições básicas e da interacção complexa de determinantes biológicos, comportamentais, ecológicos e sociais⁸ pelo que a responsabilidade da promoção da saúde envolve o sector da saúde e todos os outros sectores (incluindo sector privado e terceiro sector) que devem criar ambientes físicos e sociais que promovam o bem-estar e a saúde das populações, garantindo que cada cidadão tenha igual oportunidade de fazer escolhas saudáveis e de cumprir o seu potencial de saúde.

Há diferenças estratégicas nos desafios da saúde para o século XXI: o bem-estar do doente é tão importante como o tratamento da doença, os cuidados deixam de ser centrados no hospital mas na promoção e prevenção, há pressão económi-

7. Kickbusch E. Health in All Policies, 2007 [online]. Disponível em www.ilonakickbusch.com/health-in-all-policies.

8. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute of Future Studies, 1991.

ca sobre os prestadores e o doente crónico é um parceiro que garante a eficiência e a qualidade⁹.

A evolução demográfica salienta o envelhecimento como prioridade e a evolução epidemiológica enfatiza a doença inesperada (epidemias e catástrofes) e crónica. A doença crónica é complexa, de longa duração, com episódios agudos, coordenada por profissionais com acesso a medicamentos inovadores e tecnologias sofisticadas e dependência do sector social. Apenas 5% necessitam de cuidados complexos e 70 a 80% lidam com a sua situação em auto-gestão da doença desde que tenham acesso a ensino e orientação regular¹⁰.

A estratégia para todas estas situações prioritárias deve ser intersectorial, cumprida por públicos e privados, com enfoque nos resultados (equidade de cuidados), centrada no cidadão e baseada na evidência.

Qual tem sido o papel dos privados nestas áreas? Há consciência de que as consultas de especialidades não generalistas são em muito maior número do que no público? Há rastreios de base populacional? As oportunidades de melhoria da saúde são aproveitadas num espírito de medicina compreensiva, oportunista e de proximidade?

O sistema de saúde português (SdS) é complexo na estrutura e no financiamento, com prestadores públicos e privados e financiamento público e privado.

O SdS português integra o SNS universal, os subsistemas de saúde (seguros especiais de saúde para determinadas profissões) em 25% da população e os seguros privados voluntários ou de empresas, em 15 a 20%.

A gestão empresarial em subsectores da saúde é de responsabilidade partilhada. No SNS, por entidades públicas empresariais como as Unidades Locais de Saúde e parcerias pú-

9. Moore NG. Pew Commission report: focusing care on the community for the 21st century. *Altern Ther Health Med.* 1996; 2(5):28-34.

10. WHO. Preventing chronic diseases: a vital investment, 2005

blico-privadas; no sector privado, por grupos económicos; no sector social, sem objectivo de lucro. As entidades empresariais geridas em função de objectivos/resultados procuram eficiência na utilização dos recursos.

A contratualização entre os dois sectores não prevê, da parte do Governo o envolvimento dos privados nas prioridades, muitas vezes não estabelece ou não audita condições de funcionamento nem exige que haja divulgação de resultados com transparência que permita o acesso às condições de saúde a nível nacional.

Estudos de mortalidade são possíveis através da informação do Instituto Nacional de Estatística mas resultados de internamentos, consultas, patologias e terapêuticas, avaliadas nos hospitais públicos pelos Grupos de Diagnóstico Homogéneo, não são acessíveis no que respeita aos privados e esta informação é essencial para a monitorização dos internamentos evitáveis e para o planeamento dos cuidados de saúde¹¹.

Os internamentos hospitalares evitáveis reflectem, também, o desempenho do SdS, permitindo, por um lado, a monitorização da morbidade, das necessidades, das variações no acesso ou da qualidade dos cuidados primários prestados e, por outro, a alocação de recursos e a definição do tipo de intervenções com mais impacto¹².

Portugal mostra um valor excessivo de gastos em saúde por % do PIB mas insuficiente quando se considera o gasto em saúde *per capita*. Por outro lado, os pagamentos directos pelas famílias (*out-of-pocket*), cerca de 28,7% da despesa corrente em saúde em 2008 (INE, conta satélite da Saúde 2000-2008) são considerados excessivos na avaliação do SdS pela OMS¹³.

11. Machado MC, Couceiro L, Alves I, Almendra R, Cortes. A Morte e o Morrer em Portugal, Ed Almedina, 2011.

12. J Billings, L Zeitel, J Lukomnik, T S Carey, A E Blank, and L Newman. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Affairs*, 1993; 12: 162-73.

13. WHO-Euro. Portugal Health System Performance Assessment, Geneva, 2010.

A evolução dos indicadores mostra por exemplo que as listas de espera diminuíram pelo aumento das cirurgias no SNS mas principalmente pelo enorme crescimento dos cuidados hospitalares privados nos últimos 5 anos¹⁴. A opção criada pelo alargamento da oferta nos últimos anos e pelos subsistemas e seguros de saúde são um factor de equidade ou de inequidade?

A propósito dos indicadores de saúde serem apresentados pelos países como médias, sem identificação dos desvios, Margaret Chan afirmou na Assembleia Mundial da Saúde, em 2010: ... *If you miss the poor, you miss the point*. Forma coloquial de expressar a preocupação por pelas diferenças sociais e económicas geradoras de piores resultados não identificados como tal.

A equidade em saúde é definida como a ausência de diferenças injustas e passíveis de modificação do estado de saúde de grupos populacionais de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos^{15, 16}. Expressa-se como a igual oportunidade de cada cidadão atingir o seu potencial de saúde. O acesso aos cuidados de saúde é uma dimensão da equidade e o exemplo clássico é a saúde oral, acessível apenas em privado excepto para grupos específicos (idade escolar, idosos, grávidas).

Outro exemplo é a perspectiva ética do acesso a medicamentos de custo elevado como os biológicos. O objectivo das Políticas de Saúde Pública é conseguir os melhores resultados, económicos e em saúde, seja para a sociedade como um todo e seja para o doente individual, o que é dificilmente concretizável.

14. ACSS/SIGIC, Actividade Cirúrgica, 2005-2009

15. Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet* 2007, 370: 1153-63.

16. Marmot, M, Friel S, Bell S, Houweling T, Taylor S. Close the gap in a generation: Health equity through action on the social determinant of health. *Lancet* 2008, 372: 1661-9.

A Austrália e a Nova Zelândia¹⁷ aprovaram um protocolo conjunto que regula de forma rigorosa os medicamentos inovadores com critérios de controlo para o equilíbrio justo entre a utilização adequada dos recursos limitados para as necessidades da comunidade e o acesso e equidade individual. Definem, de forma inequívoca, os critérios de prescrição, utilização e manutenção da terapêutica, o processo de envolvimento do doente, as restrições prescritivas e acordos preço/volume entre governo e indústria farmacêutica.

A aprovação, em Janeiro de 2011 da Directiva Europeia sobre Direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços que liberaliza os cuidados de saúde sem respeitar fronteiras e com obrigatoriedade de reembolso pelo estado membro, aplicável em 2013, é mais um factor complexo de desequilíbrio possível sob o ponto de vista financeiro e de menos equidade sob o ponto de vista ético.

Neste âmbito procurou-se conhecer o impacto através do estudo *Questões referentes à procura de CST no âmbito dos RCSSS, entre a UE-27 e Portugal*. Quanto ao tipo de cuidados, conhecimento dos especialistas e convicção de melhores resultados, as respostas dos portugueses inqueridos são semelhantes à média dos países da EU27. No entanto, 85% dos portugueses refere como vantagem a rapidez da resposta (para 64% na EU 27) e 68%, os cuidados mais baratos (para 48% na EU 27). E embora mais europeus do que portugueses conheçam esta Directiva (70% da EU 27 e 54% dos portugueses), 75% destes têm disponibilidade imediata para viajar para outro EM para receber tratamento médico para 53% dos europeus.

Vale a pena pagar cuidados de saúde noutro país ou será preferível rever a articulação e contratualização de serviços privados, financeiramente aceitáveis para as duas partes e com maior segurança e conforto para as famílias? Esta Directiva é um exemplo provado de inequidade possível?

17. Lu C, Macneill P, Willimas K, Day R. Access to high cost medicines in Australia: ethical perspectives. Australia and New Zealand Health Policy, 2008.

Também os privados geram desigualdades. A gestão empresarial da saúde tem riscos de que se salientam três: a indução artificial da procura, a selecção de doentes e a redução da qualidade dos serviços prestados.

O primeiro condiciona excesso de consumo de serviços de saúde e de despesa; o segundo, restrições a patologias com pior relação preço/custo de produção como forma de selecção de doentes pelos prestadores e restrições implícitas ou explícitas de *plafonds*, pelos financiadores. Com preços predefinidos, a procura de maior rentabilidade com redução dos custos à custa da qualidade do serviço, pode não ser perceptível pelo doente. A coexistência de prioridades é benéfica para todos mas justifica a regulação como garantia da concorrência.

Outro aspecto é a capacitação do cidadão e o *empowerment*, termo anglo-saxónico, não traduzível de forma satisfatória mas que significa a participação activa do cidadão informado. Mais informação e transparência capacita o cidadão para a decisão, potencia a utilização adequada dos recursos, com maior retorno da sua aplicação.

O cidadão deve perceber que a porta de entrada no sistema são os cuidados primários e que o especialista não generalista é mais interventivo, pede mais exames e prescreve mais pois está mais habituado a situações clínicas e terapias complexas.

