

N.º1 | MARÇO 2022

# ESQUERDA SAÚDE

ESSO  
ARA TODOS  
NÃO APENAS  
ARA QUEM  
POSSA PAGAR

TRAVAR  
A PRIVATIZAÇÃO  
DA SAÚDE

## DEFENDER O SNS

COMO A CIA  
HIPOTECOU  
A ERRADICAÇÃO  
DA POLIOMIELITE  
MÁRIO ANDRÉ MACEDO

ENTREVISTA  
A PEDRO  
MORGADO  
BRUNO MAIA

OS SISTEMAS  
DE SAÚDE  
"BISMARCKIANOS"  
SÃO MELHORES  
DO QUE O NOSSO?  
BRUNO MAIA

## EDITORIAL

# ROMPER COM O ATAVISMO NA SAÚDE

MÁRIO ANDRÉ MACEDO E BRUNO MAIA

A saúde não é despesa, é investimento para o bem comum da sociedade. Pessoas saudáveis são mais felizes, produzem mais e vivem uma vida longa com qualidade. A política de austeridade deixou marcas no sector que perduram até hoje. O desinvestimento na saúde, especificamente no SNS e nos seus profissionais, transformou de forma negativa e permanente a saúde em Portugal. O governo 2015-2019, vulgarmente conhecido como gerigonça, inverteu a tendência, mas não foi suficiente. O problema de desestruturar sistemas e organizações complexas como o SNS é que o esforço e recursos necessários para as recuperar é sempre muito superior ao que seria utilizado caso não tivessem sido erodidas. A perspetiva presente de uma nova onda inflacionária, impulsionada pela guerra na Ucrânia, traz consigo a ameaça de uma nova vaga de austeridade imposta a partir do diretório europeu que, para o SNS, poderia ser fatal.

A ideia de um SNS regido por uma lógica de mercado, em que se elogia uma gestão privada ou uma gestão pública regida por princípios de gestão privada, tem feito escola nas últimas décadas. Precarizar os profissionais de saúde, diminuindo o seu salário e negando-lhes uma carreira, e glorificar cortes de despesa, impedindo investimentos necessários tem sido o centro desta ideia. A recente campanha eleitoral para as legislativas veio introduzir na discussão pública maior agressividade contra o SNS, ora disfarçada de propostas populistas como a "ADSE para todos", ora camuflada com medidas ditas temporárias como o aumento das convenções com o privado. Todas com o objetivo de retratar o SNS como insufi-

ciente e incapaz e o setor privado como o "salvador" da Saúde em Portugal. Nesta edição da revista pretendemos mostrar como as propostas de um seguro de saúde público não têm vantagens, nem económicas nem de saúde, sobre o sistema português, usamos o exemplo da Holanda e explicamos porque razão avaliações puramente economicistas, como aquelas que faz o Tribunal de Contas, não servem porque não mostram toda a realidade sobre a saúde do país.

O progressivo alinhamento das políticas públicas em saúde com as teses neoliberais, provocaram um desnatamento dos serviços públicos, tornando-os vulneráveis na resposta não só à pandemia, como às restantes necessidades em saúde da população. Pensar a saúde para o século XXI implica romper com as conceções atávicas e demonstradamente ineficazes da gestão do serviço público de saúde como uma empresa, construindo um novo compromisso para a gestão pública, assente em democracia, participação e autonomia.

A revista "Esquerda Saúde" é um espaço amplo de reflexão sobre a saúde, o Serviço Nacional de Saúde, os seus profissionais, a sua organização. Amplo porque procura coligar olhares sobre a saúde para além das visões dos que "estão dentro da área". Amplo porque procura dentro e fora do Bloco de Esquerda contributos e alinhamentos para a construção de um serviço público completo e de qualidade. Esperamos que este contributo que vos apresentamos seja mais um passo neste complexo combate por um mundo mais igual e saudável.

## ÍNDICE

2. Editorial
3. Entrevista a Pedro Morgado, Bruno Maia
5. Erros do relatório do Tribunal de Contas, Mário André Macedo
6. Seguros de saúde privados como modelo de saúde? É melhor não ir por aí, Moisés Ferreira
8. Como a CIA hipotecou a erradicação da Poliomielite, Mário André Macedo
10. Comentário ao livro: O sistema de saúde no Estado Novo de Salazar, de Andreia da Silva Almeida., Bruno Maia
11. Acesso e direito à saúde, Nuno Malafaia
13. Morrer não é uma opção! A importância do associativismo sindical, Luís Mós
16. A necessidade de falar em "erros", Joana Baltasar
18. Revisão da literatura: Os sistemas de saúde "Bismarckianos" são melhores do que o nosso?, Bruno Maia
20. Paz é a solução, Mário André Macedo
22. Há 10 anos foi assim

## ESQUERDA SAÚDE

A revista **EsquerdaSaúde** é uma publicação do Bloco de Esquerda

### EDITORES

BRUNO MAIA  
MÁRIO ANDRÉ MACEDO

### DESIGN

RITA GORGULHO

### COLABORAM NESTA EDIÇÃO

JOANA BALTASAR  
LUÍS MÓS  
MOISÉS FERREIRA  
NUNO MALAFAIA

# "A PRECARIEDADE NO TRABALHO É UM CATALISADOR DE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL"

**ENTREVISTA A PEDRO MORGADO**  
**CONDUZIDA POR BRUNO MAIA**

**PEDRO MORGADO** é médico, psiquiatra no Hospital de Braga, professor de Psiquiatria, Neuroanatomia e Comunicação Médica na Escola de Medicina da Universidade do Minho, da qual é Vice-Presidente, e investigador do Instituto de Investigação em Ciências da Vida e Saúde.

Para além de tudo isto, foi fundador e presidente do Núcleo de Estudantes de Medicina da Universidade do Minho e tem escrito profusamente sobre o Serviço Nacional de Saúde, a ameaça da desinformação e do populismo nos nossos dias, os combates pela igualdade, a discriminação das pessoas com doença mental, entre muitos outros temas.



**Em Portugal, o número de ensaios clínicos com autoria de investigador é muito baixo, comparativamente com os restantes países europeus. Porque é que é tão difícil fazer investigação clínica em Portugal, de autoria do investigador? O que falta no SNS e nas Universidades para estimular a investigação clínica?**

Há vários fatores que contribuem para essa baixa taxa de ensaios clínicos da iniciativa do investigador em Portugal. Em primeiro, existem poucos centros que promovam a investigação integrada desde a bancada do laboratório até à cabeceira do doente como acontece no cluster da Escola de Medicina da Universidade do Minho. Esta integração é fundamental e o convívio entre investigadores das áreas mais fundamentais e das áreas mais clínicas é decisivo para se encontrarem as melhores soluções para os doentes.

Em segundo, a investigação clínica não é considerada no trabalho dos médicos e outros profissionais do SNS. Isto significa que temos que investigar fora do nosso horário hospitalar e em prejuízo da vida pessoal. Quando estive em estágio em Barcelona há oito anos, os médicos que se dedicavam à investigação já dispunham de tempo protegido no seu

horário. É um caminho que ainda temos que percorrer em Portugal.

**"A INVESTIGAÇÃO CLÍNICA NÃO É CONSIDERADA NO TRABALHO DOS MÉDICOS E OUTROS PROFISSIONAIS DO SNS. ISTO SIGNIFICA QUE TEMOS QUE INVESTIGAR FORA DO NOSSO HORÁRIO HOSPITALAR E EM PREJUÍZO DA VIDA PESSOAL."**

Em terceiro, existem por vezes barreiras institucionais, nos próprios serviços ou hospitais, que dificultam a investigação. Eu tenho a felicidade de trabalhar no Hospital de Braga que não tem colocado quaisquer barreiras ao desenvolvimento destes projetos de investigação mas sei que isso não sucede em todos os serviços ou hospitais do SNS. Em quarto, faltam linhas de financiamento específicas para este sector. A recente criação de vários centros académicos clínicos é importante para a melhoria dos cuidados de saúde e para estimular esse trabalho mas ainda lhes faltam ferramentas úteis para a dinamização dessa investigação. Uma dessas ferramentas é

Pedro Morgado foi galardoado com o prémio "FLAD Science Award Mental Health", o maior prémio de investigação em saúde mental em Portugal, atribuído pela Fundação Luso-Americana para o Desenvolvimento. O prémio vai ser aplicado no seu projeto de investigação, que procura estudar a doença obsessivo-compulsiva e a resposta ao tratamento com recurso a imagens de ressonância magnética funcional e avaliar a eficácia de um fármaco utilizado no tratamento da doença de Parkinson nesta patologia.

Ao longo desta entrevista falamos sobre as dificuldades de se fazer investigação em Portugal, da dificuldade em implementarmos o Plano Nacional de Saúde Mental, do impacto da pandemia em diferentes populações vulneráveis ou das novas formas de organização do trabalho e a sua relação com a saúde mental.

a possibilidade de se atribuírem bolsas de doutoramento a gerir pelos próprios centros que garantam uma conjugação de interesses entre os investigadores, as instituições prestadoras de cuidados de saúde e as universidades.

