

N.º2 | JUNHO 2022

# ESQUERDA SAÚDE

ESQUERDA.NET/SAUDE

## O NEGÓCIO VAI BEM a saúde nem tanto



DOSSIER.  
INVESTIGAÇÃO  
EM SAÚDE

CHILE.  
CADASTRO  
LIBERAL

TRABALHO  
MÉDICO.  
ESTÁ NA HORA  
DE DIGNIFICAR?

ABORTO.  
EUA EM  
RETROCESSO

DISCRIMINAÇÃO.  
PESSOAS TRÂNS E  
DIREITO À SAÚDE

E AINDA REFUGIADOS. EUTANÁSIA. CUIDADOS PALIATIVOS.  
AÇORES. FERNANDO NAMORA

## EDITORIAL

HORAS EXTRA, PRECARIIDADE, PERDA DE SALÁRIO E UMA PANDEMIA

# JÁ ESTÁ NA ALTURA DE DIGNIFICAR O TRABALHO MÉDICO?

**TÂNIA RUSSO** | Médica no Hospital Amadora-Sintra, Dirigente Sindical e Deputada Municipal em Sintra

A pandemia por SARS-CoV-2 tem sido uma prova dura para o Serviço Nacional de Saúde e para os seus profissionais. Apesar do esforço exigido e do cenário de incerteza e de risco, os médicos e médicas do SNS nunca deixaram de dizer presente. Se não é este o momento de finalmente reconhecer a importância destas trabalhadoras e trabalhadores na vida das pessoas e do país e de lhes conferir não um privilégio, mas o mais justo direito a salários e condições de trabalho dignas, quando será?

A exigência da pandemia sobrepôs-se a anos de destruição da carreira médica, de congelamento das progressões e de salários, de degradação das condições de trabalho, da precariedade de contratos de prestação de serviços para medicina à tarefa e de um avolumar inenunciável de horas extraordinárias, que em muitos casos chegam a equivaler a três ou quatro meses de trabalho extra. Os sucessivos ataques aos trabalhadores médicos e trabalhadoras médicas levou à perda de poder de compra de 17% desde 2010.

Em resultado desta sangria, temos assistido ao abandono massivo do SNS pelos profissionais e à perda de capacidade deste para as instituições privadas. E isso não é uma escolha dos trabalhadores. É sim uma escolha política, a que os sucessivos governos têm dado continuidade. Os problemas e a deliberada delapidação do SNS não surgiram com a pandemia: avolumaram-se durante mais de uma década e traduzem-se agora em mais de 1,1 milhões de pessoas sem médico de família, em urgências sobrelotadas e com mais de 10 horas de espera e em 22 milhões de horas extra no ano passado. A despesa estimada do SNS com horas extra dos médicos em 2021 daria para contratar mais de 3800 médicos a tempo inteiro na base da carreira.

A falta de vontade política para resolver as doenças crónicas que têm sido infligidas ao SNS não resulta de inércia nem de falta de dinheiro – é o concretizar progressivo de uma agenda política e ideológica de entrega deliberada do filão da saúde aos privados, à custa de um serviço público, universal e equitativo.

Mesmo nas instituições privadas, os direitos laborais são constantemente atropelados. O falso trabalho independente e a contratação através de microempresa do próprio médico ou médica são uma imposição da entidade patronal como forma de se livrar dos encargos com a segurança social, que confere direitos aos trabalhadores, como a proteção na doença e o apoio na parentalidade. E é impossível esquecer a atitude parasitária dos privados, que encerraram portas no despontar da pandemia, mandando centenas de trabalhadores e trabalhadoras para um lay-off financiado pelo Estado, numa altura em que o país mais precisava do seu contributo.

Os sindicatos médicos têm levado as suas reivindicações ao Ministério da Saúde, mas do outro lado têm encontrado indisponibilidade para a negociação. Esta intransigência acabou por empurrar para medidas de luta mais duras, com a realização nos últimos cinco anos de três greves nacionais, uma greve regional e várias greves setoriais, incluindo do SAMS. Só o sentido cívico e de responsabilidade para com os cidadãos e as cidadãs neste duro cenário de pandemia tem impedido as médicas e médicos de encetarem mais formas de luta nos últimos dois anos. Neste novo ciclo político, a maioria absoluta faz antever uma postura ainda menos dialogante, que só o esforço conjunto e a mobilização de todos e todas, profissionais, utentes, sindicatos e sociedade civil, podem quebrar.

Numa profissão que defende a humanização dos cuidados de saúde, não é compreensível que quem presta cuidados o faça sob condições desumanas. É necessário aumentar salários, reforçar equipas, reduzir a penosidade do trabalho em urgência, criar condições para a fixação de médicos de família e médicos hospitalares nas regiões carenciadas. É urgente recuperar e respeitar a carreira médica e valorizar todos os profissionais de saúde, que são o pilar do SNS. Melhorar as condições de trabalho é lutar por um SNS que é de todos e de todas. ●

## ÍNDICE

2. Editorial
3. O Triunfo do conservadorismo sobre as decisões das mulheres, **Ana Campos**
5. Entrevista a Jo Rodrigues,
7. Hayek, Pinochet e os social-liberais entram num bar..., **Moisés Ferreira**
9. O negócio vai bem (a saúde nem por isso), **Maria Ribeiro**
10. DOSSIER: Inovação em Saúde – Importância da investigação clínica e de translação, **Maria João Carvalho**
14. DOSSIER: O papel do mercado no desenvolvimento de vacinas: Fonte de avanços ou força de bloqueios?, **Miguel Prudêncio**
17. DOSSIER: Quem deve financiar a ciência?, **Ana Isabel Silva**
18. Lei da eutanásia: contra a prepotência, **José Manuel Pureza**
19. Cuidados Paliativos – Direitos humanos em fim de vida, **Gisela Almeida**
20. Por um SNS mais universal e equitativo – Acolher e cuidar dos refugiados, **Sónia Pinto**
23. Para os profissionais de saúde, uma salva de... precariedade!, **Jéssina Araújo**
24. Transformar o SNS, a agenda de um encontro à esquerda
26. Revisão da literatura : a legalização da cannabis aumenta o consumo entre os jovens?, **Bruno Maia**
28. Há setenta anos: "Deuses e Demónios da Medicina", de Fernando Namora, **António Rodrigues**