Mas além da regulação por entidade oficial, compete aos políticos e técnicos que fazem planeamento em saúde, assimilar o conceito de Mais Valor em Saúde, de Michael Porter, que significa a obtenção de ganhos considerando o investimento^{18, 19}. A criação de valor é fundamental no actual contexto económico e instrumento da sustentabilidade do sistema de saúde, requer visão e investimento a longo prazo, evitando o foco nos custos imediatos, tem resultados para o cidadão

18. Michael Porter et al. *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*, 2006.

19. Michael Porter. *What is Value in Health Care?* N Eng J Med, 2010.

como individuo e para a população. Melhor saúde individual e colectiva favorece o desenvolvimento económico e o bem-estar social. Para o doente, significa relação custo-benefício apropriada que se traduza na recuperação da saúde, qualidade de vida e bem-estar emocional.

A carta de Talinn²⁰, assinada por 53 países europeus, assinala compromisso europeu de que investir em Sistemas de Saúde eficientes é investir na saúde e na prosperidade das populações. Esta visão é um imperativo ético, social e político.

Há uma Ética Profissional para políticos e decisores públicos e privados? Seguramente mas de difícil enquadramento académico pois, como grupo, não têm treino profissional específico, são de origem profissional variada e conhecem-se pelas fortes convicções apesar do grau variável de experiência dos seus curricula. •

20. WHO. *The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth*, 2008.

Prioridades na Saúde – Política

Ricardo Baptista Leite
Deputado do PSD

Começo por felicitar o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida pela organização desta conferência e pela oportunidade do tema escolhido. Num artigo publicado no *British Medical Journal* em 2006, os autores afirmaram aquilo que já sabemos; isto é, que os profissionais de saúde e os respectivos administradores e gestores têm que tomar decisões difíceis sobre que serviços prestar com base nos orçamentos disponíveis. Mas reforçam a ideia que, apesar da utilidade do recurso à análise económica no processo de tomada de decisão, consideram ser fundamental ter em conta os desafios práticos, clínicos e éticos com que se confrontam os profissionais de saúde. Trata-se pois de um desafio universal.

Para responder ao desafio lançado, irei dividir esta apresentação em três partes: Contexto, Desafios para 2012 e, por fim, o Futuro do SNS.

Contexto

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem apresentado défices sucessivos e de grande dimensão, que geraram dívidas acumuladas e atrasos nos pagamentos, que se tornaram insustentáveis, estando em causa o funcionamento do SNS. A dívida total a fornecedores ascende actualmente ao valor de 3000 milhões de euros, resultado do somatório das dívidas dos Hospitais EPE e do SNS. Coloca-se pois, perante esta realidade, a questão da **ética do endividamento transgeracional**. Neste âmbito, não me parece aceitável que governantes assumam dívidas, sobretudo quando vão para além do seu mandato, e que não tenham um plano de financiamento definido, deixando a resolução dos problemas para quem os sucede. Se não travarmos este tipo de comportamentos irresponsáveis, nunca iremos sair deste ciclo vicioso de endividamento do sector público.

Perante a realidade actual e perante a insustentabilidade da situação actual, tornou-se urgente que o actual Governo tomasse medidas de correcção imediatas.

Assim, a verba adstrita no Orçamento de Estado (OE) para 2012 para o sector de saúde é muito inferior aos dos últimos anos. A redução no financiamento é particularmente acentuada se retirarmos a parcela das transferências do OE referente aos subsistemas públicos, que tinham um financiamento autónomo até 2009. Acrescenta-se ainda que a redução no financiamento do SNS não é temporária, porque as restrições orçamentais não permitirão que as transferências do OE para o SNS aumentem significativamente durante muitos anos.

Desafios

Perante a situação dramática anteriormente descrita, coloca-se o desafio de conseguirmos um ajustamento desta dimensão histórica sem pôr em causa o essencial – a prestação de cuidados de saúde com qualidade e prosseguir o caminho da melhoria dos indicadores de saúde.

Trata-se de uma missão difícil e sem precedentes, mas que teremos que cumprir. Todos os parceiros da saúde, desde os profissionais às instituições, têm que estar alinhados e não poderemos falhar. Os custos para o SNS de um fracasso seriam muitíssimo superiores aos esforços necessários para sermos bem-sucedidos.

O essencial que teremos de assegurar é que os portugueses disponham de um sistema de saúde centrado no cidadão. O plano do Ministério da Saúde para salvar o sistema de saúde português assenta em quatro vectores estratégicos:

- 1 Sustentabilidade económica e financeira do SNS
- 2 Melhoria da qualidade e do acesso
3. Capacitação dos cidadãos para uma maior intervenção na utilização e gestão activa do sistema
4. Promoção da saúde (e de hábitos de vida saudáveis) e prevenção da doença

1º Vector Estratégico – Sustentabilidade económica e financeira do SNS

Estimativas da ineficiência do SNS indicam que reduções de custos significativas são possíveis. Isto mesmo ficou demonstrado num estudo da Escola Nacional de Saúde Pública em conjunto com a Fundação Francisco Manuel dos Santos, intitulado “preços e custos na saúde”.

A nível hospitalar, a meta para 2012 é uma redução adicional de custos (nos hospitais) de 300 milhões de euros, através de um conjunto de medidas que o grupo técnico para a reforma hospitalar e a Entidade Reguladora de Saúde irão identificar, e outras que foram sendo identificadas por cada unidade hospitalar. Neste âmbito, destaco a centralização das compras e de Serviços Partilhados do Ministério da Saúde e as alterações previstas nos modelos de gestão.

Nos cuidados de saúde primários também é possível reduzir custos, através de uma melhor gestão dos profissionais e da definição de normas de orientação clínica e de prescrição de medicamentos e MCDT, e sua respectiva monitorização. Es-

tas últimas medidas serão determinantes para assegurar um incremento da qualidade clínica mediante uma avaliação rigorosa entre pares, tendo a Ordem dos Médicos um papel determinante enquanto parceiro da Direcção Geral da Saúde na elaboração das respectivas normas e a posterior auditoria da sua aplicação.

2º Vector Estratégico – Melhoria da qualidade e do acesso

O segundo vector pretende garantir a qualidade dos serviços prestados, e assegurar que os utentes têm acesso aos cuidados que efectivamente necessitam. Isto implica que, ao nível dos cuidados de saúde primários, seja garantido a todos os cidadãos o acesso ao seu médico de família, o desenvolvimento das normas de orientação clínica e transferir alguns cuidados actualmente prestados em meio hospitalar para estruturas de proximidade. A nível hospitalar, implica a implementação, a nível nacional, das boas práticas de governação clínica, um reforço da cirurgia de ambulatório e ainda o reforço e promoção da acreditação das unidades.

3º Vector Estratégico – Capacitação dos cidadãos para uma maior intervenção na utilização e gestão activa do sistema

O terceiro vector assenta na prevenção da doença e na promoção de estilos de vida saudáveis. Estes objectivos serão alcançados mediante a regulamentação e desenvolvimento do sector da saúde pública, o desenvolvimento de programas integrados de promoção da saúde e de prevenção da doença, com um necessário enfoque nos determinantes sociais da saúde e no controlo de factores de risco comportamental, e ainda através da promoção da investigação em saúde, com especial destaque para a investigação clínica.

4º Vector Estratégico – Promoção da saúde (e de hábitos de vida saudáveis) e prevenção da doença

Finalmente, o quarto vector visa envolver os cidadãos activamente no processo de formação da sua saúde, com vista a obter uma melhor gestão do sistema e melhores resultados em saúde. Tal será possível mediante o desenvolvimento do

registo de saúde electrónico, uma política de transparência da informação em saúde, a disponibilização de informação pública mensal sobre o desempenho das instituições e modernização dos sistemas de informação na saúde.

Futuro do SNS

As medidas de sustentabilidade financeira vão alterar profundamente o modo de funcionamento do SNS, mas não podem pôr em risco todos os benefícios nem os indicadores de saúde que todo o sistema proporcionou ao longo dos últimos 30 anos. Apesar de todos os constrangimentos, teremos que ambicionar um SNS sustentável, com despesas compatíveis com os impostos afectos, que esteja focalizado em proporcionar ganhos em saúde, protecção da doença e um ambiente favorável à saúde.

Este caminho apenas será possível através de uma mudança filosófica que reforçará o papel dos cuidados de saúde primários como porta de entrada no Sistema de Saúde e que tornará prioritária a aposta na Promoção da Saúde e Prevenção da Doença. O futuro SNS será diferente do actual em vários aspectos, mas manterá forçosamente as suas características essenciais: um serviço de qualidade, centrada no Cidadão, mantendo-se de acesso geral, universal e tendencialmente gratuito.

Alcançar os objectivos propostos exigirá o empenho de todos os parceiros e dos Utentes do SNS e, apesar de ser um caminho difícil e exigente, dele não nos demitiremos. A bem da saúde dos Portugueses. •

Escolhas em saúde – uma perspetiva política

Manuel Pizarro
Deputado do PS

O Portugal democrático assumiu, em matéria de acesso à saúde dos portugueses, uma visão programática ambiciosa. A Constituição definiu como obrigação do Estado assegurar o acesso universal a um Serviço Nacional de Saúde (SNS), com uma provisão de cuidados de âmbito geral¹.

O SNS afirmou-se como um serviço de excelência e contribuiu para que, no domínio da saúde, Portugal possa figurar na galeria dos países com melhores resultados no plano mundial.