**Criaste uma aplicação para ajudar médicos de família e psiquiatras a receitar antidepressivos. Quais achas que são os limites da inteligência artificial na medicina? Corremos o risco de substituímos, parcial e totalmente, o médico pelo computador?**

Não acredito que o ser humano possa ser substituído por computadores na Medicina. Mas acredito que temos obrigação de aproveitar tudo quanto a tecnologia nos pode oferecer para servir melhor as pessoas que atendemos nos hospitais e centros de saúde. Estas aplicações que temos desenvolvido são ferramentas que simplificam o acesso a informação que se encontra dispersa por várias fontes e que, como tal, facilita a vida aos clínicos. Em várias áreas da Medicina estão a surgir ferramentas que complementam o trabalho dos médicos e que, no caso de algumas especialidades mais técnicas, poderão substituir algumas das suas tarefas. Contudo, o papel dos médicos enquanto comunicadores e curadores da relação entre o paciente e os serviços de saúde é insubstituível.

**O Governo vai usar 85 milhões do Plano de Recuperação e Resiliência para fazer a reforma da saúde mental. Estão anunciadas 40 equipas comunitárias e programas de intervenção não farmacológica nos centros de saúde. São estas a prioridades certas para a saúde mental? O financiamento é o adequado?**

Acreditamos que é um apoio muito importante para melhorar os cuidados de saúde mental em Portugal. Durante muitos anos não vimos a saúde mental aparecer no centro dos investimentos públicos e por isso devemos olhar para este investimento significativo com uma grande esperança. Contudo, tão importante como a criação das equipas é a definição dos modelos de trabalho e a interligação entre as diferentes unidades do SNS. Não podemos criar equipas que sejam ilhas em que os profissionais não colaboram e em que não existe a noção de rede. Essa gestão integrada de cuidados será fundamental para o sucesso do investimento.

**Porque é que existe este atraso crónico na implementação do Plano Nacional de Saúde Mental?**

O atraso é evidente e penso que se deve à conjugação de múltiplos fatores. Por um lado, o Plano Nacional de Saúde Mental nunca foi dotado dos recursos necessários para a sua implementação e, por outro, não existiu a força política necessária para fazer as mudanças estruturais que se impõem. O Plano Nacional de Saúde Mental é uma revolução na forma como são conceptualizados os cuidados que acompanham a evolução extraordinária dos métodos de tratamento. Hoje em dia, todos concordam que o tratamento e acompanhamento na comunidade serve melhor quase todas as pessoas com doença psiquiátrica do que a simples institucionalização. Esta é uma mudança que teve muitas resistências durante muito tempo mas acabámos por ficar quase todos de acordo.

**“O PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL NUNCA FOI DOTADO DOS RECURSOS NECESSÁRIOS”**

**A pandemia parece ter agravado os problemas de saúde mental e que os jovens serão os mais afetados. Quais são as razões que encontras para isto? As redes sociais terão algum papel?**

A pandemia universalizou a experiência de ansiedade, stress, sintomas depressivos, sintomas obsessivo-compulsivos e dificuldades de sono. Estes sintomas foram muito intensos nos dois grandes confinamentos que tivemos em Portugal (segundo trimestre de 2020 e primeiro de 2021), permitindo depois que a maioria das pessoas se adaptasse à situação e reduzisse o sofrimento psicológico para valores normais. Os jovens e as mulheres pareceram especialmente afetados pela pandemia, embora a maioria dos estudos se realize online e não capte bem os efeitos na população mais idosa que não utiliza a internet. Em relação aos jovens, as hipóteses mais consistentes relacionam-se com o impacto da pandemia no ciclo de vida – de repente, uma geração viu os seus planos abortados ou adiados, viu a sua capacidade de estabelecer relações limitada e viu os seus projetos de emprego restringidos.

Verificámos também que algumas pessoas mais vulneráveis não se adaptaram tão bem e mantiveram níveis elevados

de sintomas, encontrando-se em maior risco de adoecer. Estas pessoas incluem os desempregados, os reformados, as pessoas com dificuldades económicas, as pessoas que consomem demasiadas notícias sobre a pandemia, as pessoas que não praticam exercício físico e aquelas que já estavam doentes antes da pandemia (com doenças físicas ou psiquiátricas). Estes grupos são aqueles para quem devemos dirigir a nossa atenção, estimulando o diagnóstico precoce e a intervenção terapêutica atempada.

**A “uberização” do mercado de trabalho, com a atomização e a fragmentação das relações laborais pode ter algum papel no aparecimento e agravamento de problemas de saúde mental?**

O trabalho é um elemento fundamental para a nossa saúde que facilmente se pode converter num catalisador de problemas de saúde, sobretudo saúde mental. De facto, há vários fatores que têm sido apontados para o aumento de problemas de saúde mental relacionados com o trabalho. Incluem-se não só a “uberização” do mercado de trabalho com a total desproteção dos trabalhadores mas também o estímulo à competição entre os próprios trabalhadores, a fragmentação das estruturas de solidariedade e de luta laboral, as narrativas do empreendedorismo e do (in)sucesso como produto exclusivo do (de)mérito individual, o desrespeito pela compatibilização entre vida pessoal e vida laboral, a desorganização dos horários de trabalho, a falta de autonomia dos trabalhadores e as baixas remunerações. Todos estes fatores suscitam grande preocupação entre os profissionais de saúde mental e devem ser encarados como questões de saúde pública. Como a OMS nos recorda, não há saúde sem saúde mental e, por isso, precisamos que a saúde mental esteja em todas as políticas do país. ●

**“O TRABALHO É UM ELEMENTO FUNDAMENTAL PARA A NOSSA SAÚDE QUE FACILMENTE SE PODE CONVERTER NUM CATALISADOR DE PROBLEMAS DE SAÚDE, SOBRETUDO SAÚDE MENTAL.”**



# ERROS DO RELATÓRIO DO TRIBUNAL DE CONTAS

POR MÁRIO ANDRÉ MACEDO

**É ERRADA A CONCLUSÃO DE QUE A GESTÃO PPP POUPOU QUASE 200 MILHÕES DE EUROS AO ESTADO. POR UMA SIMPLES RAZÃO, A METODOLOGIA UTILIZADA NÃO PERMITE AFIRMAR QUE O ESTADO POUPOU GLOBALMENTE DINHEIRO, APENAS QUE OS HOSPITAIS GASTARAM MENOS QUE OS OUTROS DO SEU GRUPO COMPARÁVEL. DITO DE OUTRA FORMA, POUPAÇAS DE UM HOSPITAL PPP SERÃO GASTOS DO HOSPITAL VIZINHO EPE.**

O recente relatório do Tribunal de Contas (TC) sobre os hospitais PPP, causou felicidade em muitos sectores. Aparentemente, ficou demonstrado que os hospitais com gestão privada são uma maravilha e poupam recursos ao estado. Um mundo perfeito onde se faz mais, melhor e se gasta menos. No entanto, o alcance real do relatório é de bem menor dimensão. Vamos por partes, tentarei manter o discurso acessível a quem não é da área da saúde.

O TC queixa-se que a produção contratada ficou, por vezes, aquém da produção realizada, concluindo que “parte da produção não foi remunerada ou foi remunerada a preços inferiores.” Ou seja, a gestão privada não só poupou como nem sequer receberam pelo que fizeram. O que o TC não sabe, ou ocultou, é que não remunerar pela produção que excede o contratado é o habitual na contratação em

saúde. Para quem não é da área pode parecer estranho, mas é um mecanismo criado para impedir a indução da procura, de forma a retirar incentivos que os hospitais de outra forma teriam em produzir cuidados desnecessários. É uma realidade transversal a todos os hospitais do SNS. Um hospital EPE que produza níveis superiores ao contratado sofre a mesma penalização.

A conclusão que a gestão PPP poupou quase 200 milhões de euros ao estado, é errada, por uma simples razão, a metodologia utilizada não permite afirmar que o estado poupou globalmente dinheiro, apenas que os hospitais gastaram menos que os outros do seu grupo comparável. Dito de outra forma, poupanças de um hospital PPP serão gastos do hospital vizinho EPE. Seria interessante aprofundar e estudar os fluxos financeiros do SNS, perceber até que ponto esta complexa dinâmica está interligada. Ao trabalhar num hospital entre duas

PPP, posso assegurar que todas as semanas recebemos doentes transferidos de ambas as PPP. Quanto à situação inversa, perguntará o leitor, nunca ocorre.

É verdade que os hospitais PPP estão obrigados a auditorias internacionais mais frequentes. Defendo o mesmo para os hospitais EPE. Também é verdade, que existem penalizações financeiras para as sociedades gestoras, em caso de incumprimento das metas estabelecidas. Mas não faz sentido a sugestão que o TC levanta, de multar os hospitais EPE em casos semelhantes. Quando se multa um hospital PPP, não é o hospital a ser multado, mas sim a sociedade gestora que perde assim uma parte dos seus lucros. Multar um hospital EPE significa retirar recursos a um orçamento cronicamente subfinanciado. Precisamos de rigor e de responsabilização, não de punição cega que apenas lesa os utentes e os trabalhadores da saúde.