### ESQUERDA SAÚDE

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

**ESQUERDA.NET/SAUDE**

### EDITORES

BRUNO MAIA  
MÁRIO ANDRÉ MACEDO

### DESIGN

RITA GORGULHO

# O TRIUNFO DO CONSERVADORISMO CONTRA AS DECISÕES DAS MULHERES

POR ANA CAMPOS | Médica Obstetra



FOTO | UNSPLASH/GAYATRI MALHOTRI

**Roe vs. Wade, como ficou conhecida a possibilidade constitucional de as mulheres dos EUA poderem em liberdade pedir uma interrupção de gravidez, foi uma decisão histórica.**

Esta decisão envolveu Norma McCorvey, conhecida pelo pseudônimo de "Jane Roe" que tinha ficado grávida em 1969 e pretendia fazer um aborto. Contudo no seu estado de residência, o Texas, o aborto só era permitido para salvar a vida da mãe. As suas advogadas apresentaram uma quei-

xa processual no tribunal federal contra o responsável distrital Henry Wade, alegando a inconstitucionalidade das leis relativas ao aborto. No Texas, o processo teve parecer favorável. Em Janeiro de 1973 o Supremo Tribunal, numa decisão de 7-2 considerou que Roe tinha razão, agendando a reda-

ção da 14ª emenda constitucional que concede o “direito à privacidade”, com proteção da decisão de interrupção de uma gravidez. A esta decisão seguiu-se a regulamentação da lei. Nos EUA o aborto a pedido da mulher pode ser realizado até às 24 semanas.

Pais de grandes contrastes, a decisão de uma mulher poder realizar uma interrupção de gravidez (IVG) sempre foi sujeita a enormes polémicas, sobretudo nos estados mais conservadores, com manifestações de rua, intimidação, pelos setores mais fanáticos, tanto de mulheres como de profissionais de saúde, assalto a clínicas de aborto e encerramento de algumas por pressão da população, muitas vezes liderada por seitas ultra-reacionárias, como o Ku Klux Klan.

A sociedade americana nunca conseguiu viver em debate aberto e democrático com a questão do aborto e cedo surgiram manifestações e tentativas de criar obstáculos à aplicação da lei. As administrações centrais e estaduais, nomeadamente nas presidências de Reagan, Bush e posteriormente de Trump reduziram verbas para fundos estaduais de comparticipação no aborto, já que desde 1978 na 1ª emenda a este direito, conhecida como “Hyde Amendment” tinha sido restringido o pagamento pelas seguradoras, essencialmente a Medicare e a Medicaid, a não ser que se tratasse

de “preservar” a saúde das mulheres. Esta restrição atinge essencialmente os jovens e as pessoas com salários mais baixos, obrigadas a viajar de um estado para outro em que haja suporte do estado com fundos para a prática de aborto. Só 26% dos abortos são cobertos por segurança pública ou privada.

A situação teve um agravamento substancial sob o governo Trump, que, além das verbas estatais para educação sexual e acesso a contraceptivos, reduziu o suporte do Estado a fundos de investigação e de apoio, nacionais e internacionais, que apresentassem na sua prática o apoio ou a realização de abortos. Vive-se constantemente com a ameaça de uma cultura “de pseudo-ciência”, que dissemina informação errada acerca da reprodução, da contraceção e das consequências de uma aborto. Entre 1995 e 2003 muitas medidas anti-escolha foram promulgadas e em 2003 10 estados fizeram leis que impedem a maior parte dos abortos.

O país encontra-se dividido entre os estados que permitem livremente o acesso ao aborto nas condições da lei (até às 24 semanas de gestação) aceitando mesmo mulheres de outros estados, e os que reduzem drasticamente as condições da lei, com sistemáticas represálias em relação aos profissionais de saúde que colaboram

na prática de aborto. Estas divisões estão muito próximas das divisões de votação nacional nos dois principais partidos. Atualmente 57% das mulheres em idade reprodutiva vive num estado considerado hostil em relação ao acesso ao aborto. Alguns estados reduziram drasticamente as condições de acesso ao aborto: tempo de espera, exigência de que os pais estejam presentes e autorizem o aborto nas menores.

O aborto médico é dificultado nalguns estados, por falta de fármacos essenciais à sua prática em segurança e nalguns estados foram proibidos @s enfermeir@s de saúde materna e @s médicos de medicina geral de participar e dirigir abortos medicamentosos, o que reduziu drasticamente o número de profissionais para a sua prática.

A Califórnia é considerada “um estado refúgio em relação aos direitos ao aborto”; com o estado de Nova Iorque passa-se o mesmo. A recente mudança na composição do Supremo com uma maioria de juizes conservadora pode levar a que a lei constitucional seja minada e transformada, passando-se à situação anterior a 1973, em que cada estado podia decidir livremente se permitia ou não que uma mulher abortasse e em que condições.