Os resultados, mais diretamente comparáveis, que se referem à mortalidade infantil, à esperança média de vida ou à mor-

1. [O direito à proteção da saúde é realizado] através de um serviço nacional de saúde geral, universal e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito. (Constituição da República Portuguesa, artigo 64^o)

talidade evitável² colocam-nos, com justiça, entre os países mais avançados.

Resultados idênticos ocorrem em muitas outras áreas. Ocupamos o segundo lugar mundial em transplantação de órgãos. Tratamos a generalidade dos cancros com resultados similares aos dos países mais desenvolvidos³.

É verdade que o SNS nunca foi capaz de prestar todos os cuidados, subsistindo restrições de acesso. No entanto, essas limitações são implícitas e não explícitas. Ocorrem na dependência da existência de tempos de espera, mais ou menos prolongados, ou pela exclusão de certas prestações de cuidados, sobretudo no domínio da saúde oral.

Mesmo nestas áreas, a evolução recente é positiva. A otimização da capacidade instalada conduziu à normalização da situação da espera para cirurgia, com redução da mediana de tempo de espera de 8,6 para 3,2 meses entre 2005 e 2010⁴. No mesmo período, a mediana do tempo de espera para cirurgia por doença oncológica reduziu-se de 81 para 23 dias.

Em matéria de acesso à saúde oral, foi desenvolvido o programa cheque-dentista que, em três anos, permitiu a realização de mais de 2,5 milhões de consultas dentárias dirigidas a populações mais vulneráveis: crianças, mulheres grávidas, idosos e pessoas portadoras da infeção VIH/SIDA.

O SNS tornou-se consensual na sociedade portuguesa. Merece apoio expresso dos principais líderes de opinião e, no plano partidário, as proclamações em sua defesa impregnam os programas eleitorais de todos os partidos.

O que estamos, então, a debater?

2. Health at a Glance 2001, OCDE, em www.oecd.org/, nomeadamente páginas 24 a 27 e 36/37.

3. idem, páginas 28 e 29.

4. Na data em que este artigo é publicado são já conhecidos dados que apontam para uma deterioração destes resultados, o que apenas valoriza a importância da política que, designadamente neste domínio, foi seguida entre 2005 e 2010.

Em Portugal, como na generalidade dos países desenvolvidos, o debate sobre as escolhas políticas em saúde, está centrado na sustentabilidade da despesa pública em saúde.

De facto, a despesa pública em saúde, em Portugal, cresceu a uma média de 9,2% ao ano, entre 1996 e 2005. Mas, entre 2006 e 2009, o crescimento anual foi de 2,9%. No orçamento do SNS (a despesa pública em saúde agrega, além deste serviço, os gastos dos subsistemas públicos e a despesa fiscal, entre outros) o aumento global, entre 2005 e 2009, foi de 8%.

Nesse período, o aumento da atividade foi muito superior. Nas consultas médicas (cuidados de saúde primários e hospitais) e nas cirurgias, foi de cerca de 30%. O SNS tornou-se muito mais eficiente.

No entanto, embora o ritmo de crescimento da despesa tenha abrandado, ela cresce mais do que a economia e mantém-se a pressão para que os gastos continuem a aumentar: evolução tecnológica e aumento da longevidade.

Será este gasto sustentável ou temos que pôr em causa o paradigma do acesso universal? Sendo forçados a fazer escolhas, como devemos guiar-nos?

Uma visão humanista impele-me a acreditar que o acesso de todos não pode deixar de ser assegurado. A não ser assim, estaríamos a condenar uma parte das pessoas a ficarem de fora das possibilidades abertas pela inovação científica e tecnológica da medicina, no combate ao sofrimento e na melhoria da qualidade e duração da vida. Isso desrespeitaria todos os princípios solidários em que se funda a nossa sociedade. E, mais ainda, representaria um flagrante desrespeito pela dignidade da vida humana, que estaria hierarquizada em função das condições económicas e sociais.

Compatibilizar estes valores com a necessidade de contenção de gastos, tornada ainda mais imperiosa pela situação financeira em que se encontra a Europa e o país, exige rigor e transparência reforçados.

Em primeiro lugar, aposta na centralidade dos cuidados de saúde primários (CSP). O sucesso da reforma dos CSP foi reconhecido mesmo no Memorando negociado com a troika,

que recomenda o alargamento das Unidades de Saúde Familiar⁵. Este é um modelo custo-efetivo, com menos despesa por utilizador em medicamentos e em meios complementares de diagnóstico. Mas, de forma surpreendente, a reforma está relegada para um plano secundário.

Em segundo lugar, intensificar o desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Esta Rede é indispensável para que possam ser prestados aos idosos e dependentes os cuidados de que necessitam procurando, em muitos casos, a recuperação da sua autonomia. Os custos da diária na Rede são muito inferiores aos custos hospitalares⁶ e o aumento da capacidade de resposta é essencial para as pessoas e para possibilitar a própria reforma da rede hospitalar.

Em terceiro lugar, a reforma dos hospitais. Esta tem sido uma matéria de particular opacidade. Desde logo, porque se pretende analisar como um todo homogêneo a realidade dos hospitais-empresa, escondendo a existência de diferenças muito significativas. Há hospitais com resultados persistentemente positivos e outros que melhoram de ano para ano. Ao mesmo tempo, há hospitais com deficits crónicos incontrollados. Devem ser todos tratados por igual? Devemos ignorar que cerca de 80% do resultado líquido negativo dos hospitais empresa, em 2010, está localizado na região de Lisboa e Vale do Tejo?

Em quarto lugar o reforçado investimento na qualidade de cuidados. Nesta matéria a produção de Normas de Orientação Clínica parece acertada. No entanto, temos assistido à elaboração de Normas de forma casuística, sem prioridade visível. Se for este o caminho os resultados serão, seguramente, decepcionantes.

5. O Governo prossegue com o reforço dos cuidados de saúde primários, (...), através de: [...] aumento do número de Unidades de Saúde Familiar (USF). (Memorando de Entendimento sobre as Condições de Política Económica, medida 3.70).

6. Em 2011 o preço da diária na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados varia, conforme a tipologia, entre 60,16 e 105,46 euros. No mesmo ano a diária nos hospitais variou, conforme o nível de diferenciação da instituição, entre os 300 e os 700 euros.

Por último, não podemos deixar de ter em conta que, no domínio da saúde, a escala temporal do médio prazo é essencial para medir ganhos e resultados. Se nos perdermos no imediatismo da poupança a todo o custo, a despesa futura será muito superior. Um exemplo: em função das medidas erráticas tomadas desde o Verão, existe o risco de diminuir de modo significativo a transplantação de órgãos⁷. Isso conduzirá, a prazo, ao aumento da despesa do país com o tratamento de substituição da insuficiência renal, diminuindo a qualidade de vida e a capacidade produtiva dos doentes.

A escolha não pode ser a destruição do que conseguimos esforçadamente. Ao contrário, a escolha é persistir na reforma do SNS para assegurar a manutenção e melhoria do que temos.

A escolha é respeitar os méritos do serviço público, sujeito a um conjunto de servidões onerosas de que o privado está isento: distribuição geográfica adequada, tratamento das situações catastróficas, serviço durante as 24 horas, formação dos novos profissionais. A escolha é promover a cooperação com os sectores social e privado, de forma complementar e sem afetar a prevalência do interesse geral.

A escolha é preservar a visão solidária que ajudou o país a atingir, no domínio da saúde, a modernidade e uma maior justiça social. •

7 Dados não publicados apontam para uma quebra de 6,2% no número de órgãos transplantados em 2011, em comparação com 2010. A quebra homóloga do segundo semestre foi de 8,9%.

Fundamentos Éticos para as prioridades em Saúde

Isabel Galriça Neto
Deputada do CDS-PP

Num tema tão vasto, complexo e actual, permitam-me estabelecer um conjunto de premissas que, em nosso entender, podem contribuir para balizar este debate. Apresentarei este texto sob a forma de algumas notas sumárias, sem prejuízo da desejável extensão do debate.

1. O Direito à Saúde

- a. Sendo este um direito claramente estabelecido em documentos tão importantes como a Declaração Universal dos Direitos do Homem, a nossa Constituição ou nos documentos emanados pela OMS, importa na actualidade chamar a atenção para a necessidade que ele encerra de uma participação pró-activa do próprio cidadão, que é, ele também, responsável pela manutenção da sua saúde. Passamos assim de uma visão limitada em que o Estado ou as suas instituições são as

únicas responsáveis pela garantia do bem-estar e saúde de cada um, para uma perspectiva de participação activa e maior responsabilidade do cidadão nesta matéria, tendo em vista a resposta às suas necessidades, desde a prevenção à palição.

- b. Do Direito à Saúde decorre também a necessidade de fazer escolhas e de ser proactivo na gestão dos recursos. A melhor forma de escolher será elencar prioridades de acordo com vários factores a que adiante aludiremos, conduzindo a uma optimização de recursos para a obtenção dos melhores resultados. A ideia de que o Direito à Saúde significa “tudo para todos”, sem ponderação de prioridades e custos, é uma ideia, em nosso entender, irrealista, pouco sustentada na prática científica e até demagógica. Garantir o acesso à Saúde para todos não é o mesmo que ignorar prioridades, que não ponderar custos e opções nas respostas, não é o mesmo que ignorar a finitude dos recursos disponíveis.
- c. Dentro da optimização de recursos em Saúde, haverá que atender à capacidade instalada no sistema de saúde e que, no caso actual português, não se esgota no Serviço Nacional de Saúde, mas vai mais além, considerando a prestação no sector social e privado, sempre com o Estado com um papel regulador e monitorizador do acesso e dos ganhos em Saúde. Para nós, é inquestionável que o Serviço Nacional de Saúde, não sendo o único recurso na prestação dos cuidados de saúde, detém na nossa sociedade um papel central e inquestionável. No grave contexto actual de endividamento, planeamento e gestão desadequada de recursos, haverá que tomar as medidas correctas que assegurem a sua sustentabilidade.