Por fim, chegamos a uma secção do relatório onde é abordado uma questão mais técnica. Doente padrão é uma métrica que reduz a atividade produzida ao preço de internamento, de forma a conseguir comparar diferentes atividades. Tem limitações, por exemplo a Covid melhorou estes rácios pois a atividade diminuiu, mas o número de profissionais não. No entanto, os profissionais trabalharam bastante mais que no equivalente pré-pandemia. Ora, o TC pega neste indicador e aplica o número de doentes padrão por enfermeiro e médico, concluindo que as PPP são melhores porque para o mesmo doente padrão precisam de menos profissionais. Quem é profissional de saúde já está a ver onde este raciocínio termina: O TC insinua que piores rácios são o caminho. À revelia de toda a evidência científica que afirma claramente o oposto, sem contar com a problemática do burnout que assola as profissões da saúde. Outra leitura interessante e complementar, estamos perante o assumir que os atos praticados nas PPP são tendencialmente mais baratos, ficando para as EPE vizinhas com o mais caro e menor margem de lucro.

Ainda sobre os profissionais de saúde, não nos podemos esquecer que parte da força de trabalho está precarizada e com salários inferiores aos praticados nas EPE. Como sociedade, não podemos admitir que eventuais poupanças sejam à custa da exploração dos trabalhadores. Enfrentar uma pandemia com uma força de trabalho precária, mal paga e insegura é um erro e uma falha moral.

Concluimos que este modelo de hospitais PPP não seria viável no interior. É possível funcionar nas áreas metropolitanas, onde existem os hospitais privados das sociedades gestoras, que absorvem parte da produção, e outros hospitais EPE nas proximidades. Há pontos que podemos aprender e transpor para os hospitais EPE, nomeadamente a exigência da frequência das avaliações internacionais, ou a facilidade na mobilidade dos recursos humanos. Mas o relatório do TC tenta passar uma narrativa que se todos os hospitais fossem PPP, o SNS estaria melhor e mais barato, que claramente, não tem a mínima adesão à realidade. ●

# SEGUROS DE SAÚDE PRIVADOS COMO MODELO DE SAÚDE? É MELHOR NÃO IR POR AÍ

POR MOISÉS FERREIRA

**É interessante ler os debates parlamentares de 1979 sobre a criação do Serviço Nacional de Saúde. Fica desde logo evidente, em primeiro lugar, que o SNS nunca foi consensual, ao contrário do que muitas vezes se quer fazer crer, em segundo lugar, que os argumentos da Direita para acabar com o SNS não evoluíram nada desde então. Cristalizados e anquilosados desde 1979, rasgam vestes pela hegemonia da prática médica privada e cinicamente dizem fazê-lo em nome do superior interesse do utente.**

Rui Pena, deputado do CDS, bramia em maio de 79 “Quem acaba, afinal, por pagar os milhentos directores-gerais, os milhentos funcionários desse Serviço Nacional de Saúde? Quem acaba por pagar a «caixificação» da saúde em Portugal?”, enquanto outro seu colega de bancada, Henrique de Morais, lamentava que a Constituição não tivesse consagrado o princípio da eficiência para o SNS, de forma a “moderar utopias”. Insinuavam que um SNS como prestador público seria fatalmente um desperdício de dinheiro; que o recurso ao privado é que promoveria eficiência.

A proposta apresentada por este partido assentava em convenções com o setor privado e num seguro de saúde. O projeto que o PSD era um decalque. Lá estava a integração do setor privado no SNS e o seu financiamento através do Orçamento do Estado e de um seguro de saúde a suportar pelos utentes.

No mesmo debate, Eduardo Vieira, deputado do PSD, dizia preocupar-se por a proposta para o SNS português se inspirar no NHS inglês; é que, segundo o mesmo deputado, em Inglaterra registava-se na altura uma debandada de utentes para respostas de saúde alternativas, como os seguros de saúde, uma vez que o prestador público não era de qualidade. E em Portugal, continua Eduardo Vieira, “foram tratados em Lisboa, por hospitalização privada, no sector da cirurgia, 24 235 doentes da Previdência, que, custaram aos respectivos serviços 89 911 319 milhões de escudos, ou seja, uma média de 40005 por doente. Se os mesmos doentes tivessem sido tratados nos hospitais estatais, o seu custo teria sido de 261 495 000 milhões de escudos, com o preço médio de 13 800\$, isto é, cerca de 3,5 vezes mais”. Ou seja, um modelo de prestação pública é caro e de má qualidade.



É engraçado concluir que, mais coisa menos coisa, ainda hoje ouvimos isto da boca de Rui Rio, Cotrim Figueiredo, André Ventura ou de setores do PS, exemplo disso é o seu ex-secretário de Estado da Saúde e patrão do lóbi privado da hospitalização, Óscar Gaspar. Eles lá continuam a dizer que os utentes fogem para os seguros privados porque o SNS é mau ou que os privados são mais poupadinhos e bem mais eficientes. Na recente campanha eleitoral não ouvimos tudo isto? Que o SNS era tão mau que já 3 milhões de utentes tinham optado por seguros de saúde e que o que era preciso era promover a gestão privada no SNS?

Sobre isto, dois apontamentos: 1) é falso o que PSD e IL, por exemplo, dizem sobre o número de seguros privados em Portugal; segundo a ASF, a maior parte destes seguros – 1.792.002 – são feitos por grupos ou empresas e não pelos utentes; 2) é falsa a suposta superioridade gestonária do privado, como se tem visto nas PPP: elas pagavam abaixo do SNS a vários profissionais, impunham uma maior carga horária, recusavam-se a fazer atos mais caros, expedindo os utentes para os hospitais públicos, e acabavam sempre por exigir do Estado mais dinheiro, como acontece agora com o pedido de indemnização por causa da pandemia!

Mas mais do que isto tudo há os resultados em saúde em Portugal. O SNS consegue obter dos melhores resultados do mundo, o que ainda é mais impressionante tendo em conta o PIB nacional, o rendimento médio dos portugueses e o pouco investimento que é feito em saúde no nosso país.

Usemos os dados mais recentes compilados pela OCDE (para que os nossos liberais de serviço não se sintam desconfortáveis com a fonte) e comparemos, para começar, Portugal e os EUA, arautos do liberalismo e dos que exultaram com o fim da história:

Nos EUA gasta-se o equivalente a

16,8% do PIB em cuidados de saúde, a maior parte da despesa diz respeito a seguros privados de saúde. Isto representa uma despesa anual de \$10.948 por pessoa. Mesmo com esta despesa mais de 10% da população não tem qualquer acesso a cuidados de saúde e a relação entre o que é gasto e a qualidade dos cuidados é das piores dos vários países da OCDE. Os cidadãos dos EUA são os que mais gastam em saúde para terem uma esperança média de vida mais baixa, piores cuidados preventivos e mais mortes evitáveis.

**ALGUNS EXEMPLOS COMPARATIVOS: EM PORTUGAL EXISTEM 79 INTERNAMENTOS EVITÁVEIS EM CADA 100.000; NOS EUA SÃO 194/100.000. EM PORTUGAL A HOSPITALIZAÇÃO POR DIABETES É DE 44/100.000; NOS EUA É DE 226/100.000.**

O que nos dizem estes dados? Que os cuidados primários nos EUA são piores, que o acompanhamento dos utentes e das suas doenças são piores, que a medicina preventiva não funciona ou que os cidadãos não têm forma de manter vigilância sobre a sua saúde e as suas doenças. Mas podemos ver ainda outros dados como a mortalidade evitável, por exemplo. Em Portugal a mortalidade por causas preveníveis é de 109/100.000 e a mortalidade por causas tratáveis é de 64/100.000. Nos EUA esses valores são, respetivamente, de 177/100.000

e 88/100.000.

E Portugal consegue ter estes muito melhores resultados com uma despesa em saúde em 2020 a rondar os 10% do PIB, o que equivale a \$3.347 anuais per capita, sendo que a despesa pública é inferior a 6%. Com esses menos de 6% garante-se acesso a 100% da população e melhores resultados em saúde. Se se cruzarem variáveis como a despesa em saúde e esperança média de vida ou mortes evitáveis (coisa que é feita pela própria OCDE) Portugal aparece como um dos países mais eficientes do mundo, onde com menos se consegue melhores resultados.

**O farol do capitalismo pouco alumia quando falamos de ganhos em saúde ainda que possa ser uma torrente de luz se se quiser falar de ganhos à custa da saúde. De facto, gastar tanto, obrigar os utentes a gastar tanto, para ter tão pouco só pode deixar contentes as seguradoras e os seus acionistas. Ninguém mais.**

Por isso, sempre que os liberais, sejam os 1979, sejam os de agora, exumarem os seus argumentos sobre a eficiência e qualidade de um sistema baseado em seguros privados, lembremo-los disto: em Portugal temos um SNS que gastando menos 3 vezes do que se gasta nos EUA tem muitos melhores resultados. Não é por acaso, apesar da maior parte desses seguros serem feitos por empresas e não pelos utentes ou serem, por exemplo, condições para aceder a créditos bancários), que os privados são mais poupadinhos.

Não era verdade na altura e não é verdade agora. ●



# COMO A CIA HIPOTECOU A ERRADICAÇÃO DA POLIOMIELITE

POR MÁRIO ANDRÉ MACEDO



**No final de abril de 2012, o médico paquistanês Shakil Afridi foi condenado a 33 anos de prisão, pelo seu envolvimento no processo que levou à captura e morte de Osama Bin Laden. Por volta da mesma altura, a milhares de quilómetros de distância a oeste, a Organização Mundial de Saúde em Genebra, declarava a emergência no combate à poliomielite.**

No final de abril de 2012, o médico paquistanês Shakil Afridi foi condenado a 33 anos de prisão, pelo seu envolvimento no processo que levou à captura e morte de Osama Bin Laden. Por volta da mesma altura, a milhares de quilómetros de distância a oeste, a Organização Mundial de Saúde em Genebra, declarava a emergência no combate à poliomielite.