As vidas das mulheres estão seguramente em perigo. ●



## BIBLIOGRAFIA

<https://search.medscape.com/search/?q=Roe%20vs%20Wade>

[https://www.medscape.com/viewarticle/973807\\_print](https://www.medscape.com/viewarticle/973807_print)

<https://www.nytimes.com/2022/05/11/us/abortion-bill-blocked-senate.html>

<https://www.guttmacher.org/state-policy>

# "DAS PESSOAS TRANS QUE RECORRERAM AO SNS, MAIS DE METADE SOFREU DISCRIMINAÇÃO"

ENTREVISTA A JO RODRIGUES | Presidente da Associação Anémoma

## O que é a Anémoma?

A Anémoma é uma associação de pessoas médicas LGBTI+ e suas aliadas, que nasceu com a necessidade de inserir no SNS políticas de saúde para pessoas trans não-binárias. Não respondemos só a pessoas trans que necessitam de fazer transição, mas também a todo o tipo de cuidados de saúde que sejam necessários, nomeadamente referência a profissionais "LGBT-friendly". Há dentro da comunidade LGBTI+ o receio de ir ao SNS, com medo de sofrer algum tipo de discriminação. As pessoas procuram um local ou profissional que seja seguro. Isto que fazemos é um penso rápido e não é suficiente. São necessárias alternativas estruturais, nomeadamente a educação e formação de profissionais de saúde. Nós damos formação a profissionais, maioritariamente estudantes de medicina, pessoas médicas em centros de saúde e em hospitais. Já chegamos a 600 estudantes de Medicina e 200 pessoas médicas. Tentamos produzir "guidelines" portuguesas a partir da revisão de recomendações internacionais.

## As normas em vigor excluem as pessoas trans?

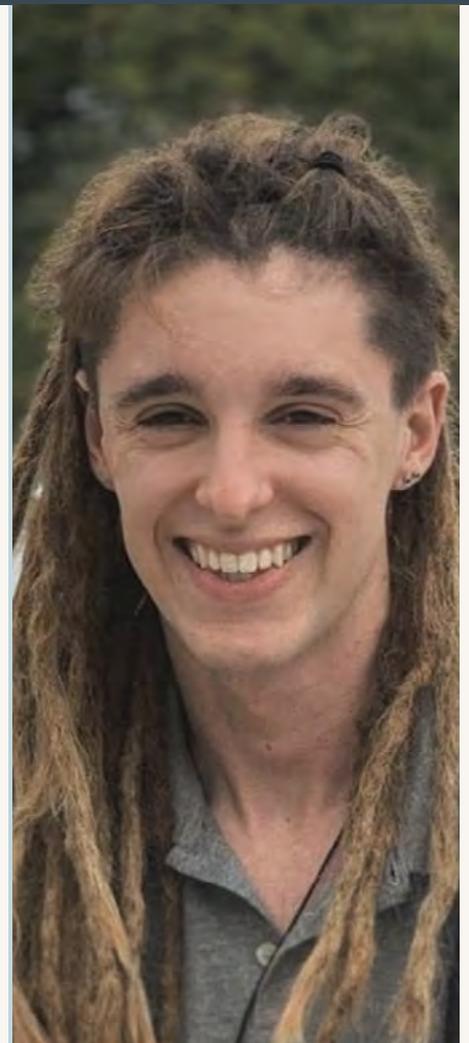
Muitas das normas publicadas pela Direção-Geral da Saúde (DGS) são trans-excludentes, como foi o caso da norma da vacina contra a Covid da Johnson & Johnson, que só estava recomendada para homens. A norma não especificava qualquer orientação para pessoas trans – um homem trans,

sob tratamento hormonal poderia tomar a vacina? E uma mulher trans sob estrogénios? Tudo está escrito de uma forma binária em que o marcador de sexo no cartão de cidadão é confundido com o sexo biológico, que é confundido com a identidade de género. Isto resulta na exclusão de pessoas.

Estamos neste momento a fazer uma revisão acerca de rastreios para profissionais de Medicina Geral e Familiar – sobre rastreio do cancro do colo do útero, do cancro da mama e da próstata.

## Qual é o estado da acessibilidade das pessoas trans a cuidados médicos relacionados com a sua identidade de género?

Uma pessoa trans que começa a sua transição em qualquer lugar de Portugal, tem que se deslocar a Coimbra para fazer o processo cirúrgico. Mesmo que já tenha anos de acompanhamento psicológico, psiquiátrico ou de Endocrinologia, quando chega a Coimbra tem que passar por todos esses passos outra vez. A lista de espera para uma primeira consulta é de alguns meses, depois dessa consulta até à consulta de Cirurgia são outros tantos e da consulta de Cirurgia até à cirurgia propriamente dita são mais não sei quantos meses. A última pessoa em processo de transição com quem falei está em lista de espera há 3 anos e 9 meses. Isto são barreiras que o Estado está a colocar, que tem repercussões reais na vida destas pessoas. Em desespero, elas tentam



Jo Rodrigues é presidente da Anémoma, uma associação de profissionais de saúde e seus aliados criada para aproximar os serviços de saúde das pessoas transgénero e não-binárias e combater a transfobia.

fazer “crowdfunding”, endividam-se e vão para o privado. Mas mesmo no privado já há listas de espera, porque não há muitas equipas especializadas, para além de cobrarem os preços que querem. Estamos a falar de uma população que tem suscetibilidades e fatores de risco que as colocam em situações muito precárias, não só de saúde mas também financeiramente.

### **O problema é falta de profissionais de saúde, ou é uma questão de organização?**

Há falta de profissionais do SNS nesta área. E há uma má distribuição dos mesmos. Temos um centro, em Coimbra, que centraliza todo este processo. Mas as recomendações internacionais, se bem que reconhecem a necessidade de centros especializados, também falam na descentralização de muitos cuidados que não necessitam de uma especialização. Dou o exemplo das mastectomias: já há cirurgias gerais a fazer mastectomias em Faro ou em Portimão, podemos descentralizar este procedimento a todo o país. O mesmo sucede com as reconstruções mamárias. As consultas de Sexologia também podem ser realizadas nas várias unidades de saúde sexual que existem no país.