2. O actual contexto de escassez nos cuidados em Saúde

- a. Como já dissemos, importa ressaltar que os recursos, nesta como noutras áreas, são finitos, e que a despesa em saúde tem tendência a aumentar progressiva-

mente, seja pelo envelhecimento da sociedade, seja sobretudo, pela complexidade da tecnologia associada aos tratamentos efectuados. A resposta que garante uma boa gestão não passa necessariamente por financiamentos crescentes e pouco criteriosos, mas por novos modelos na gestão dos recursos.

- b. Uma ideia incorrecta de que “a saúde não tem preço” – numa visão distorcida do que significa o Estado Social -, uma gestão desgovernada nos últimos anos e o recurso a endividamento impensável no SNS, criou uma situação que ameaça claramente a sustentabilidade do mesmo. Funcionar da mesma forma como se fez nos últimos anos só trará os mesmos resultados e, com isso, o acesso e o direito à saúde estarão fortemente comprometidos.
- c. A garantia da manutenção da oferta dos cuidados deve ser harmonizada com o estabelecimento das prioridades em saúde, por forma a manter-se o acesso aos cuidados de saúde que satisfarão as necessidades dos indivíduos e das comunidades. Não devem existir respostas desacopladas dos contextos em que são prestadas – importa pois, considerar os principais problemas de saúde das populações, o seu impacto nas famílias, na economia, e os gastos e ganhos associados.
- d. Os modelos de prestação dos cuidados e as fontes de financiamento deverão ser estudadas e consideradas, de forma até criativa, à luz destas premissas.

3. As respostas desejáveis e possíveis

- a. Partindo, pois, de um contexto de escassez de meios na saúde e de ameaça à sustentabilidade do SNS, a garantia do direito à saúde deve ter em conta medidas imediatas – que resolvam as questões do endividamento, as questões da garantia de acesso aos cuidados básicos e fundamentais para os cidadãos -, mas nunca deixando de considerar medidas estruturantes,

- que transcendam opções mais imediatas e possam corrigir os problemas de fundo do SNS e do sistema de saúde português.
- b. Nessa medida, novos modelos de co-pagamento poderão representar também medidas mais favorecedoras de justiça social – obter financiamento diferente junto dos que mais podem pagar – e não implicar cortes no acesso aos cuidados. Dentro das medidas estruturantes deve constar a preocupação de articular e otimizar os recursos do SNS, não desperdiçando, no entanto, investimentos já efectuados e a capacidade instalada a nível do sector privado e social. Recorrer, nesta medida, a práticas de avaliação e comparação de resultados, bem como práticas de garantia da Qualidade nos diversos sectores, parece-nos igualmente fundamental.
 - c. A visão central deverá ser a da implementação de práticas de boa gestão, que em nada equivalem a cortes ditos “cegos”. O diagnóstico da situação está razoavelmente feito (problemas associados a uma multiplicação desregulada de recursos, existência de ineficiência e desperdício, fraca resposta às necessidades de doentes crónicos, modelo “hospitalocentrico”, calculo desajustado das necessidades de recursos humanos em saúde, ...) e as respostas deverão apoiar-se em valores centrais e orientadores – a prioridade efectiva a dar aos Cuidados de Saúde Primários, aos Cuidados para doentes crónicos e terminais e o desenho de uma correcta Rede de Cuidados Hospitalares
 - d. O programa de Assistência Económica e Financeira com o qual a maioria das forças políticas portuguesas se comprometeu em 2011, comporta já respostas que visam otimizar o funcionamento do sector da Saúde no nosso país. Essas medidas são consonantes com o que o CDS tem proposto para harmonizar a garantia do acesso aos cuidados de saúde com um padrão de gestão mais eficiente, e em função dos recursos disponíveis.

4. As prioridades nas respostas

- a. Assim sendo, tendo sempre em mente questões de eficiência em saúde e nunca esquecendo a Humanização das respostas em saúde, importa consolidar uma política do medicamento que leve a uma maior utilização dos genéricos e à generalização da prescrição por DCI, uma política de melhoria da prática clínica tendo em vista linhas orientadoras de actuação que combatam a má prática (obstinação terapêutica, gastos desnecessários...) e ao mesmo tempo uma política que vise a informação do cidadão sobre a utilização correcta dos recursos de saúde.
- b. Importa manter a aposta em sectores organizativos já assinalados, nomeadamente para a Rede de Cuidados de Saúde Primários (avaliando claramente e de forma independente os ganhos e custos do actual sistema das USF's e combatendo as assimetrias na oferta actual a nível dos CSP), para a Rede dos Cuidados Continuados, e com a criação da Rede de Cuidados Paliativos, e a reavaliação da Rede Hospitalar, com reordenação e implementação dos serviços adequados neste âmbito.
- c. Para além das respostas globais em saúde, importa ainda considerar alguns grandes problemas de saúde pública e outros que, apesar de menos prevalentes, têm elevado impacto nas famílias e nas comunidades. Assim, afigura-se-nos também prioritário desenvolver Planos Nacionais para as pessoas com Demências, para a área do Cancro, na área das Doenças Raras e revendo as questões em torno do Doente Crónico. •

Prioridades em saúde

João Semedo
Deputado do BE

Resumo

Na actualidade – dominada pela crise da dívida soberana e pela instabilidade da zona euro, o debate em torno das políticas de saúde tende a ser reduzido e circunscrito à problemática da sustentabilidade financeira do SNS, apesar dos principais factores que a influenciam e determinam serem exteriores aos serviços públicos de saúde. Centrar exclusivamente o debate na questão dos custos e do financiamento do SNS é condenar a política de saúde ao insucesso e o SNS à sua descaracterização. A política de saúde deve ser conduzida e os seus resultados avaliados por ganhos assistenciais, por ganhos em saúde, aos quais a lógica financeira se deve subordinar.

É uma ilusão pensar que a redução da despesa e do investimento público em saúde não limita o acesso, a qualidade, a eficácia e a eficiência da assistência prestada aos cidadãos. As consequências do sub-financiamento dos últimos anos – menos cuidados, mais dívida – constituem prova irrefutável.

A solução não está em sobrecarregar o bolso do cidadão – que já paga o SNS com o dinheiro

dos seus impostos – nem em substituir a prestação pública pela privada, aumentando a transferência de dinheiros públicos para o sector privado, já hoje superior a 1/3 da dotação do SNS.

O centro do debate deve ser colocado nas políticas de promoção da saúde e prevenção da doença, na adaptação do modelo actual às alterações demográficas, epidemiológicas e comportamentais em curso e no desenvolvimento, modernização e humanização do SNS.

A armadilha da sustentabilidade

Prioridades: a prioridade das prioridades é libertar a política de saúde do fundamentalismo financeiro que a domina e que na sua teorização actual faz depender a sustentabilidade do SNS de uma política de redução do seu financiamento.

Nos últimos anos, a discussão sobre políticas de saúde foi-se afunilando naquilo a que vulgarmente se chama a sustentabilidade financeira do SNS.

Nenhum outro domínio do estado viu as suas contas tão esmiuçadas e analisadas, apesar do reconhecimento generalizado quanto à insuficiência da informação disponível e mesmo quanto à sua qualidade e rigor.

Do buraco nas contas da saúde todos os portugueses ouvem falar há muitos anos, no entanto, de outros buracos – aliás muito maiores – como o do BPN, o da Madeira ou das PPP, só muito recentemente tomaram conhecimento da sua existência e do seu impacto no desequilíbrio das contas do estado.

Tiro desta evidência uma conclusão que quero partilhar convosco: tanta e tão antiga atenção às contas do SNS não traduz apenas uma genuína preocupação pela sustentabilidade do SNS – o que seguramente motiva alguns. Pôr as contas no centro da atenção, no centro do debate, no centro da política de saúde faz parte do programa dos que querem mudar o actual modelo e volume de financiamento e o paradigma do serviço público de saúde. Antes ou depois da crise financeira, os argumentos repetem-se, o que pensam e reclamam é o

mesmo, antes ou depois da crise: menos despesa pública em saúde, menos SNS.

Hoje, a pressão da dívida soberana e da crise do euro tornou o SNS refém deste fundamentalismo financeiro. É com naturalidade que o ministro da saúde assume que só podemos ter os cuidados de saúde que o país pode pagar e a economia sustentar.

A prioridade das prioridades é inverter esta lógica, cujas consequências são conhecidas porque inevitáveis: cortar no financiamento, reduzir o acesso e a prestação, tratar alguns e deixar outros por tratar.

O que se exige dos responsáveis, dos governantes é exactamente o contrário: é dotar o SNS dos recursos necessários e suficientes para que ele possa responder às necessidades e à procura, não ignorando que ambas evoluem em função das mudanças sociais, demográficas, epidemiológicas e comportamentais.

O desafio da política de saúde não é adaptar as necessidades ao orçamento mas sim adequar o orçamento às necessidades e ter a capacidade de gerir o orçamento e organizar a produção de cuidados de saúde de forma eficaz e eficiente.