À primeira vista, os eventos não se encontram relacionados, mas têm mais em comum do que aquilo que aparentam a uma primeira observação. Trata-se de um caso que expõe os profundos vasos comunicantes entre política internacional e saúde. A forma como se influenciam mutuamente, é sobejamente conhecida. Neste caso, contribuiu para colocar em causa um objetivo de saúde mundial há muito perseguido: a erradicação da poliomielite.

O papel de Shakil, passava por colaborar com a agência norte-americana, para tentar perceber se uma determinada família que vivia de forma isolada em Abbottabad, correspondia à família de Bin Laden. Organizou um programa falso de vacinação contra a hepatite B. Centenas de crianças paquistanesas foram falsamente vacinadas, as agulhas foram guardadas, sendo desta forma recolhidas amostras de ADN. Posteriormente, este ADN seria utilizado para determinar que crianças pertenciam ao clã Bin Laden.

Infringindo todos os regulamentos éticos, traduzindo-se num ato que seria inadmissível para crianças

americanas, o programa foi utilizado em larga escala em crianças paquistanesas e afegãs. De forma a ultrapassar o filtro das autoridades locais de saúde, o médico alegou que tinha reunido doações internacionais para o seu programa. Doações que existiam sim, mas provenientes da CIA. O mais irónico é que este falso programa de vacinação pouco contribuiu para a captura de Bin Laden.

### **O QUE ESTE PROGRAMA CONSEGUIU, FOI ALAVANCAR A SUSPEIÇÃO DAS COMUNIDADES LOCAIS EM RELAÇÃO À AJUDA OCIDENTAL, ESPECIFICAMENTE, SOBRE VACINAÇÃO.**

De facto, até hoje, os dois únicos países com circulação endémica do vírus selvagem da poliomielite, são o Paquistão e Afeganistão. Em algumas regiões, equipas de saúde continuam a ser expulsas com violência, sendo negada às crianças uma vida sem o risco deste vírus.

É uma doença que deixa marcas visíveis na população. Uma das últimas grandes epidemias ocorreu em 1952 nos EUA, tendo sido relatados 58 mil casos, com 3145 óbitos e 21269 casos de paralisia definitiva. Em Portugal, o último caso de doença e paralisia por vírus selvagem, data de 1986. No período de 1954 a 1965, foram registados 2945 casos com paralisia e 345 mortes. Foi a campanha de vacinação contra a poliomielite, e o seu sucesso instantâneo, que lan-

çou as bases para o futuro programa nacional de vacinação.

Obama, em 2014, perante a pressão da opinião pública, garantiu que os EUA não voltariam a utilizar um programa de vacinação falso para a prossecução de objetivos de política externa. De facto, a lição por várias vezes aprendida, diz-nos que a mistura entre saúde e objetivos geoestratégicos é deletéria para a saúde global.

A diplomacia da saúde global rege-se por princípios da solidariedade, não securitários. Como assistimos durante esta pandemia, só estaremos bem quando todos estiverem bem. É importante o envolvimento da saúde na política externa, na elaboração de um tratado pandémico por exemplo, ou a visão da saúde como soft power, bem apropriado ao caso português. Encarar a saúde como uma arma do aparelho securitário ou repressivo é um erro, que apenas prejudica e coloca em causa tudo o que foi alcançado. ●



**SHAKIL AFRIDI, o médico paquistanês que em 2012 auxiliou a CIA a aplicar um falso programa de vacinas no âmbito da operação de eliminação de Osama Bin Laden**

## COMENTÁRIO AO LIVRO

# O SISTEMA DE SAÚDE NO ESTADO NOVO DE SALAZAR

POR BRUNO MAIA

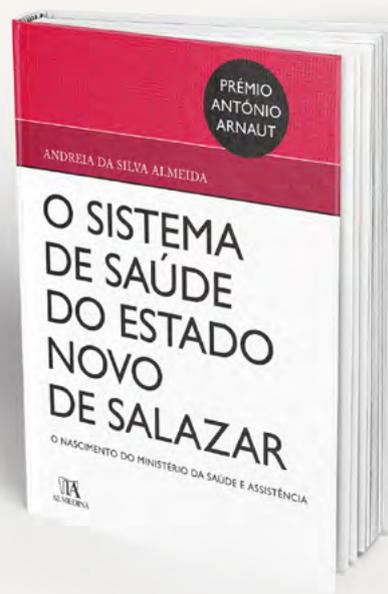
Vencedor do Prémio António Arnaut, é uma investigação histórica, de Andreia da Silva Almeida, sobre a criação do Ministério da Saúde e dos debates que atravessaram grande parte do período da ditadura.

**"A função do Estado e das autarquias na prestação da assistência é, normalmente, supletiva das iniciativas particulares" - Estatuto da Assistência Social, 1944**

Foi o próprio Salazar que declarou em 1922, quando era provedor da Misericórdia de Coimbra: "Deus nos livre que o Estado pretendesse substituir-se às velhas instituições portuguesas, fazendo por si a assistência. (...) A oficialização da caridade seria a sua destruição (...) sob pena de se transformar numa obrigação legal que perigosamente eleva a miséria à categoria de uma fonte de direitos sobre a riqueza comum". Para Salazar a saúde deveria ficar nas mãos dos privados dada a "ineficácia" da gestão pública "pela incomparável carestia da máquina burocrática" e na superioridade da gestão privada. Em 1944, era publicado o "Estatuto da Assistência Social", também ele muito explícito sobre o sistema de saúde da ditadura: "A função do Estado e das autarquias na prestação da assistência é, normalmente, supletiva das iniciativas particulares". Antes do Serviço Nacional de Saúde, Portugal tinha um «serviço nacional de caridade»: os mais ricos pagavam os seus cuidados em casas de saúde privadas e quartos particulares dos hospitais públicos, as classes médias e baixas que podiam, pagavam parte dos custos dos cuidados prestados e os mais pobres e os sem-abrigo tinham direito a assistência gratuita mediante a obtenção de um atestado municipal de indigência. Mais de metade da população portuguesa não tinha acesso a cuidados de saúde, por carência económica ou distanciamento geográfico. No ano de 1975, em cada 1000 nascimentos morriam 38 re-

cém-nascidos. 90% dos recursos humanos localizavam-se no litoral e 85% dos médicos especialistas estavam localizados apenas nas cidades de Lisboa, Porto e Coimbra (o SNS seria criado 3 anos depois).

**A POLÍTICA DE SAÚDE DO ESTADO NOVO ERA MUITO CLARA E ESTÁ EXPRESSA EM INÚMERA DOCUMENTAÇÃO HISTÓRICA: O ESTADO NÃO DEVERIA INTERFERIR NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE À POPULAÇÃO, ESSE É O PAPEL DOS PRIVADOS. AO ESTADO ESTAVA RESERVADO O PAPEL DE "APOIAR" ESSA PRESTAÇÃO PRIVADA, SEMPRE QUE NECESSÁRIO.**



O país era olhado, internacionalmente, como pobre e atrasado, com indicadores de saúde no fundo da tabela e, frequentemente havia "pacotes de ajuda" internacional, nomeadamente dos norte-americanos, que se dirigiam a Portugal e aos seus pobres.

**No ano de 1975, em cada 1000 nascimentos morriam 38 recém-nascidos. 90% dos recursos humanos localizavam-se no litoral e 85% dos médicos especialistas estavam localizados apenas nas cidades de Lisboa, Porto e Coimbra**

Mas esta opção do Estado Novo pela "saúde entregue aos privados e os pobres privados de saúde" não se desenvolveu sem oposição, inclusivamente de setores do interior da própria estrutura da ditadura. Na década de 60, aprovava-se o novo Estatuto da Saúde e Assistência e a Câmara Corporativa, consultada sobre o diploma, numa inflexão à política da época, afirmava que cabia ao Estado "a iniciativa da criação dos serviços de saúde e assistência que se tornarem indispensáveis". Só que a deliberação deste órgão não teve eco na ideologia social do Estado Novo e o texto final do novo Estatuto acabaria por vincar novamente que o papel do Estado era o de "uma ação meramente supletiva em relação às iniciativas e instituições particulares, que deverá favorecer". Também a partir da década de 60, os médicos entram em cena. Em 1961, a Ordem dos Médicos publica o "Relatório das Carreiras Médicas", que salientava a necessidade de criar carreiras médicas e organizar os serviços de saúde. Miller Guerra e Mário Mendes foram os grandes impulsores deste relatório que acabaria por criar bases de pensamento para a organização de um serviço de saúde universal.