### **Existe transfobia nos serviços de saúde, em Portugal?**

Há dois estudos em Portugal - um feito por mim, pela Dra. Zélia Figueiredo e pela Dra. Carolina Lemos e outro feito pela associação Ação pela Identidade (API) - que mostram que mais metade das pessoas trans que recorreram ao SNS sofreram episódios de discriminação. Nós já o sabemos porque ouvimos as pessoas há muito tempo. Agora temos estudos que o demonstram. Quando as pessoas trans vão ao centro de saúde, não só lhes é dito que o profissional não tem informação suficiente e portanto não consegue ajudar, como ouvem linguagem preconceituosa e insultuosa. Há profissionais que se recusam a tratar a pessoa trans pelo género escolhido porque dizem que o seu nome é o que está no cartão do cidadão. Há histórias de exames físicos invasivos feitos por mera curiosidade e há negação

de cuidados de saúde, simplesmente por serem trans. O resultado é que as pessoas trans deixam de confiar nos profissionais e deixam de procurar cuidados: uma em cada cinco já evitou ir a um hospital numa situação de emergência, por medo do que poderia encontrar.

### **O que podemos fazer para combater a transfobia nos serviços de saúde?**

Formação. Nas escolas médicas, de enfermagem, de psicologia, deve haver uma cadeira obrigatória de sexualidade que trate destes temas. Deve existir formação dentro dos programas de especialização dos profissionais, sobretudo em setores como os cuidados primários. A DGS deve produzir e distribuir materiais de formação para os consultórios médicos, com referência a associações que as pessoas possam procurar. E deveria haver algum tipo de mecanismo de denúncia de situações transfóbicas graves, que infelizmente são recorrentes e que nos têm chegado.

### **Consideras que as ordens profissionais devem ter algum papel no combate à discriminação?**

Sem dúvida! Dou o exemplo da Ordem dos Médicos que até 2021 era a única ordem a nível mundial que exigia um relatório aprovado por ela mesma, tendo por base, por sua vez, 2 relatórios de “peritos de género”, para autorizar que uma pessoa trans pudesse fazer o processo de transição. A Ordem dos Médicos deveria estabelecer prioridades ao nível de cuidados de saúde trans e não ser ela mesma um fator de discriminação. O código deontológico da Medicina ainda fala das pessoas trans como transsexuais doentes, ao arrepio de todas as recomendações internacionais, cuja orientação é a da promoção da individualização dos tratamentos e a despatologização da condição trans.

### **Que falta ainda fazer do ponto de vista legal, para promover a igualdade?**

É preciso que a lei da autodeterminação de género seja plena para todas as pessoas. Neste momento, a lei só existe para pessoas de género mas-

culino e de género feminino, as pessoas não-binárias estão excluídas, não são reconhecidas juridicamente. Todos os processos na saúde, por exemplo, são vistos de forma binária. É exigido a uma pessoa trans que peça uma transição, que peça para ser operada ou tomar hormonas. Mas isto não corresponde à realidade. Nem todas as pessoas têm os mesmos objetivos e as pessoas não-binárias podem só querer fazer uma reconstrução mamária, podem não querer fazer hormonas ou querer fazer hormonas em dosagem diferente. Nós temos uma percentagem considerável de



FOTO | UNSPLASH / DELIA GIANDINI

pessoas trans não-binárias. Depois, a questão da descentralização é fundamental, precisamos urgentemente de descentralizar cuidados de menor diferenciação que podem ser realizados em qualquer hospital ou em cuidados primários. ●

# HAYEK, PINOCHET E OS SOCIAL-LIBERAIS ENTRAM NUM BAR...

POR MOISÉS FERREIRA | Dirigente do Bloco de Esquerda

FOTO | CARLOS FIGUEROA



**“Pessoalmente prefiro um ditador liberal a um governo democrático a quem falte liberalismo”. As palavras são de Hayek numa entrevista em 1981 ao diário chileno El Mercurio, durante a sua segunda visita ao país governado por Pinochet. A afirmação não foi um lapso, um mal-entendido ou um problema de tradução. É doutrina do pensamento liberal: se o mercado não se pode impor por meios pacíficos, então que seja com recurso à violência e ao autoritarismo. Porque a liberdade dos liberais é a liberdade do capital e não a dos povos.**

Ao autor de O Caminho da Servidão não afligiam os atentados aos direitos humanos no Chile, as prisões, torturas e assassinatos políticos. Ele chegou mesmo a escrever que “o regime de Pinochet era injustamente sujeito a uma campanha de propaganda negativa”

e aconselhou o Frankfurter Allgemeine Zeitung a pedir desculpa ao Governo chileno depois de este jornal ter publicado uma caricatura do ditador.

Claro que há uma explicação para o enamoramento: depois do golpe de Estado que levou à morte de Allende, o Chile tornou-se no laboratório mundial do liberalismo. O fanatismo liberal descobriu que para impor o seu programa de violência social precisava de fazer uso da violência política e institucional e não se fez rogado. O que interessava era a privatização de vários setores, entre eles a saúde, a redução de despesa pública e a transferência da riqueza do país para o setor privado.

Neste artigo, será sobre a saúde que nos debruçaremos. Primeiro, sobre as medidas do regime Pinochet para esta área e suas consequências; segundo, sobre a forma como medidas social-liberais, ao não desfazerem o modelo de saúde da ditadura, se reduziram a uma tentativa de domesticação do

capitalismo, não conseguindo contrariar as desigualdades em saúde.

Desde a década de 20 do século XX que o Chile tinha algum tipo de medidas políticas para garantir acesso à saúde. Começou por um seguro obrigatório destinado a proteger trabalhadores manuais dos riscos de invalidez, velhice e doença, passou depois para um Serviço Nacional de Saúde não universal que, com Allende, se transformou em universal e inteiramente financiado pelo Estado.

A ofensiva liberal de Pinochet contra o Serviço Nacional de Saúde chileno fez-se em duas frentes: primeiro, acabando com a sua estruturação e resposta organizada, e substituindo-a pela municipalização dos cuidados de saúde primários; segundo, criando empresas privadas lucrativas (as Isapre – Instituciones de Salud Previsionales) que funcionavam como intermediárias financeiras entre estabelecimentos de saúde e utentes para a

aquisição de planos de saúde.