O desafio está na procura da eficácia e da eficiência. Não é isso que conduz hoje a política de saúde, completamente subjugada aos resultados ou ganhos financeiros e desinteressada dos resultados ou ganhos em saúde.

O desafio da sustentabilidade é uma armadilha por uma outra razão. Quer do lado da despesa quer do lado da receita, os principais factores que influenciam as contas do SNS e nos aproximam ou afastam do seu equilíbrio, se quiserem da sua sustentabilidade para usar o conceito da moda dos dias que correm, são exteriores ao próprio SNS e em substância não dependem da sua organização nem mesmo da sua gestão.

A receita decorre de opções políticas dos governantes sobre a distribuição do bolo orçamental. O nível de financiamento atribuído ao SNS e à saúde é uma decisão, pode ser maior ou menor, em função das escolhas governamentais. São escolhas, não há qualquer determinismo na dotação orçamental do MS.

E podemos, ainda, falar de outras escolhas que comprometem igualmente o financiamento do SNS, mais uma vez a sua sustentabilidade. Recapitalizar a banca e não o SNS é uma escolha, uma escolha com reflexos na política de saúde. Por que não recapitalizar o SNS e não a banca, é uma pergunta que deixo para o nosso debate.

Por outro lado, parte importante da despesa do SNS não é regulável pelo próprio SNS, decorre de factores que ele não pode influenciar. Um exemplo, a despesa em doenças oncológicas pode variar com o diagnóstico precoce. Mas decisão de fazer mais ou menos rastreios é exterior ao SNS. E o mesmo pode dizer-se sobre a educação para a saúde, a educação sexual, o planeamento familiar, a prevenção da sinistralidade nas estradas ou dos acidentes de trabalho. Tudo isto tem um enorme impacto no SNS, na sua despesa, mas o SNS não risca nada nas respectivas políticas. E quem risca – o governo, o MS e outros ministérios, não fazem o suficiente para impor essas políticas.

Invoca-se a dívida do SNS para sustentar a tese que o SNS precisa de uma cura de emagrecimento, não se observando sequer que a dívida é a outra face do sub financiamento a que o SNS tem sido sistematicamente sujeito nos últimos anos. A dívida não condena o SNS a um atestado de insolvência, nem sequer é prova de má gestão ou desperdício. Dívida requer melhor gestão mas também mais financiamento.

Em nome da sustentabilidade – que verdadeiramente lhes é indiferente – os teóricos da tese do desperdício como regra no SNS não pretendem outra coisa que não seja reduzir o financiamento público do SNS, indiferentes às consequências negativas sobre a sua capacidade assistencial e prestação de cuidados.

Menos financiamento significa escolher o que o SNS deixará de fazer e escolher também quem ficará excluído dos serviços públicos de saúde. A terapêutica pesa na despesa, então corta-se. Os serviços não podem atender todos, então, ficam alguns de fora.

Qual o critério? Quem o define? Em que ética se fundamenta esta escolha?

Como disse a sustentabilidade é uma armadilha. O doente passará a ser visto como um cidadão que vive acima das suas e das nossas possibilidades, logo a sociedade e o estado podem aliviar-se da sua responsabilidade em garantir a todos o direito à saúde

A redução da despesa pública em saúde determinada a metro e a olho, não garante a sustentabilidade do SNS, quanto muito permitirá a sobrevivência de um SNS amputado e residual.

É uma ilusão pensar que a redução da despesa e do investimento público em saúde não limita o acesso, a qualidade, a eficácia e a eficiência da assistência prestada aos cidadãos.

As consequências do sub financiamento dos últimos anos – menos cuidados, mais dívida – constituem prova irrefutável. Nos próximos anos, o resultado não será diferente: a dívida continuará a crescer e a prestação de cuidados a diminuir.

Bem podem os defensores da redução da despesa pública proclamarem que o fazem para salvar o SNS. Toda a evidência revela o contrário: o SNS, como hoje o conhecemos, ficará sem salvação.

Pode, então, ser tarde demais mas, ultrapassado este intervalo, quando a prioridade for o regresso às políticas de saúde, e pudermos voltar a pensar no desenvolvimento, na modernização e humanização do SNS, então será o tempo de fazer o que já devia ter sido feito há muito:

- eliminar os desperdícios provocados pela promiscuidade entre os interesses público e privado que empobrecem e fragilizam o SNS
- e valorizar os recursos humanos que são o principal instrumento para obter ganhos de eficiência, a maior riqueza de que dispõe o SNS.

Talvez esperassem que fosse destas prioridades que vos devia ter falado. Talvez devesse. Mas, para mim, prioridade, prioridade, é não cair na armadilha da sustentabilidade. •

Fundamentos Éticos nas Prioridades da Saúde

Paula Santos
Deputada do PCP

A Prioridade na Saúde é o reforço do Serviço Nacional de Saúde Não é possível abordar as políticas e as prioridades na saúde sem as enquadrar no actual contexto político, económico e social do país, para que se compreenda como chegámos aqui, mas sobretudo para decidir qual o caminho a seguir na garantia do direito à saúde. Há anos que os sucessivos Governos desinvestem no Serviço Nacional de Saúde, com evidência na desorçamentação dos serviços públicos de saúde, no ataque aos direitos dos profissionais de saúde, no aumento da transferência de custos com a saúde para os utentes e na progressiva entrega de sectores da saúde para grandes grupos económicos privados, tornando-os num negócio lucrativo.

A actual situação do país não justifica o brutal ataque ao direito à saúde conquistado pelo povo na Revolução de Abril e consagrado na nossa Constituição. O SNS é resultado directo dos avanços progressistas decorrentes do 25 de Abril. Com

a criação do SNS foi possível assegurar ao povo português o acesso aos cuidados de saúde, estruturar a rede de cuidados primários de proximidade, criar uma rede de hospitais público e apostar na formação e reforço dos profissionais de saúde no serviço público.

Do nosso ponto de vista não é ético, nem politicamente admissível, que a pretexto da crise e do pacto de agressão da troika, se coloque em causa o direito à saúde. Nos últimos meses o Governo implementou uma política de cortes cegos na saúde, nomeadamente, a redução do transporte de doentes não urgentes, que impossibilita milhares de utentes de aceder a consultas e tratamentos; a redução de 10% das horas extraordinárias sem o reforço dos meios humanos, que conduziu à redução e encerramento de serviços e até mesmo ao encerramento de extensões de saúde, com maior incidência no interior; a redução de 11% nos orçamentos dos hospitais, piorando a já difícil situação de pagamentos em atraso, de falta de material clínico e até restringindo a dispensa de medicamentos biológicos e órfãos em alguns hospitais; ou a proibição da contratação de trabalhadores, salvo os autorizados pelo Ministro da Saúde, aprofundando a carência de profissionais de saúde, de médicos, enfermeiros e outros, quando por exemplo mais de 1,7 milhões de portugueses não têm médico de família. Para 2012, com o corte de 753 milhões de euros no orçamento do SNS para 2012, os problemas não serão resolvidos, mas sim agravar-se-ão. Contrariamente ao que tem sido sistematicamente difundido pelo Governo, não é possível fazer o mesmo com menos. Só nos últimos dois anos o corte no orçamento do Ministério da Saúde é de quase 20%.

Qual o sentido ético desta política de cortes? A actual situação de dificuldades pode justificar estas medidas? É ético que se restrinja o acesso aos cuidados de saúde que os portugueses têm direito? No nosso entendimento, as orientações e as medidas do Governo reflectem exclusivamente a sua opção política e a submissão à troika. Muito menos aceitamos que se retire direitos aos portugueses, em nome da redução da dívida pública. É inadmissível que sejam impostos injustos sacrifícios aos mesmos de sempre, aos trabalhadores e ao povo, pondo-os a pagar uma factura que não tiveram nenhuma responsabilidade. São o roubo dos salários e pensões, o corte nas

prestações sociais, o aumento do IVA, o aumento brutal das taxas moderadoras e a redução das comparticipações dos medicamentos. Hoje, milhares de portugueses, principalmente, idosos de baixas reformas, compram só alguns dos medicamentos que necessitam. Este rumo terá reflexos negativos a médio e longo prazo nos indicadores de saúde, em especial na diminuição da esperança média de vida.

Aliás a “poupança” que querem fazer a curto prazo, terá consequências na degradação do estado de saúde e no bem-estar dos portugueses e a prazo significará custos acrescidos para o Estado.

Este caminho imposto pelo pacto de agressão subscrito por PS, PSD e CDS não é uma inevitabilidade, como pretendem fazer crer. O PCP apresentou propostas concretas para um outro caminho, tendo como orientação os princípios Constitucionais. De entre as várias propostas, é essencial a concretização de uma justa política fiscal, para ir buscar o dinheiro onde ele está, ou seja, contribuir mais quem mais tem, para aliviar a carga fiscal aos que menos têm. Porque não se aumenta a receita do Estado através da tributação das SGPS, os rendimentos de capitais, os lucros de grandes empresas e grupos económicos, as transferências para offshore, a especulação bolsistas ou os bens de luxo. Para estas medidas o Governo não esteve disponível.