Os paralelos argumentativos entre o período do Estado Novo, que nos conta o livro de Andreia da Silva Almeida, e os tempos atuais são esclarecedores. Vemos hoje os liberais e a direita defenderem a medicina privada com unhas e dentes, utilizando os mesmos argumentos de Salazar sobre a "ineficiência" do público e a "intromissão do Estado". Só que entre Salazar e a atualidade passaram 40 anos de SNS, e a evolução na qualidade de vida e nos indicadores de saúde do país são astronómicos. Regressar ao país miserável da ditadura parece ser o mote desta nova direita! ●

# ACESSO E DIREITO À SAÚDE

POR NUNO MALAFAIA



**O lóbi dos grupos económicos levou a uma lei de bases e a um estatuto do SNS nos anos 90, que obrigavam o Estado a pagar pelos serviços privados através de verba pública, a estimular o negócio privado da saúde, a permitir a migração dos seus profissionais e a difundir os seguros de saúde privados, fragilizando a igualdade no acesso aos cuidados de saúde e ameaçando o próprio ao direito à saúde.**

A evolução ao nível científico-tecnológico veio viabilizar a descoberta e desenvolvimento de muitas práticas utilizadas hoje que permitem um domínio das ciências da vida, o qual

seria impensável. A par desta evolução, a sociedade é inundada de novos fatores que acarretam a maximização da troca de informação, abastecendo os indivíduos de novas ferramentas, que permitem uma maior comunicação e um incremento de conhecimento. Contudo, esta evolução, que foi e é sem dúvida importante para a sociedade, promove o aparecimento de novas problemáticas, colocando em causa algumas fronteiras que nos indicam o caminho eticamente correto no domínio das ciências. Neste sentido, é pertinente analisar o jogo entre os interesses do desenvolvimento na área da saúde e a importância dos direitos fun-

damentais do indivíduo, suscitando uma discussão sobre princípios da bioética e deveres deontológicos, inseridos numa sociedade exigente e moderna.

O referido contexto bioético reclama um estudo inter ou transdisciplinar – com as respetivas dificuldades – que se orienta para a fixação de diretrizes que se destinem a proteger os direitos fundamentais – e, numa perspectiva internacional, mesmo dos direitos do homem – e a dignidade do ser humano que lhes serve de fundamento, impondo-se princípios como os da beneficência e da não-maleficência.



No atual panorama da medicina, é notável a urgência pelos aspetos tecnológicos, sempre com o objetivo incessante de curar ou de prolongar a vida, sendo a morte do indivíduo assumida como uma derrota. E, desta forma, fica frequentemente remetido para segundo plano o treino do controlo da dor e de outros sintomas. São a Autonomia, a Informação, a Liberdade de Escolha, a Privacidade, a Não-Discriminação e Não-Estigmatização, alguns exemplos dos direitos usualmente reconhecidos aos indivíduos em situação de doença. É certo que o indivíduo em situação de doença usufrui dos seus direitos enquanto paciente, quando reconhecido como pessoa que efetivamente sofre de um problema de saúde e necessita de cuidados. Torna-se, portanto, indissociável desta lógica, a garantia do acesso à saúde, como garantia do direito à saúde. Na nossa sociedade, essa garantia permanece sustentada pelo SNS, onde as portas estão sempre abertas para todos e todas, todos os dias, em todas as ocasiões, mesmo depois de exposto, durante décadas, à pressão dos grupos privados.

## ASSENTE SOBRE O SEU CARIZ PÚBLICO E UNIVERSAL E DADA A GRANDE RESILIÊNCIA DOS SEUS PROFISSIONAIS, O SNS SOBREVIVEU AOS ATAQUES POLÍTICOS, AOS VÁRIOS CORTES, AOS GIGANTES DESVIOS ORÇAMENTAIS PARA O SECTOR PRIVADO E ATÉ À DERRADEIRA PRESSÃO PANDÉMICA

O lóbi dos grupos económicos levou a uma lei de bases e a um estatuto do SNS nos anos 90, que obrigavam o Estado a pagar pelos serviços privados através de verba pública, a estimular o negócio privado da saúde, a permitir a migração dos seus profissionais e a difundir os seguros de saúde privados, fragilizando a igualdade no acesso aos cuidados de saúde e ameaçando o próprio ao direito à saúde. Todavia, assente sobre o seu cariz público e universal e dada a grande resiliência dos seus profissionais, o SNS sobreviveu aos ataques políticos, aos vários cortes, aos gi-

gantes desvios orçamentais para o sector privado e até à derradeira pressão pandémica.

Todos estes apports revelam um caminho rumo à humanização da saúde, demonstrando que o SNS é realmente a única forma de defender a saúde da população e desta forma garantir os direitos fundamentais dos indivíduos. É inegável que o SNS é o garante para a saúde da sociedade e para a real concretização do princípio da dignidade da pessoa humana, sem o qual aquele não pode ser considerado, através dos cuidados que proporciona, dos resultados que apresenta, mas também dando o exemplo através da sua fundamentação em princípios éticos, intervenção multidisciplinar e foco de ação voltado para o doente e não para uma cura, que nem sempre – infelizmente – é possível. ●

1. Gonçalves, J. A. S. F. (2006). *A Boa Morte: Ética no fim da vida*. Tese de Mestrado em Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto.

# MORRER NÃO É UMA OPÇÃO!

## A IMPORTÂNCIA DO ASSOCIATIVISMO SINDICAL

POR LUÍS MÓS

**Entrámos num círculo vicioso. os sindicatos são condenados por pedirem aumentos salariais e melhorias das condições de trabalho, supostamente colocando o país em esforço financeiro. o país fica numa posição ainda mais precária, ao ver mão-de-obra extremamente qualificada optar por emigrar para países que valorizam e dignificam os seus trabalhadores.**

Observamos atualmente um descrédito e insegurança face ao associativismo sindical. Vivemos um período

conturbado em que é imperativo uma mudança de paradigma e de filosofia, com o objetivo de envolver os trabalhadores naquelas que são as reivindicações dos seus direitos e deveres, defendidos pela Constituição Portuguesa e os quais os sindicatos devem fazer valer perante os órgãos governamentais.

Por outro lado, são necessárias novas formas de luta e atuações, que respondam não só às necessidades dos trabalhadores, mas dêem igualmente visibilidade social e atenção

das massas para os problemas relacionados com determinada classe profissional. Sem que estas formas de reivindicação prejudiquem os utilizadores/utentes dos serviços visados.

Sou profissional de saúde há 30 anos e, durante o meu percurso profissional, como delegado e atualmente como dirigente sindical, tenho observado uma degradação geral das condições laborais. Nomeadamente, contratos precários, desemprego crescente, carreiras pouco atrativas,



# ENFERMEIROS EM LUTA CONTRA A DISCRIMINAÇÃO

cuja progressão depende de métodos de avaliação de desempenho desajustados e manipuláveis. Tudo em prol de uma sociedade que privilegia o capitalismo liberal, que alimenta a economia paralela e consequentemente “mata” delicadamente o associativismo sindical.

O ano de 2011 apresenta-se como um marco importante que ditou, além da crise económica nacional, uma crise no associativismo sindical. Portugal encontrava-se débil financeiramente e a necessitar de ajuda externa, o que ditou um aumento da dívida pública portuguesa ao estrangeiro.

Ora, perante o estado moribundo da economia portuguesa e a entrada da Troika no país, os trabalhadores viram muitos dos seus direitos violados ou até mesmo abolidos. Isto traduziu-se numa perda de dias de férias, feriados, subsídios de férias e de Natal, congelamento das carreiras, aumento da carga horária sem o devido aumento proporcional do ordenado, agravados pelo pagamento de uma sobretaxa, que con-

denava a população a uma redução importante do seu poder de compra.

O clima de incerteza e precaridade reinava na sociedade e qualquer ação tida pelos sindicatos no sentido de ver repostos os direitos das pessoas, era condenada pelas entidades governamentais e pela própria sociedade no geral, por medo de serem despedidas ou que lhes fossem retiradas algumas das poucas regalias que ainda restavam. Mas a verdade é que, 10 anos após esta crise se ter instalado, ainda hoje os sindicatos lutam pela reposição de alguns destes direitos que foram corrompidos nessa altura.

Mesmo após o reerguer da condição económica do país, o governo, que se diz democrático, manteve-se como um dos maiores obstáculos à intervenção sindical. Perante os movimentos de luta propostos pelos sindicatos, eram decretadas requisições civis, suspensões unilaterais das negociações e imposição de carreiras sem acordo por parte do sindicato, o que vergou a crença dos trabalhadores nas atividades sindicais.

**EM PLENA PANDEMIA MUITOS TRABALHADORES SÃO AFASTADOS DOS SEUS LOCAIS DE TRABALHO, HÁ UM CONDICIONAMENTO DA ENTRADA DOS SINDICATOS NOS LOCAIS DE TRABALHO E O DISTANCIAMENTO ENTRE TRABALHADORES E SINDICATOS FICA AINDA MAIS EVIDENTE, OBRIGANDO A UMA REINVENÇÃO DESTES NA FORMA DE ACEDEREM AOS TRABALHADORES E COMPREENDEREM AS SUAS NECESSIDADES PERANTE ESTA NOVA REALIDADE.**

No final de 2019, o mundo foi “atacado” por um inimigo invisível que coloca novamente sindicatos e trabalhadores em fronteiras diferentes. Em plena pandemia muitos trabalhadores são afastados dos seus locais de trabalho, há um condicio-



**ENFERMEIROS  
EM LUTA  
CONTRA A DISCRIMINAÇÃO**

FOTO: PAULETE MATOS

namento da entrada dos sindicatos nos locais de trabalho e o distanciamento entre trabalhadores e sindicatos fica ainda mais evidente, obrigando a uma reinvenção destes na forma de acederem aos trabalhadores e compreenderem as suas necessidades perante esta nova realidade.