O modelo de financiamento do sistema de saúde também foi alterado, passando a existir uma contribuição obrigatória equivalente a 7% do salário. O utente, ao pagar estes 7% do seu salário, escolhia se o quer pagar ao sistema público ou a uma das várias instituições privadas. Para além desta contribuição obrigatória as empresas privadas podiam exigir contribuições superiores para planos de saúde premium e no sistema público havia lugar a copagamentos, exceto para quem apresentasse atestado de pobreza.

Com estas alterações, em 15 anos, as fontes de financiamento da saúde no Chile alteraram-se brutalmente. A contribuição estatal passou de 68% em 1974 para 35% em 1989 e a contribuição dos utentes (entre contribuições e copagamentos) passou de 26% para 60%. Se em 1973, a despesa pública com o SNS representava 3,5% do PIB chileno, a ditadura reduziu este valor para 0,85%.

A desigualdade no financiamento também não deixa margem para dúvidas: nos anos finais da ditadura de inspiração liberal, o sistema público de saúde representava menos de 3% do PIB (e mesmo assim maioritariamente financiado pelas contribuições e copagamentos individuais), enquanto o sistema inteiramente privado pesava mais de 3%. Acontece que o sistema privado abrangia pouco mais de 20% da população, enquanto o sistema público servia mais de 70%. Isto quer dizer que, sob o regime de Pinochet, 20% da população (os mais ricos) ficavam com mais de metade dos gastos totais em saúde, enquanto a população pobre (representando quase 80%) ficavam com menos de metade dos recursos de saúde do país.

**Como é óbvio, estas medidas de privatização da saúde tiveram enormes impactos:**

a. os cuidados de saúde foram estratificados consoante o rendimento da pessoa: os mais ricos contribuíam para as Isapre e compravam os seus planos de saúde premium; os da chamada

classe média contribuíam para o sistema público, mas optavam por um regime livre a que estava associado um sistema de copagamentos por ato de saúde; os pobres eram atendidos gratuitamente nos estabelecimentos públicos;

b. desviou-se dinheiro para um sistema de saúde feito para ricos e impôs-se uma contribuição regressiva aos mais pobres. A ineficiência associada às Isapre levou o Estado a subsidiar o serviço privado de várias formas: em alguns casos deduções fiscais sobre parte das contribuições feitas para este sistema, assunção do pagamento das licenças de maternidade que deveriam ser assumidas pelas Isapre e dos custos dos utentes das Isapre que acabavam por ser atendidos no sistema público. Desta forma, eram os mais pobres da sociedade (que contribuíam para o sistema público) que suportavam parte dos cuidados prestados aos mais ricos, arrumados no seu sistema privado.

c. discriminaram-se as populações pobres e que apresentavam mais risco de saúde, passando as Isapre a escolher para seus clientes os ricos e saudáveis, ou seja, os que representavam lucro e poucas complicações. Exemplo dessa discriminação evidente é o facto de os planos de saúde para mulheres custarem 4 vezes mais do que os dos homens e os planos de saúde para maiores de 60 terem um preço 8 vezes superior ao plano standard. Apenas 1,6% das pessoas pertencentes ao quintil mais pobre da população tinha acesso ao setor privado da saúde, o que compara com 50,5% dos indivíduos do quintil mais rico;

d. os cuidados de saúde primários colapsaram (os tais que tinham sido municipalizados), o que causou uma enorme desigualdade entre regiões mais ricas e mais pobres. Os municípios não conseguiam garantir os serviços de saúde à população, os profissionais que tinham sido re-colocados como funcionários do

setor privado perderam salário e carreira e a vigilância e o tratamento de dados epidemiológicos sofreram com a desarticulação da resposta em saúde. Resultado: as zonas rurais e mais pobres passaram a ter menos acesso à saúde e as suas populações começaram a apresentar piores indicadores.

A desigualdade económica e social traduziu-se em desigualdade na saúde. Com Pinochet e a sua equipa de Chicago boys a pobreza disparou no Chile, dos 12% registados no Governo de Allende passou para 45% sob os auspícios do liberalismo autoritário. Com um sistema de saúde segmentado e de contribuições regressivas, a desigualdade, em vez de ser mitigada, foi ainda aprofundada.

Apesar de todas estas consequências, os governos democráticos que sucederam a Pinochet não alteraram a estrutura do sistema de saúde chileno. Com o objetivo de manter o liberalismo económico, ainda que com maior preocupação social, os vários Governos desde 1990 têm-se limitado a tentar disciplinar o setor privado e a aumentar o financiamento do setor público. É uma melhoria em relação ao que existia, sem dúvida, mas não representou uma mudança estrutural e, por isso mesmo, as desigualdades persistem, seja na sociedade em geral, seja na saúde.

## **SOCIAL-LIBERALISMO DEIXA A RECUPERAÇÃO A MEIO**

A abordagem social-liberal aumentou o financiamento público para a saúde e resgatou os cuidados de saúde primários da situação em que se encontravam, tornou alguns cuidados de saúde gratuitos (ou seja, sem copagamentos) e, em 2005, publicou o Regime de Garantias em Saúde que tinha como objetivo regular o setor privado. Este regime impôs uma carteira mínima de serviços que as instituições privadas tinham que garantir a quem para elas descontasse e tentou limitar a seleção de beneficiários que estas instituições faziam.

No entanto, tudo o resto se manteve: um sistema público que não é universal, uma segmentação da sociedade em sistema privado e sistema público de saúde, um financiamento da saúde muito alicerçado em contribuições e copagamentos, um setor privado que por muito que se tente regular é predatório e rentista.