Não é válido o argumento que não é possível assegurar tudo a todos ou a falsa ideia da liberdade de opção. Neste raciocínio, discriminaríamos os portugueses em função dos seus rendimentos e existiria uma saúde para os que pudessem pagar, acedendo a todos os cuidados e uma saúde para os mais pobres somente com um pacote mínimo de cuidados. Assim como, a tão propalada liberdade de escolha existiria apenas para os que pudessem pagar. Não são estes os princípios da Constituição. Não é utópico, embora alguns pretendam fazer crer o contrário, a existência de um SNS público, para todos os portugueses. Só assim se garante a universalidade e a qualidade dos cuidados prestados. A sustentabilidade e a defesa do SNS, não estão nos cortes dos serviços públicos ou na limitação do acesso dos utentes à saúde, mas sim no reforço do seu financiamento através das receitas do Orçamento de Es-

tado. É preciso investimento público para satisfazer as necessidades das pessoas e não adaptar a capacidade de resposta às necessidades dos interesses privados instalados e às disponibilidades financeiras que definiram.

Para o PCP as prioridades na saúde passam pelo cumprimento da Constituição da República Portuguesa, pelo direito à saúde a todos os portugueses, universal, geral, de qualidade, independentemente das condições socioeconómicas. Defendemos o reforço do SNS, através do financiamento adequado dos centros de saúde e dos hospitais e da contratação dos profissionais de saúde em falta; o reforço dos cuidados de saúde primários, no alargamento de estabelecimentos de saúde de proximidade e assegurando o médico de família e o enfermeiro de família a todos os utentes; que todos os portugueses tenham acesso aos cuidados de saúde que precisam, desde a consultas, tratamentos, cirurgias e medicamentos e a promoção da saúde e prevenção da doença, assegurando melhor saúde aos portugueses e a longo prazo terá menos custos para o Estado. Defendemos ainda o verdadeiro combate ao desperdício (para nós os desperdícios não são os transportes de doentes não urgentes ou os medicamentos, como parecem ser para o Governo), e a implementação de medidas como a prescrição por princípio activo, a contratação de profissionais directamente pelos estabelecimentos públicos de saúde, em detrimento da contratação de empresas de trabalho temporário com custos muito superiores ou a realização de um concurso público para a dispensa de medicamentos em ambulatório, quando sejam mais baratos que a respectiva comparticipação.

A saúde não pode ser entendida como um custo ou uma despesa, tem de ser vista como um investimento, um investimento nas pessoas e recusamos uma visão exclusivamente economista nesta matéria, quando a questão central são as pessoas. •

Sobre os autores

Fernando Mimoso Negrão

Habilitações Literárias: Licenciatura em direito

Profissão: Jurista

Cargos que desempenha: Deputado na X Legislatura;

Cargos exercidos:

- Deputado na IX Legislatura; Juiz de Direito;
- Vogal do Conselho Superior da Magistratura;
- Juiz de Círculo; Magistrado judicial;
- Presidente do Conselho de Administração do Instituto da Droga e da Toxicod dependência;
- Ministro da Segurança Social, da Família e da Criança;
- Advogado;
- Oficial da Força Aérea Portuguesa;
- Director Geral da Polícia Judiciária

Condecorações e Louvores: Cruz do Mérito Policial com Distintivo Vermelho de Espanha - concedido pelo Governo do Reino de Espanha (D.R. N.º 65. II Série de 11-03-2000)

Obras Publicadas: "Informações e Segurança Interna" - Universidade Lusíada/Porto;

Comissões Parlamentares a que pertence: Comissão de Assuntos Constitucionais, Direitos, Liberdades e Garantias [Presidente]•





Fernando Leal da Costa

Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde

Fernando Leal da Costa nasceu em 1959. É licenciado em Medicina pela Universidade de Lisboa. Consultor de Hematologia Clínica da carreira médica hospitalar, foi chefe de serviço de Hematologia do Instituto Português de Oncologia de Lisboa. É especialista de Hematologia Clínica e de Oncologia Médica e fez o Programa de Alta Direção de Instituições de Saúde da Escola de Direção e Negócios (AESE).

Foi membro da Comissão de Avaliação de Medicamentos do Infarmed, onde também foi avaliador de ensaios clínicos. Entre 2001 e 2002, foi Subdiretor Geral da Saúde. Em 2003 e 2004, integrou a Comissão de Coordenação para a elaboração do Plano Nacional de Saúde, tendo sido membro da Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Saúde, de 2004 a 2006. Foi representante do Ministro da Saúde para a elaboração da Diretiva 2004/23/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, sobre tecidos e células, e representante de Portugal no Comité Regulador de Tecidos e Células da Comissão Europeia.

De 2003 a 2005, representou Portugal nos Comités Diretores de Saúde Pública e do Acordo Parcial do Conselho da Europa. Foi coordenador nacional para as Doenças Oncológicas em 2005-2006. Foi consultor para os Assuntos da Política da Saúde na Casa Civil do Presidente da República de 2006 a 2011. Entre 2003 e 2006, foi membro da Direção do Colégio de Oncologia Médica da Ordem dos Médicos.

É autor ou coautor de mais de 100 trabalhos nas áreas da hemato-oncologia e da gestão de serviços. Foi docente em várias iniciativas de formação pré e pós-graduada, cobrindo hematologia, oncologia, doenças infecciosas, medicamentos, ética e gestão da saúde em diversas instituições universitárias. Foi professor auxiliar convidado da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Pertence a diversas sociedades científicas nacionais e internacionais nomeadamente a Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa.

Integra o Comité de Acidentes Nucleares do Grupo Europeu de Transplantação de Sangue e Medula Óssea. •

Isabel Mota

Nasceu em Lisboa, em 1951. Licenciada em Finanças pelo Instituto Superior de Ciências Económicas e Financeiras da Universidade Técnica de Lisboa (1973).

É Membro do Conselho de Administração da Fundação Calouste Gulbenkian desde 1999. Foi Administradora da Partex Oil and Gas Corporation (até 2007) e é atualmente membro do Comité de Supervisão da Partex Oil and Gas (Holdings) Corporation.

Assistente do Instituto Superior de Economia (1973-1975). Foi Subdiretora geral do Gabinete para a Cooperação Económica Externa do Ministério das Finanças (1978-1986) e Conselheira na Representação Permanente de Portugal, em Bruxelas (1986).

Na área política, foi Secretária de Estado do Planeamento e do Desenvolvimento Regional nos XI e XII Governos Constitucionais, com responsabilidade nas negociações com a União Europeia dos Fundos Estruturais e de Coesão para Portugal (1987-1995).

Foi membro da Comissão Política Nacional do PSD (1993), Vice-presidente da Comissão de Relações Internacionais (1996-1999) e membro do Bureau Político do Partido Popular Europeu (1998).

Foi Administradora do Instituto para a Formação de Executivos da Universidade Nova de Lisboa (1977) e membro do Conselho Geral da Telecel Vodafone (2001-2003). Foi membro da Comissão Estratégica dos Oceanos (2003-2004) e coordenou a elaboração da Estratégia Nacional para o Desenvolvimento Sustentável (2004).

É membro dos Júris: Prémio Jacques Delors, Prémio de Inovação COTEC-BPI e Prémio "Empreendedorismo Inovador na Diáspora Portuguesa" da COTEC, e também do Prémio Carreira da Universidade Católica de Lisboa.

É Conselheira do Conselho Económico e Social - Portugal e é Vogal do Conselho das Ordens Honoríficas Portuguesas.

Foi prémio "Dona Antónia Ferreira" e agraciada com a Medalha de Serviços Distintos Grau "Ouro". Foi distinguida com os graus de Grande Oficial e Grã-Cruz da Ordem do Infante D. Henrique. •





Miguel Oliveira da Silva

Nasceu em 20 de Outubro de 1952.

Licenciado em Medicina na FMUL (1976) e Doutorado em Obstetrícia pela FMUL (1992). É igualmente Licenciado em Filosofia pela FLUL (1998).

É Professor Associado com Agregação e Presidente do Conselho Pedagógico da FMUL. Integra o Senado da Universidade de Lisboa.

É membro da Comissão de Ética para a Investigação Clínica (CEIC) e à Comissão de Ética do INSA. É Docente nos Mestrados em Bioética da FMUL. Pertenceu ao Conselho Nacional de Ética e Deontologia da Ordem dos Médicos (2007-2010).

Autógrafa Nacional de Ética e Deontologia da Ordem dos Médicos (2007-2010).

Autor de diversas publicações em matéria de bioética, de que se destacam:

- *Sete teses sobre o aborto*. Lisboa, 2005; Ciência
- *Religião e Bioética no início da vida*. Lisboa, 2006 e
- *A Sexualidade, a Igreja e a Bioética*. Lisboa, 2008.

É primeiro autor de diversos artigos e livros sobre Ginecologia-Obstetrícia, saúde sexual e reprodutiva.

Assistente Hospitalar Graduado de Obstetrícia-Ginecologia no Hospital de Santa Maria, na consulta Pré-Natal e Ginecologia de adolescentes.

Consultor do Infarmed na área de participação de medicamentos.

Coordenador do projecto da UE *The State of Reproductive Health and Fertility in the European Union* (2008-2011).

Representante nacional no IGBC – Intergovernmental Bioethics Committee (UNESCO) e no CDBI – Steering Committee on Bioethics (Conselho da Europa).

Presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV), desde Setembro 2009, por eleição inter pares. •

Albert Weale

Albert Weale is ESRC Professorial Fellow and Professor of Political Theory and Public Policy at University College London. Since January 2008 he has chaired the Nuffield Council on Bioethics. He is currently a Vice-President of the British Academy, with special responsibility for public policy matters.