Assistimos, tristemente, a um lento afastamento entre as entidades governamentais e sindicais, sob subterfúgios, quer sejam por suposto prejuízo do interesse público, quer por estados de emergência aos quais esta pandemia nos têm habituado. Estados que ditam o adiamento de reuniões, prolongamento das negociações sem que haja um consenso, carreiras impostas e injustas tendo em conta a literacia profissional, e que podem parecer, aos "olhos da sociedade", como ineficiência dos sindicatos na luta pelos seus sindicalizados.

Entrámos num ciclo vicioso, em que os sindicatos são condenados por pedir aumentos salariais e melhorias das condições de trabalho, supostamente colocando o país em esforço financeiro, em que os gan-

hos obtidos são residuais, e que, conseqüentemente, colocam o país numa posição ainda mais precária, ao ver a sua mão-de-obra extremamente qualificada optar por emigrar para outros países que valorizam e dignificam os seus trabalhadores.

Esta falta de entendimento e inatividade governamental perante as necessidades dos trabalhadores fomenta a criação de "sindicatos cogumelos" e forças inorgânicas desestruturadas. Estas, apesar de alimentarem expectativas, ainda que irrealistas, apresentam grande adesão inicial, criando protestos momentâneos, que desequilibram a paz social, com ganhos nulos e acabam por enfraquecer o sindicalismo, colocando "todos no mesmo saco" ineficiente e fugaz.

O sindicalismo é fundamental na luta pelos direitos dos trabalhadores, zelando pelo seu bem-estar e conseqüente produtividade em ambiente profissional. Desistir não faz parte do vocabulário de um sindicalista como eu.

**DEVEMOS (...) EXIGIR ACORDOS COLETIVOS DE TRABALHO PARA TODAS AS EMPRESAS COM MAIS DE 50 TRABALHADORES, ESTABELECIDO LIMITES RAZOÁVEIS E PRAZOS DE NEGOCIAÇÃO QUE SEJAM EFETIVAMENTE CUMPRIDOS**

Devemos, talvez, repensar a organização das empresas, exigir Acordos Coletivos de Trabalho para todas as empresas com mais de 50 trabalhadores, estabelecendo limites razoáveis e prazos de negociação que sejam efetivamente cumpridos, insistir com as entidades governamentais no valor acrescido dos trabalhadores que vêm as suas competências e habilidades valorizadas, mas para isso precisamos de algo fundamental: que a sociedade e os trabalhadores voltem a acreditar que é possível, que juntos fazemos a força e só unidos como classe profissional conseguimos demolir estes gigantes opressores que ditam regras injustas incapazes de colocar na mesa uma negociação estruturada e coerente capaz de trazer benefícios para todas as partes envolvidas. ●

# A NECESSIDADE DE FALAR EM "ERROS"

POR JOANA BALTAZAR

**A qualidade em saúde é uma temática que começou a ser desenvolvida há mais de 150 anos. Em 1850, durante a guerra da Crimeia, a enfermeira Florence Nightingale concluiu, através de investigação científica e de registos estatísticos feitos pela própria na altura, que a melhoria das condições de higiene e de ventilação dos hospitais favoreciam a melhoria de soldados tratados.**

A descoberta de Florence foi uma revolução no mundo da saúde, pois possibilitou evitar mortes, não só em contexto de guerra, tendo também sido adoptados projetos sanitários mais adequados para os hospitais desde então. Sem saber, foi uma das grandes contribuidoras para a evolução da qualidade dos cuidados.

Mais tarde, outros autores desenvolveram esta temática, mas foi a definição de qualidade de Avedis Donabedian que ficou a mais conhecida. Este médico definiu qualidade como "a maximização do bem-estar do doente" e todas as restantes definições basearam-se nesta.

Em 1999, nos Estados Unidos da América, com a publicação de *To Err Is Human: Building a Safer Health System*, um relatório conhecido mundialmente pela sua inovação na abordagem aos erros e incidentes em saúde que demonstrou a necessidade de implementar estratégias que aumentassem a segurança dos doentes. Este foi um documento essencial para avançar para um novo paradigma dos cuidados de saúde. Emergiram estratégias e medidas de aperfeiçoamento de processos, com vista a melhorar a qualidade e resultados em saúde. No início do século XXI, o conhecido Institute Of Medicine (IOM) atribuiu características como segurança, eficiência, eficácia, equidade, acessibilidade e centralidade no doente ao conceito de qualidade, tendo definido qualidade como a capacidade de os serviços de saúde "atingirem resultados desejáveis".

Recentemente, a Organização Mundial de Saúde (OMS)

acabou por adotar a definição de qualidade do IOM, acrescentando a necessidade de aumentar resultados desejáveis ao conhecimento científico e profissional atual, reforçando a necessidade de uma medicina baseada na evidência da melhoria dos cuidados.

Em Portugal, a Direção Geral de Saúde (DGS) utiliza a definição de qualidade, não só centrada no resultado (melhor desempenho possível) mas no processo, referindo-se a qualidade como "fazer o melhor, no tempo certo e às pessoas certas, devendo ser feita no sítio certo e a um preço o mais baixo possível, de forma adequada às expectativas do cidadão".

Sabe-se que a temática da qualidade em saúde tem sido alvo de interesse e crescimento nos últimos anos, quer a nível nacional, quer internacional. Tal como a DGS o transmite na sua definição, a qualidade em saúde e a segurança do doente são dois temas interligados e indissociáveis que, em conjunto, possibilitam a melhoria contínua e a promoção de cultura e políticas de segurança.

Os erros em saúde são considerados um grave problema de Saúde Pública, no nosso país e em todo o mundo. Esta problemática é responsável por elevadas taxas quer de morbilidade, quer de mortalidade, e contribuem negativamente para a sustentabilidade económica dos sistemas de saúde.

Segundo a OMS, os erros médicos ou erros associados aos cuidados de saúde (como gosto mais de lhes chamar) têm uma incidência comparável a doenças como a tuberculose e a malária. Estima-se que dos 421 milhões de internamentos anuais, 43 milhões sejam devido a incidentes decorrentes da prestação de cuidados. Quantos destes poderiam ser evitados?

Erros e eventos adversos aparecem muitas vezes de forma indesejada no decorrer dos cuidados de saúde pres-



tados. Apesar de muitas vezes ouvirmos falar nestas terminologias, é importante clarificá-las e distingui-las.

Quando se fala em erros associados aos cuidados de saúde, fala-se de ameaças à segurança do utente. Estes resultam de falhas na integração das diferentes entidades envolvidas nos processos de prestação de cuidados. Por sua vez, os eventos adversos são acontecimentos que podem culminar em erros, danos ou mesmo na morte do doente. Estes eventos têm impactos negativos não só para os doentes, mas também a nível organizacional, profissional e económico.

### MUITOS DOS DESAFIOS PARA O SISTEMA DE SAÚDE RESIDEM NA IDENTIFICAÇÃO DE ERROS E EVENTOS ADVERSOS, PODENDO ESTE PROCESSO MINIMIZAR A SUA INCIDÊNCIA E AUMENTAR A SEGURANÇA DO DOENTE.

Várias são as estratégias propostas pelas mais importantes entidades de saúde no sentido de aumentar a segurança do doente. Explanar de forma sucinta a pertinência deste assunto possibilita a exploração dos fatores deste contexto, e cria espaço para emergir uma maior compreensão e sensibilização para a problemática.

Segundo o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, criado pela DGS, existem 9 dimensões a ser abordadas na questão da segurança do doente. Com o novo Plano 2021-2026, as reestruturações das mesmas deram lugar a 4 grandes grupos de intervenção. Ambos os planos contemplam uma área destinada à gestão de incidentes e notificações.

A realização de notificações pode possibilitar a investigação da etiologia e tipologia de erros, de forma a identificá-los e caracterizá-los. Segundo a OMS, se os profissionais de saúde não realizam notificações e se as

organizações hospitalares não reportam e publicam, os mesmos podem acontecer repetidamente, prejudicando a segurança dos doentes.

De forma a tornar possível a realização de uma base de dados de incidentes e eventos adversos nos cuidados de saúde, foram criados os sistemas de notificação. Estes são plataformas fundamentais para aperfeiçoar processos e melhorar a cultura de segurança.

Em Portugal, o Departamento da Qualidade da DGS, em 2013, criou o sistema nacional de notificações de incidentes e eventos adversos (SNNIEA), que um ano depois foi reestruturado, dando lugar ao sistema atual – o Notific@. Esta é uma plataforma, anónima, confidencial e não punitiva, de gestão de incidentes, ocorridos nas unidades prestadoras de cuidados do sistema de saúde. Reforça-se que os profissionais de saúde devem expor tanto quanto possível qualquer evento que seja ou possa constituir uma ameaça à segurança do doente. Porém, é usual existirem dúvidas durante o processo de notificação; todas as dúvidas são pertinentes e podem ser expostas a partir do e-mail [notifica@dgs.pt](mailto:notifica@dgs.pt).