Consequências: já no novo milénio, o número potencial de anos de vida perdidos continuavam a ser 35% mais elevados no quintil mais pobre comparativamente com o quintil mais rico da população; a tuberculose era muito mais incidente nos municípios mais pobres do que nos municípios mais ricos; a mortalidade no decil mais pobre é de 6 em 1.000 enquanto que no decil mais rico é de 4,8 em 1000; a mortalidade infantil era de 42,2 por 1000 nascimentos nos municípios mais pobres, ao passo que nos municípios mais ricos era de 2,62/1000; o acesso a cirurgias e a testes laboratoriais está correlacionado com o rendimento do utente; o acesso a consultas de especialidade era três vezes maior no decil mais rico da sociedade do que no decil mais pobre; já o recurso à ur-

gência é duas vezes mais frequente entre os mais pobres. Estudos recentes de saúde pública mostram que o estado de saúde da população chilena depende muito do rendimento familiar, do sexo do utente e da zona e região de residência.

### UM APARENTE PARADOXO NOS RESULTADOS

Apesar de tudo isto, em termos gerais, o Chile apresenta relativamente bons resultados em saúde, principalmente se tivermos em conta o seu contexto regional.

Isso é justificado pelo facto de este país ter um histórico no que toca à disponibilização de cuidados de saúde e de, muito antes da ditadura, ter desenvolvido políticas em torno dos cuidados materno-infantis e dos cuidados de saúde primários. Nem mesmo o fanatismo liberal, por muito que tentasse, conseguiu matar a resposta pública que continuou a ser a dominante na sociedade, uma vez que a esmagadora maioria da população não tinha dinheiro para aceder ao sistema privado paralelo. A minoria que acede ao setor privado

é uma população selecionada e sem grandes riscos socioeconómicos ou de saúde; a esmagadora maioria da população continuou e continua a ser acompanhada pelo sistema público. Foi esse que, apesar da longa noite da ditadura liberal, conseguiu garantir que os 45% da população que vivia na pobreza não fosse inteiramente condenada à doença e à morte.

Seria de esperar que sendo tudo isto tão claro, os governos democráticos pós-Pinochet tivessem acabado com o modelo de saúde construído pelo ditador, mas não. A tentativa de casar liberalismo económico com alguns direitos sociais, típica dos social-liberais, apenas permite gerir a desigualdade quando o que é preciso é acabar com ela.

No Chile, a 'reforma' liberal é cara e ineficiente. Custa 7% do salário aos utentes, canaliza 50% dos recursos para 20% da população e os ganhos em saúde são alcançados pela resposta pública e não pela privada.

**Lá, como aqui, o caminho para a igualdade é um Serviço nacional de Saúde universal e público. Enterre-se de vez o Pinochet. ●**

# O NEGÓCIO VAI BEM (A SAÚDE NEM POR ISSO)

**POR MARIA RIBEIRO | Enfermeira emigrada na Bélgica**

A faturação e os lucros dos grupos privados da saúde não pára de aumentar. Em 2019, os três maiores grupos obtiveram lucros perto dos 60 milhões de euros, valor já ultrapassado em 2021. O gigante norte-americano United Health, dono do grupo Lusíadas, apresentou lucros de 17 mil milhões de euros em 2021. Estes lucros crescentes não impedem que estas empresas sejam conhecidas por más práticas laborais:

- Recusa em pagar as horas de qualidade, oferecendo um subsídio de turno que fica muito aquém daquilo que os enfermeiros receberiam

caso recebessem o valor justo das horas de qualidade;

- Recusa em passar os horários para 35 horas por semana;
- Retirada de dias de férias e descontos de tempo do banco de horas
- Recusa de conciliação da vida profissional com a vida pessoal e incumprimento da lei da parentalidade;
- Violação dos rácios recomendados pela Ordem dos Enfermeiros, o que leva à grande ultrapassagem das 40 horas semanais;
- Incumprimento do estatuto de trabalhador-estudante, obstaculizan-

do o desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

- A coação que exercem sobre os enfermeiros é inaceitável. Dificultam e tentam bloquear a atividade sindical e da Ordem dos Enfermeiros.

Não podemos manter um sistema em que o nosso trabalho alimenta um lucro cada vez maior, enquanto os nossos direitos e salários estão estagnados. Os grupos ajustaram os seus preços à inflação, mas não ajustaram os salários. Novamente, serão os enfermeiros e os restantes trabalhadores a pagar a crise, com um corte salarial real de 5%.

## IMPORTÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA E DE TRANSLAÇÃO

**POR MARIA JOÃO CARVALHO** | Investigadora do Instituto de Biomedicina, Departamento de Ciências Médicas da Universidade de Aveiro.

**A investigação clínica e de translação visa melhorar os cuidados de saúde e os prognósticos dos pacientes. É essencial para a melhoria do bem-estar das populações e deve estar ao alcance de todos.**

Esta área de investigação que junta vários profissionais como médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, e demais investigadores de variadíssimas áreas (por exemplo, Biologia, Química, Física, Economia, Engenharia e Robótica, Matemática e Estatística, Informática e Ciência de Dados, Sociologia, Direito...) orienta as suas linhas e prioridades de investigação de acordo com as necessidades diariamente identificadas no contacto com os doentes. Os investigadores trabalham em conjunto e com os doentes, de modo a obterem novo conhecimento sobre doenças, tratamentos, processos, métodos e a desenvolverem-nos e adequarem-nos para a melhoria das intervenções em saúde nas suas várias perspetivas: prevenção, diagnóstico, prognóstico ou tratamento. Usa-se o "mundo real" para desenvolver o conhecimento científico e aplicam-se os conhecimentos científicos no "mundo real". Ao mesmo tempo, a excelência científica e o potencial de inovação, bem como o desenvolvimento económico e social são potenciados.