His research and publications have concentrated on issues of political theory and public policy, especially the theory of justice and the theory of democracy, health policy and comparative environmental policy. His principal publications include *Equality and Social Policy* (Routledge and Kegan Paul, 1978), *Political Theory and Social Policy* (Macmillan, 1983), *Cost and Choice in Health Care* (ed.) (King Edward's Hospital Fund, 1988), *Risk, Democratic Citizenship and Public Policy* (ed.) (Oxford University Press, 2002), *Democracy* (Macmillan, 1999, second revised edition 2007) and, with others, *The Theory of Choice* (Blackwell, 1992) and *Environmental Governance in Europe* (Oxford University Press (2000) as well as a number of journal papers and chapters.

Between 1986 and 1990 he was a member of the Advisory Board of the King's Fund Health Policy Institute and chaired the King's Fund Grants Committee between 1997 and 2001. Between 1995 and 1996 he chaired the Working Party on *Animal-to-Human Transplants: The Ethics of Xenotransplantation*, established by the Nuffield Council on Bioethics and was a member of the Council 1998-2004. •





Vitor Feytor Pinto

Nasceu em Coimbra, em 1932, e após a sua formação em filosofia e teologia nos Seminários da Diocese da Guarda, foi ordenado sacerdote, a 10 de Julho de 1955. Após nove anos de ministério na Guarda, seguiu para Roma a fim de continuar os seus estudos, entre 1964 e 1966.

É licenciado em Teologia Sistemática, tem o Mestrado em Bioética e várias pós graduações entre as quais uma formação específica em Pastoral Social.

De 1966 a 1970 integrou a equipa internacional do *Movimento por um Mundo Melhor*, organização que se dedicou à preparação e divulgação das teses do Concílio Vaticano II e que envolveu todas as estruturas da Igreja Católica em Portugal, na actualização conciliar.

De 1971 a 1981, foi assistente nacional da Junta Central da Acção Católica, assistente nacional da JEC e coordenador nacional do SNECJ, secretariado da Pastoral Juvenil.

De 1982 até agora é coordenador da Comissão Nacional da Pastoral da Saúde, organismo da Igreja Católica para a promoção da saúde e na resposta aos problemas que se colocam à população na área da saúde.

Neste âmbito da saúde, na Igreja Católica, é:

- Responsável Nacional pela Pastoral da Saúde, na Conferência Episcopal e na relação permanente com o Ministério da Saúde;
- Consultor do Conselho Pontifício para a Pastoral da Saúde, em Roma;
- Assistente Eclesiástico das Associações de Médicos e Enfermeiros Católicos. Tendo sido Assistente da FIAMC (Federação Internacional da Associações de Médicos Católicos, entre 1994 e 2006

É também, na sociedade civil:

- Membro do Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado;
- Presidente da Comissão Nacional para o Voluntariado em Saúde;
- Presidente e membro de várias Comissões de Ética em Saúde em diversos hospitais;

- Professor de Ética e Deontologia Profissional na Escola Superior de Enfermagem da UCP;
- Professor de Bioética em vários mestrados, na UCP, no ISPA e noutros institutos superiores. •



Pedro Luis de Oliveira Martins Pita Barros

Setembro de 2011

44 anos, Doutor em Economia.

Professor Catedrático da Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa.

Outros cargos:

- Research Fellow do Centre for Economic Policy Research (London) (desde 1994);
- Presidente do Conselho Científico da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa (2009-);
- Membro do Editorial Board do Office of Health Economics (Londres) (desde 2008)

Cargos anteriores:

- Membro do Comité de Atribuição do Arrow Award in Health Economics (2005-2010); Vice-presidente do Comité (2006-2008); Presidente (2008-2010);
- Vogal do Conselho de Administração da ERSE – Entidade Reguladora dos Serviços Energéticos (2005/2006);
- Presidente do Conselho Científico da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa (2003/2004); Sub-Director da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa (2002);
- Pró-Reitor da Universidade Nova de Lisboa (2001/2002);
- Presidente da Associação Portuguesa de Economia da Saúde (1998/ 2000; 2009/2010);
- Membro do Conselho Científico da Escola Nacional de Saúde Pública (por nomeação do Reitor da Universidade Nova de Lisboa) (1998/2002);
- Membro do Conselho da Profissão da Ordem dos Economistas (por nomeação do Reitor da Universidade Nova de Lisboa) (2000-2006);
- Presidente do Conselho Pedagógico da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa (1996/1999);
- Director da Licenciatura em Economia da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa (1996/1999);
- Coordenador do Programa Erasmus (1994/1996);
- Membro do Comité Executivo da European Association for Research in Industrial Economics (2000 – 2008).

Distinções e Louvores: Grande-Oficial da Ordem do Infante D. Henrique, condecoração atribuída pelo Senhor Presidente da República, Dr Jorge Sampaio, Junho de 2005.

Actividade académica:

Publicação de artigos em revistas científicas como a *European Economic Review*, *Economic Journal*, *Journal of Economics and Management Strategy*, *Journal of Health Economics*, *Journal of Industrial Economics*, *Health Economics*, *International Journal of Health Care Finance and Economics*, *International Journal of Industrial Organization*, *Public Choice* entre outras.

Participação, com apresentação de trabalho, em numerosas conferências e seminários.

Membro do Editorial Board de diversas revistas académicas (*Journal of Health Economics*, *Health Economics*, *Health Care Management Science*, *Portuguese Economic Journal*).

Editor-in-Chief da revista académica *International Journal of Health Care Finance and Economics*,

Os interesses de investigação centram-se nas áreas de Regulação Económica, Política de Concorrência, e Economia da Saúde.

Outras actividades: Consultor de empresas privadas, nacionais e estrangeiras, bem como de entidades públicas nacionais e Comunitárias, sobre aspectos de defesa da concorrência, regulação económica e organização de mercados em saúde, entre outros. •



Francisco Batel Marques

Farmacêutico (Carteira Profissional nº 7529).

Professor Associado da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra.

Director do Centro de Avaliação de Tecnologias de Saúde – AIBILI, Coimbra, Portugal.

Coordenador da Unidade Regional de Farmacovigilância do Centro, AIBILI/INFARMED.

Presidente da Sociedade Portuguesa de Farmácia Clínica e Farmacoterapia

Actividade académica: Publicações relevantes mais recentes (full papers) 2011:

- Alves C, Batel-Marques F, Macedo AF. Data sources on drug safety evaluation: a review of recent published meta-analyses. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2011 doi: 10.1002/pds.2260.
- Alves C, Batel-Marques F, Macedo AF. Apixaban and rivaroxaban safety after hip and knee arthroplasty: a meta-analysis. *J Cardiovasc Pharmacol Ther* (aceite para publicação – 2011).
- Macedo AF, Alves C, Craveiro N, Marques FB. Multiple drug exposure as a risk factor for the seriousness of adverse drug reactions. *J Nurs Manag* 2011;19(3):395-9

Orientações:

- Completas: 2 teses de doutoramento, 11 teses de mestrado.
- Em curso: 3 teses de doutoramento.

Publicações:

- Publicações curtas em revistas arbitradas e indexadas sob a forma de resumo: 87;
- Publicações por extenso em revistas arbitradas e indexadas sob a forma de artigo: 140;
- Capítulos de livros: três;
- Monografias editadas com ISBN: uma;
- Livros: um;
- Palestras por convite em sessões científicas: 140

Actividade Profissional: Cargos e funções desempenhados:

- Membro da Comissão de Avaliação de Medicamentos do INFARMED desde 1996;
- Perito avaliador farmacoterapêutico INFARMED 2000 – 2004;

- Director da Direcção de Economia do Medicamento do INFARMED – 2003 -2004;
- Consultor do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde – 2004-2005;
- Presidente da Direcção da Secção Regional de Coimbra da Ordem dos Farmacêuticos (2007-2009);
- Presidente do Conselho Geral e de Supervisão da Bluepharma Genéricos, SA, (desde 2009)

Sociedades a que pertence:

- Ordem dos Farmacêuticos;
- Sociedade Portuguesa de Farmacologia;
- Sociedade Portuguesa de Farmácia Clínica e Farmacoterapia (Presidente);
- American College of Clinical Pharmacy (Full Member)

Outras actividades:

- Co-proprietário da Farmácia de Verdemilho;
- Vitivinicultor-engarrafador da marca “Quinta dos Abibes” •



José Vítor Malheiros

Responsável da unidade ComLab da UMIC – Agência para a Sociedade do Conhecimento.

Anteriormente, foi jornalista profissional durante 28 anos, tendo-se dedicado às áreas da Ciência, Tecnologia, Saúde, Educação e Ambiente e ao jornalismo online.

Mantém, desde 2001, uma coluna de opinião semanal no jornal Público.

Foi director executivo do programa Harvard Medical School-Portugal; editor de Opinião e redactor principal do Público; director executivo do Público; director do

Público.pt, o site web do jornal Público; editor responsável pela área da Ciência e Tecnologia do Público – jornal de que foi, em 1989, um dos oito jornalistas fundadores.

Fundou, com Ana Gerschenfeld, o site do Público, em 1995.

Foi anteriormente responsável pela criação da secção de Ciência do semanário Expresso, onde trabalhou de 1983 a 1989.

Foi durante vários anos membro da direcção da Associação Europeia de Jornalistas de Ciência e Tecnologia, onde trabalhou na concepção e realização de acções de formação de jornalistas de ciência.