Com a criação destas formas de recolha de informação, é possível a recolha de informação indispensável para analisar dados e criar planos de intervenção, definir estratégia e intervenções de aprendizagem, com vista à melhoria do sistema, prevenir incidentes, reforçar a segurança e melhorar a qualidade.

Todavia, apesar da clara evidência científica do impacto positivo das notificações no sistema de saúde, todos os estudos apontam para a existência de subnotificação.

Até onde estamos dispostos a falar de erros para melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados?

# REVISÃO DA LITERATURA

# OS SISTEMAS DE SAÚDE "BISMARCKIANOS" SÃO MELHORES DO QUE O NOSSO?

POR BRUNO MAIA

Os sistemas de saúde europeus dividem-se, historicamente, em dois grupos, quanto à forma do seu financiamento. O nosso, "Beveridgiano", supõe que o Estado financia e presta os cuidados de saúde num serviço público, acessível a todos. É o sistema de saúde no Reino Unido, Suécia ou Dinamarca.

O outro grupo são os "Bismarckianos" que, ao contrário do SNS, preveem a existência de um seguro de saúde obrigatório financiado em parte pelo próprio cidadão e em parte pelo empregador - neste modelo, a prestação de cuidados pode ser, essencialmente, privada mas o Estado detém um papel fundamental de regulação do financiamento, universalidade e prestação dos cuidados. Alemanha, França e Holanda são exemplos.

Na última campanha eleitoral, a Iniciativa Liberal tornou-se vocal na defesa de uma transformação do SNS para um sistema semelhante ao "Bismarckiano". Mas as propostas da direita nesse sentido têm história: a reivindicação "ADSE para todos" abraçada no passado pelo CDS, é disso exemplo. A reivindicação de Rui Rio de aumento das convenções do SNS com o setor privado, vão disfarçadamente nesse sentido.

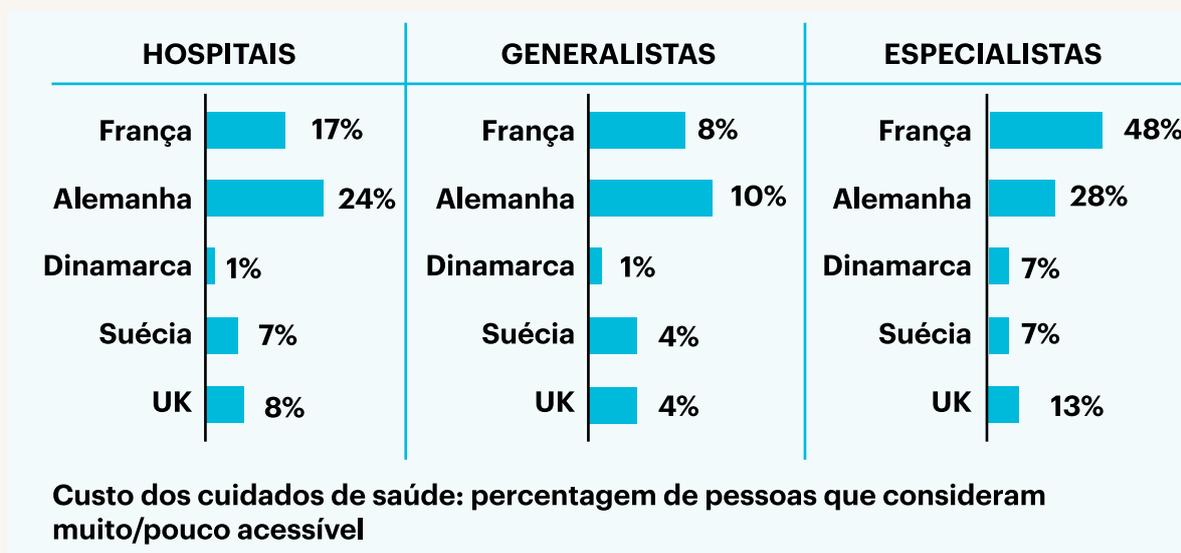
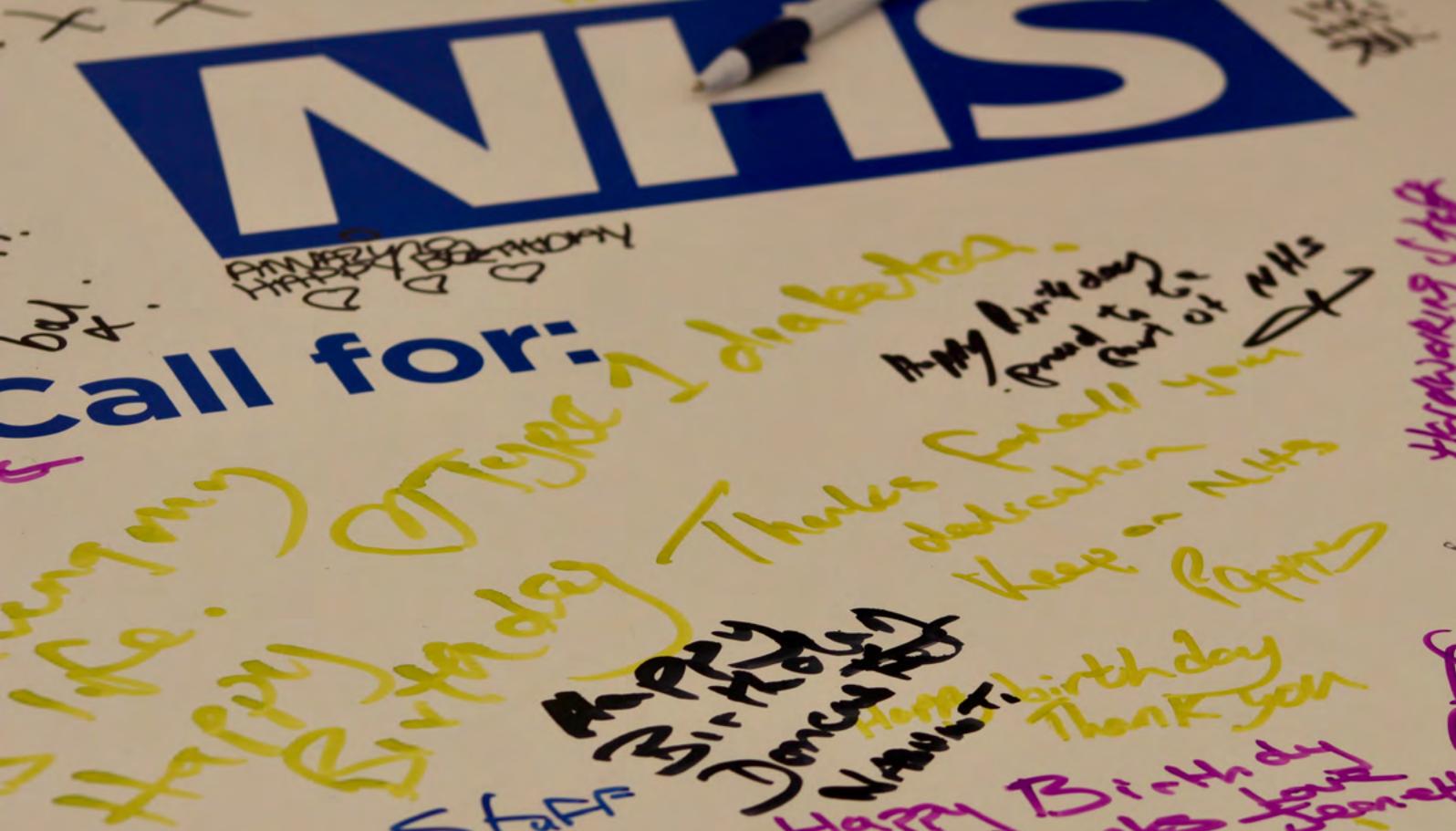
Têm sido feitas, ao longo das últimas décadas, comparações sistemáticas entre ambos os tipos de sistemas de saúde e todas chegam à mesma conclusão: as diferenças de resultados entre os países europeus não se deve ao tipo de sistema adoptado mas sim a diferenças organizacionais e de financiamento entre cada país. É isso mesmo que demonstram Gaeta et al. num artigo original publicado no Journal of Preventive Medicine and Hygiene, em 2017 - "pode-se afirmar que os melhores resultados em saúde são explicados por fatores económicos específicos de cada país [europeu]".

Or et al., num artigo publicado na revista "Health Economics, Policy and Law", sugerem mesmo que adotar uma estratégia de "copy-and-paste" de um país para outro será, como propõem os liberais, é ineficaz. E isso facilmente percebemos, olhando para a realidade dos países: há listas de espera em países "bismarckianos", tal como

há países "beveridgianos" que não têm listas de espera. Com a agravante de a Saúde nos países "Bismarckianos" ser, consistentemente, mais cara, tal como mostram os autores numa análise comparativa entre França e Alemanha com a Dinamarca, a Suécia e o Reino Unido:

Os liberais argumentam que se o utente tiver "liberdade de escolha", entre público e privado, as unidades de saúde competirão entre si e aquela que oferecer maior qualidade, será a mais procurada e a mais rentável. Isto levaria, em teoria, a um aumento de qualidade no público e no privado. Infelizmente (e mais uma vez) a realidade veio contrariar esta teoria. O Reino Unido optou por experimentar este caminho há, pelo menos, duas décadas mas os resultados já foram avaliados e são negativos: o relatório "Audit Commission and Healthcare Commission" de 2008, não encontrou qualquer evidência de que uma maior escolha tenha conduzido a maior qualidade nos serviços - a competição não resultou em melhoria, como mostram Bevan et al. numa análise ao relatório, publicada em 2010. Nesse mesmo relatório concluiu-se que a maioria dos utentes não desejava "uma maior escolha" de hospitais mas sim mais qualidade no hospital mais perto de si.