### **MEDICINA PERSONALIZADA: MAIS EFICIÊNCIA, MENORES CUSTOS**

A medicina personalizada é uma prática médica que se baseia na caracterização de genótipos e fenótipos para adequar estratégias de diagnóstico e terapêuticas a cada pessoa no tempo certo, para determinar a predisposição de cada indivíduo para uma doença, e/ou para a prevenção precisa e atempada de doenças. Utilizam-se perfis genéti-

cos, que podem incluir um ou mais genes, imagiologia médica, informação clínica, dados sociodemográficos, ambientais e de estilos de vida numa investigação orientada para os pacientes que estuda os mecanismos envolvidos nas doenças, intervenções terapêuticas, ensaios clínicos, e desenvolve novas tecnologias. Em suma, a medicina personalizada permite desenvolver estratégias de prevenção e tratamento para indivíduos ou grupos de pacientes e, usando diversos e eficientes meios de diagnóstico e prognóstico, torna possível reduzir custos e efeitos secundários associados ao tratamento. Deste modo, a medicina personalizada responde aos desafios da baixa eficiência terapêutica para tratar números alargados de pacientes, e do aumento contínuo de custos devido à maior prevalência de doenças crónicas e de uma população envelhecida.

A medicina personalizada tem vindo a ser fortemente implementada nas áreas da oncologia e das doenças raras. A sua importância está bem patente, também, em estudos clínicos como por exemplo os desenvolvidos para entender a Doença de Crohn. Com base em estudos clínicos, acredita-se que esta doença resulta da interação entre fatores genéticos de cada indivíduo, microbiota intestinal (o conjunto de microrganismos que vive no intestino) e ambiente (fatores socioeconómicos e estilos de vida). Identificaram-se marcadores genéticos humanos, marcadores de microbiota intestinal, dados sociodemográficos e de estilo de vida que diferenciam os indivíduos de acordo com o seu risco para virem a ser doentes

# INOVAÇÃO EM SAÚDE



FOTO | UNSPLASH/CDC

de Crohn, ou que permitem agrupar os doentes de acordo com o melhor tratamento que lhes poderá ser administrado. Entendendo como os diferentes fatores genéticos, sócio-econômicos e de microbiota intestinal interagem para causar a Doença de Crohn e sendo possível a estratificação de doentes, saberemos melhor como diagnosticar os doentes e saberemos melhor como tratá-los.

## SEQUENCIAÇÃO DE DNA E RNA EM TEMPO REAL

Outro bom exemplo da simbiose entre a investigação e a clínica foi o uso de uma tecnologia de sequenciação de DNA e RNA em tempo real relativamente recente desenvolvida pela Oxford Nanopore Technologies, ONT (uma spin-off da Universidade de Oxford) e em constante desenvolvimento. Não é minha intenção fazer publicidade, mas usei-a para sequenciação de genomas de bactérias e fungos e é, de facto, uma tecnologia fantástica! Num estudo recente de um grupo do Hospital Universitário de Oslo, Noruega, os investigadores e profissionais de saúde utilizaram a tecnologia ONT e desenvolveram uma pipeline de análise dos dados baseada em machine learning para a classificação precisa e rápida de tumores cerebrais (menos de duas horas) em crianças e adul-

tos durante neurocirurgias. Este método abre caminho para uma intervenção personalizada mais precisa e segura tanto de diagnóstico, como de avaliação de risco, tratamento e prognóstico.<sup>1</sup>

Durante a pandemia da COVID-19, foi também a interação entre a investigação e a clínica que permitiu que em tão pouco tempo se trabalhasse para o rápido diagnóstico, prevenção da propagação do vírus e da doença e seu tratamento. Por esse mundo fora, centros de investigação, universidades e farmacêuticas trabalharam em conjunto com os profissionais de saúde para entender como o vírus se propagava e por quanto tempo se mantinha em superfícies, desenvolver testes rápidos de diagnóstico, aplicar metodologias e tecnologias para melhor tratamento, fazer estudos epidemiológicos e de comportamento para informar políticas de saúde, etc. Em Portugal, organizaram-se grupos de trabalho nas universidades e centros de investigação para ajudar o Sistema Nacional de Saúde na detecção da presença de SARS-CoV-2 em amostras de pessoas suspeitas de terem contraído o vírus. Eu, muito orgulhosamente, fiz parte desse grupo de trabalho do Instituto de Biomedicina, Departamento de Ciências Médicas da Universidade de Aveiro. Pusemos a nossa experiência e capacidade ao serviço da clínica de uma forma muito objetiva, prática e, essencialmente, necessária.

1 - vídeo de uma apresentação da primeira autora do estudo: <https://nanoporetech.com/resource-centre/video/lc21/intraoperative-dna-methylation-classification-of-brain-tumors-impacts-neurosurgical-strategy>; acesso ao artigo científico usando o DOI: 10.1093/ncjnl/vdab149

Os estudos epidemiológicos e comportamentais são também importantes na investigação clínica e translacional. Por um lado, a análise epidemiológica de dados relacionados com saúde é fundamental para o apoio à decisão a todos os níveis dos serviços de saúde e a Saúde Digital e as Tecnologias Médicas estão, e bem, na ordem do dia. Por outro lado, potencia a utilização daqueles dados, colhidos durante a rotina hospitalar, para obter novo conhecimento sobre doenças, tratamentos, comportamentos, etc.

A avaliação em tecnologias e intervenções em saúde e o estudo dos resultados obtidos em saúde é outro ramo importante da investigação clínica e translacional, que têm como objectivo servir de suporte à decisão a diferentes níveis como o de alocação de recursos humanos, técnicos e materiais disponíveis para responder aos desafios no âmbito da saúde. Esta avaliação contínua e sistemática proporciona a otimização contínua destes processos.