Tem dedicado um interesse particular às áreas da divulgação e popularização da ciência, ensino das ciências, ciência e sociedade, jornalismo online, Internet e ética jornalística. Foi, em 2001, um dos cinco elementos estrangeiros convidados a integrar a primeira Comissão Internacional de Avaliação da Cité des Sciences et de l'Industrie de La Villette, em Paris.

Tem uma longa experiência na área da formação e do ensino do jornalismo, tendo concebido, organizado e levado a cabo acções de formação, dedicadas a jornalistas e a cientistas, nas áreas da comunicação de ciência e jornalismo de ciência.

É co-autor dos livros “Como falar a jornalistas sem ficar à beira de um ataque de Nervos”, Gradiva, 2000 (com António Granado) e “Portugal 2020”, Fenda, 1998 (com Adelino Gomes e Teresa de Sousa).

É casado e tem três filhos. Vive em Lisboa. •

Gilbert Hottois

Gilbert Hottois enseigne la philosophie contemporaine à l'Université de Bruxelles. Membre de l'Académie Royale de Belgique et de l'Institut International de Philosophie, il a été professeur-visiteur dans plusieurs universités en Amérique, Afrique et Europe. De *L'inflation du langage dans la philosophie contemporaine* (1979) et de *Le Signe et la Technique* (Aubier-Flammarion, 1984) à *Philosophies des sciences, philosophies des techniques* (Collège de France-Odile Jacob, 2004) ou *La science entre valeurs modernes et postmodernité* (Vrin, 2005), sa réflexion critique sur les rapports entre langage et philosophie a évolué vers l'examen des questions

éthiques et politiques soulevées par les sciences et les techniques, mais négligées par les philosophies langagières du XX^e siècle. Hottois a été ou est membre de plusieurs commissions d'éthique, tels le Groupe Européen pour l'Éthique des Sciences et des Nouvelles Technologies et le Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique. Parmi ses publications récentes, signalons aussi: *Nouvelle Encyclopédie de Bioéthique (Médecine-Environnement-Biotechnologie)* (De Boeck-Université, 2001), *Species Technica* (Vrin, 2002), *Qu'est-ce que la bioéthique, Dignité et Diversité des hommes* (Vrin, 2004; 2009). •





Maria do Céu Machado

Maria do Céu Lourinho Soares Machado

Casada, 2 filhas e 7 netos

Cargos actuais:

- Directora do Departamento de Pediatria Hospital Sta Maria (CHLN)
- Professora Associada de Pediatria da Faculdade de Medicina, Univ Lisboa
- Presidente do Conselho Geral da Universidade de Évora
- Carreira académica e profissional
- Licenciada em Medicina pela Faculdade de Medicina de Lisboa (1972)
- Especialista em Pediatria (1980)
- Doutorada em Pediatria pela Faculdade

de Ciências Médicas (1997)

- Directora do Departamento de Pediatria do Hospital Fernando Fonseca (1996-2005) e Directora Clínica do mesmo Hospital (2005-2006)
- Competência em Gestão pela Ordem dos Médicos (2003)
- Competência em Neonatologia pela Ordem dos Médicos (2005)
- Estágios profissionais em Cambridge (1986), Montreal (1990) e Madrid (1991 e 1994)

Outros cargos e actividades

- Alta Comissária para a Saúde (2006-2011)
- Académica Titular da Academia Portuguesa de Medicina
- Presidente do Colégio de Pediatria (1994-1995)
- Membro da Comissão de Ética e de Farmácia (1996-1999)
- Presidente Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente (04-09)
- Formação em Gestão: Curso de Formação Pedagógica para Gestores Clínicos (1991); Gestão e Organização Integrada (1999); Avaliação do Desempenho e Gestão de Competências (2000)
- Grande Oficial da Ordem de Mérito (2010)
- 8 Bolsas de Investigação Clínica: MCTES-FCT, MTSS, MS e FCG
- 3 Prémios: Bial de Medicina Clínica (2002 e 2006); de Qualidade Amélia de Mello (2005)
- 120 publicações científicas e 486 comunicações científicas

Lisboa, Outubro de 2011 •

Ricardo Baptista Leite

Nome Completo: Ricardo Augustus Guerreiro Baptista Leite

Profissão: Médico

Títulos académicos e científicos: Licenciado em Medicina. Pós-graduado em Doenças Infecciosas e Medicina Tropical.

Comissões Parlamentares a que pertence:

- Comissão de Saúde
- Grupo de Trabalho – Acompanhamento da Problemática do VIH-Sida [Coordenador]•





Manuel Pizarro

Nome Completo: Manuel Francisco Pizarro de Sampaio e Castro

Habilitações Literárias: Licenciatura em Medicina

Profissão: Médico

Cargos que desempenha:

- Deputado nas X e XI Legislatura
- Secretário de Estado da Saúde no XVII Governo Constitucional Secretário de Estado Adjunto e da Saúde no XVIII Governo Constitucional

Obras Publicadas: Múltiplas publicações científicas na área da sua especialidade –

medicina interna;

Comissões Parlamentares a que pertence:

- Comissão de Educação, Ciência e Cultura [Suplente]
- Comissão de Saúde
- Grupo de Trabalho – Acompanhamento da Problemática do VIH-Sida
- Grupo de Trabalho – Directivas Antecipadas de Vontade ou Testamento Vital
- Grupo de Trabalho – Cuidados Paliativos•

Isabel Galriça Neto

Nome Completo: Isabel Maria Mousinho de Almeida Galriça Neto

Habilitações Literárias:

- Licenciatura em Medicina – Faculdade de Medicina de Lisboa
- Mestrado em Cuidados Paliativos- Faculdade de Medicina de Lisboa

Profissão: Médica

Cargos que desempenha: Directora da Unidade de Cuidados Paliativos e Continuados do Hospital da Luz e membro da sua Direcção Clínica Presidente da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

Cargos exercidos:

- Fundadora e Coordenadora da Equipa de Cuidados Continuados do Centro de Saúde de Odívetas (1997-2006)
- Assistente convidada da Faculdade de Medicina de Lisboa

Condecorações e Louvores: Comendadora da Ordem do Mérito

Obras Publicadas:

- A Dignidade e o sentido da vida: reflexões sobre a nossa existência (co-autora) Manual de Cuidados Paliativos – (editora e co-autora)
- Cuidados Paliativos – Testemunhos

Títulos académicos e científicos: Assistente Convidada da Faculdade de Medicina de Lisboa

Comissões Parlamentares a que pertence:

- Comissão de Educação, Ciência e Cultura [Suplente]
- Comissão de Saúde
- Grupo de Trabalho – Acompanhamento da Problemática do VIH-Sida
- Grupo de Trabalho – Directivas Antecipadas de Vontade ou Testamento Vital
- Grupo de Trabalho – Cuidados Paliativos [Coordenador]•





João Semedo

João Semedo, 60 anos, médico.

É deputado da Assembleia da República, em representação do Bloco de Esquerda, desde a X^a Legislatura (2005), sendo actualmente vice-presidente da Comissão Parlamentar de Saúde. Exerceu a sua actividade profissional em diversas unidades de saúde e presidiu, entre 2000 e 2005, ao Conselho de Administração do Hospital Joaquim Urbano, hospital público no Porto, especializado em doenças pulmonares e infecciosas. Enquanto deputado, foi autor de diversos projectos de lei de cuja aprovação resultaram, entre outras, as seguintes leis:

direito de acompanhamento nos serviços de urgência, carta de direitos de acesso dos utentes do SNS (tempos máximos de espera), dispensa gratuita de medicamentos após alta hospitalar e inscrição do PVP na embalagem dos medicamentos. Foi membro das comissões parlamentares de inquérito ao “caso BPN” e ao “negócio PT/TVI”. •

Paula Santos

Nome Completo: Paula Alexandra Sobral Guerreiro Santos Barbosa

Habilitações Literárias: Licenciatura em Química Tecnológica

Profissão: Química Tecnológica

Comissões Parlamentares a que pertence:

- Comissão de Saúde [Coordenador GP]
- Comissão do Ambiente, Ordenamento do Território e Poder Local [Suplente]
- Grupo de Trabalho – Álcool e Toxicodependência
- Grupo de Trabalho – Cuidados Paliativos
- Grupo de Trabalho – Prescrição por DCI
- Grupo de Trabalho – Desmaterialização dos Certificados Médicos de Óbito [Coordenador]•



ISBN 978-972-8368-32-6



9 789728 368326

Fundamentos Éticos nas prioridades em Saúde



CNECV · CICLO DE
CONFERÊNCIAS 2011

Ciclo de Conferências CNECV 2011
Lisboa | 29.11.2011

Ética das prioridades na saúde

Albert Weale

Princípios éticos nas prioridades em saúde

Vitor Feytor Pinto

Restrição orçamental e problemas éticos na prescrição

Pedro Pita Barros

**Prioridades na comparticipação de medicamentos em
ambulatório**

Francisco Batel Marques

Percepção pública das prioridades na saúde

José Vítor Malheiros

**Prioridades éticas no financiamento da saúde –
Responsabilidade individual / Responsabilidade social**

Gilbert Hottois

**A intersecção/coexistência entre prioridades públicas e
privadas na área da Saúde**

Maria do Céu Machado

Prioridades na Saúde – Política

Ricardo Baptista Leite

Escolhas em saúde – uma perspetiva política

Manuel Pizarro

Fundamentos Éticos para as prioridades em Saúde

Isabel Galriça Neto

Prioridades em Saúde

João Semedo

Fundamentos Éticos nas Prioridades da Saúde

Paula Santos