Em conclusão: não há diferenças na qualidade dos cuidados, no acesso ou nas listas de espera entre países com sistemas "Beveridge" (Portugal, Reino Unido, Dinamarca, Suécia) e países com sistemas "Bismarck" (Alemanha, Holanda, França). O que há é diferenças de financiamento e organização entre cada país, independentemente do sistema. Ou seja, a proposta dos liberais de mudarmos o financiamento do SNS para outro sistema, é inócua. Só nos faria perder tempo, sem ganhos nenhuns. ●



**Figura – Nos países “Bismarckianos” (França e Alemanha), a percentagem da população que considera a saúde pouco acessível economicamente, é muito superior aos países “Beveridgianos” (Dinamarca, Suécia e Reino Unido)**

**Bibliografia:**

Gaeta M, Campanella F, Capasso L, Schifino GM, Gentile L, Banfi G, Pelissero G, Ricci C. An overview of different health indicators used in the European Health Systems. J Prev Med Hyg. 2017 Jun;58(2):E114-E120.

Or Z, Cases C, Lisac M, Vrangbaek K, Winblad U, Bevan G. Are health problems systemic? Politics of access and choice under Beveridge and Bismarck systems. Health Econ Policy Law. 2010 Jul;5(3):269-93.

Bevan G, Helderman JK, Wilsford D. Changing choices in health care: implications for equity, efficiency and cost. Health Econ Policy Law. 2010 Jul;5(3):251-67.

# A PAZ É A SOLUÇÃO

POR MÁRIO ANDRÉ MACEDO



ANA MENDES

**O apelo à paz não deve estar dissociado de um julgamento moral: foi a Rússia que agrediu e atacou o seu vizinho. O apelo à paz deve estar associado ao pedido para que as forças russas cessem imediatamente o seu ataque e recuem para o seu território.**

No dia 24 de fevereiro, forças russas invadiram, sem justificação nem provocação prévia, a Ucrânia. Apenas 3 dias depois, a dia 27 de fevereiro, o regime russo colocou as suas forças

nucleares em alerta especial. Encontram-se agora num estado de “pré-combate”, criando as condições legais e operacionais necessárias para a sua utilização.

Provavelmente, esta escalada faz parte da teoria da deterrence. Moscovo pretende, mais do que utilizar as armas, criar a perceção no Ocidente que pondera a sua utilização, causando desta forma medo e incerteza. Mas teorias à parte, esta escalada e ameaça nuclear é totalmente inaceitável.

Aumentou a ansiedade e o sofrimento que todos os civis estão a passar por estes dias, não se restringindo à Ucrânia. Há relatos de verdadeiras corridas a comprimidos de iodo um pouco por toda a Europa, incluindo Portugal. Aproveito para lembrar que não se deve tomar iodo sem prescrição médica, não é uma medicação inócua e necessita de acompanhamento por profissionais de saúde. Sem esquecer que é um medicamento essencial para algumas pessoas, pelo que não de-

vemos esgotar as reservas de iodo disponíveis, privando a medicação de quem mais dela precisa. Por fim, mas não menos importante, as doses necessárias para responder à radiação não são as que se encontram à venda, pelo que em caso de real necessidade, caberá à DGS a sua distribuição.

Apesar de ser consensual que ninguém vence uma guerra nuclear, e como tal não deve ser provocada, tal como foi reafirmado em janeiro deste ano pelos países com maior capacidade nuclear – EUA, Rússia, China, Reino Unido e França – a realidade e a história mostram-nos que, por algumas vezes, o mundo esteve demasiado perto de uma desastrosa guerra nuclear. Os exemplos mais conhecidos, levam-nos para a crise dos mísseis cubanos ou o exercício da NATO Able Archer. Mesmo após a guerra fria e num contexto de paz e boas relações, estes incidentes continuaram a acontecer, como em 1995, quando operadores russos confundiram o lançamento de um satélite científico norueguês com um primeiro ataque nuclear por parte dos EUA.

Quando falamos de armas nucleares, um pequeno erro causado pela ansiedade ou uma cadeia de comando isolada e paranóica, produz consequências sem paralelo na história. Quem defende uma intervenção militar na Ucrânia, como a imposição de uma no fly zone, e quem relativiza os impactos de uma guerra nuclear, ou está pouco informado, ou adotou uma caricatura do Dr Strangelove, do célebre filme do Kubrick.

Cerca de 200 mil pessoas morreram nos 5 meses após Hiroshima e Nagasaki. Os sobreviventes, têm um risco acrescido de vários de tipos de cancro e doença cardiovascular, não podendo ser ignorado todo o trauma psicológico associado. Este risco é bem maior nas crianças, ou seja, quem menos culpa tem da guerra causada pelas elites, é quem mais sofre com a destruição.

Não há um limite seguros para uma escalada deste tipo. Os impactos de uma “pequena” guerra nuclear, com a utilização de 100 ogivas russas e americanas, seria o suficiente para provocar um pequeno inverno

nuclear. As poeiras e partículas resultantes das explosões, acumulam-se iam em quantidades suficientes na atmosfera para bloquear a luz solar. Como consequência imediata, teríamos uma enorme quebra na produção agrícola e fome mundial generalizada. Não teríamos um vencedor, apenas um mundo de pobres perdedores.

Temos de trabalhar para uma paz justa e duradoura. Mas este apelo à paz não deve estar dissociado de um julgamento moral: foi a Rússia que agrediu e atacou o seu vizinho. O apelo à paz deve estar associado ao pedido para que as forças russas cessem imediatamente o seu ataque e recuem para o seu território. Enquanto trabalhamos para este fim, é preciso fornecer apoio e auxílio a quem foge da guerra, as principais vítimas e sem qualquer culpa das ambições imperiais russas, e denunciar as várias vezes mais interessadas em escalar o conflito sem pensar nas consequências, que em promover a paz. ●

**CERCA DE 200 MIL PESSOAS MORRERAM NOS 5 MESES APÓS HIROSHIMA E NAGASAKI. OS SOBREVIVENTES, TÊM UM RISCO ACRESCIDO DE VÁRIOS DE TIPOS DE CANCRO E DOENÇA CARDIOVASCULAR, NÃO PODENDO SER IGNORADO TODO O TRAUMA PSICOLÓGICO ASSOCIADO. ESTE RISCO É BEM MAIOR NAS CRIANÇAS, OU SEJA, QUEM MENOS CULPA TEM DA GUERRA CAUSADA PELAS ELITES, É QUEM MAIS SOFRE COM A DESTRUIÇÃO.**



# HÁ 10 ANOS FOI ASSIM



PAULETE MATOS

Em Abril de 2012, o governo de Passos Coelho - Paulo Portas anunciava o encerramento da Maternidade Alfredo Da Costa (MAC), em Lisboa.

Motivados por razões economicistas e pela localização física da MAC ser num local de elevada especulação imobiliária, a decisão deixou profissionais e utentes revoltados. A MAC era na altura o local onde ocorria o maior número de nascimentos em todo o país, onde era assistido o maior número de bebés prematuros e onde existia o maior centro público de Medicina Reprodutiva. Era ainda o local de referência para gravidezes de risco, recebendo anualmente centenas de grávidas referenciadas de outros hospitais da área de Lisboa e arredores.

Por iniciativa de alguns utentes e profissionais da MAC, no dia 11 de Abril daquele ano, foi convocada uma manifestação contra o seu encerramento que consistia em fazer um cordão humano à volta do edifício.

O número de pessoas que se juntou no "Abraço à MAC" dava para realizar dois cordões humanos à volta da maternidade. Meia hora antes da hora marcada já o cordão estava constituído, mobilizando os profissionais que lá trabalham, mas também familiares, amigos e muitas pessoas que vieram simplesmente dizer: "Eu quero a MAC aberta!" Num clima de grande indignação as pessoas questionavam, em pancartas e nas conversas, porquê encerrar um serviço de qualidade? E uma

faixa acusava: "Fechar a MAC é ceder ao negócio". Com grande emotividade ouviu-se "Eu nasci aqui". O deputado João Semedo, do Bloco de Esquerda, afirmava que a decisão era "um erro gravíssimo" do governo que não apresentou "um único argumento válido para encerrar a maior e a mais diferenciada maternidade do país".

Poucas semanas depois do "Abraço à MAC", o governo anunciava a desistência do projeto de encerramento. Ainda hoje a MAC continua a ser a maior maternidade do país, estando atualmente prevista a sua transferência para o Hospital Oriental de Lisboa, cujo início da construção está previsto para esta legislatura. ●

Podcasts.

Reportagens.

Vídeos.

Opinião.

[esquerda.net](http://esquerda.net)

## O PORTAL DE TODAS AS LUTAS.