### A EXPERIÊNCIA DO REINO UNIDO

A integração da investigação clínica e translacional nos cuidados de saúde no Reino Unido é muito bem-sucedida. No seu relatório de 2020, *Transforming health through innovation: Integrating the NHS and academia* (<https://acmedsci.ac.uk/file-download/23932583>), a Academia de Ciências Médicas do Reino Unido explorou como a interface entre a academia/investigação e o NHS (serviço nacional de saúde britânico) potencia a saúde e a riqueza do país. Num país onde a investigação clínica é apoiada por centros de investigação e universidades de excelência, investigação biomédica e translacional capaz, indústria farmacêutica e tecnológica pujante, e financiamento diversificado, a sua vantagem competitiva é óbvia. Por isto, a investigação clínica contribuiu para avanços enormes nos cuidados de saúde no Reino Unido.

Os pacientes de centros clínicos envolvidos em projectos de investigação têm melhores resultados e melhores cuidados, e estes benefícios estendem-se aos doentes que não participam diretamente nestes projectos porque vão usufruir dos seus resultados. Consequentemente, os doentes demonstram vontade em ser envolvidos em estudos clínicos e o público em geral defende que o NHS deve ter um papel importante no apoio à investigação para novos tratamentos. No entanto, verifica-se que existe um declínio na capacidade dos trabalhadores do NHS em fazer ou envolverem-se em investigação e, por isso, a Academia de Ciências Médicas do Reino Unido fixou seis ações essenciais para reforçar a interface entre o NHS e o sector académico e de investigação clínica. Estas, no geral, passam por (1) valorizar a investigação clínica e translacional, (2) garantir que os profissionais de saúde têm tempo dedicado à investigação, (3) integrar profissionais de saúde nas equipas de investigação das instituições, (4) garantir a criação de competências em investigação durante a formação académica dos profissionais de saúde, (5) flexibilizar o acesso a pós-graduações, que são os cursos que permitem o desenvolvimento de competências

em investigação e criar verdadeiras carreiras clínicas de investigação, e (6) flexibilizar a investigação pela criação de gabinetes de investigação e desenvolvimento conjuntos entre NHS e as instituições de ensino superior.

Em Portugal, a Agenda de Investigação e Inovação sobre Saúde, Investigação Clínica e de Translação pretende identificar áreas prioritárias na investigação e inovação em saúde, em Portugal, até 2030. Define apostas estratégicas para resposta ao desígnio enunciado na Resolução do Conselho de Ministros n.º 32/2016, em particular no anexo «Compromisso com o Conhecimento e a Ciência: o Compromisso com o Futuro». Esta Agenda envolve um conjunto de atores nacionais de diferentes áreas, academia, centros de investigação, empresas e entidades públicas, com a coordenação global da Fundação para a Ciência e Tecnologia. Os peritos identificaram cinco subtemas dentro das três áreas articuladas da Saúde, Investigação Clínica e de Translação que deverão servir como orientação na definição e determinação de futuros programas e instrumentos científicos, incluindo de financiamento, de modo a irem ao encontro da resolução de problemas da sociedade e economia portuguesas, dando relevância a interligações e articulações entre as diferentes entidades. Estes subtemas são (1) Promoção do Envelhecimento Ativo e Saudável, (2) Medicina Personalizada e Biomarcadores, (3) Farmacologia, Medicamento e Terapias Avançadas, (4) Saúde Digital e Tecnologias Médicas, (5) Avaliação das Tecnologias e Intervenções em Saúde e Rápido Acesso à Inovação. Foram também identificados seis pilares nos quais assentam os desafios para o desenvolvimento da Saúde, Investigação Clínica e de Translação em Portugal até 2030: (i) política e estratégia; (ii) infraestrutura e recursos; (iii) recursos humanos; (iv) internacionalização; (v) literacia e participação ativa dos cidadãos; e (vi) inovação.

Desde há duas décadas a investigação em saúde em Portugal está em rápido desenvolvimento, principalmente pela mão de investigadores nas universidades e centros de investigação, mas também em empresas, no entanto, há ainda um longo caminho a percorrer. De facto, a investigação e inovação, na área da Saúde, Investigação Clínica e de Translação em Portugal depende essencialmente de financiamento a nível de unidades e infraestruturas de investigação, projetos de investigação científica e desenvolvimento tecnológico, formação de recursos humanos a nível avançado e emprego científico, maioritariamente ligados a universidades e centros de investigação. De acordo com a mais recente publicação da Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência, a área da Saúde foi a segunda com maior despesa em atividades de Investigação e Desenvolvimento entre 2014 e 2020 de entre as 15 áreas prioritárias definidas pela Estratégia Nacional de Investigação e Inovação para uma Especialização Inteligente. Em 2020, a execução da despesa foi maioritariamente feita pelo sector do ensino superior (48%), seguido do setor empresarial (33%), do Estado (11%) e de instituições privadas sem fins lucrativos (9%); uma tendência verificada desde 2014.

## I&D EM SAÚDE: PORTUGAL COM POUCO INVESTIMENTO PÚBLICO, AINDA MENOS PRIVADO

Como referi acima e de acordo com a Agenda, a investigação portuguesa nesta área teve uma evolução importante nos últimos anos devido ao aumento no investimento em infraestruturas, equipamentos e pessoal, devido a uma melhoria na capacitação humana, devido a uma maior dotação/captação de fundos para projectos, e devido a uma maior disposição para colaboração e internacionalização. Ao longo dos últimos 25 anos os níveis de produção científica nacional aumentaram vertiginosamente e as publicações na área da Saúde, incluindo publicações das Ciências da Vida e Engenharia Biomédica, representam à volta de 38% do total da produção científica nacional e, qualitativamente, o impacto desta produção científica em muitas áreas da Saúde é elevado. Também, as unidades de I&D têm aumentado em quantidade e qualidade. No entanto, os níveis de investimento são manifestamente insuficientes tanto no setor público como no setor privado e há poucas empresas a investir significativamente em I&D e, portanto, há menos I&D e Inovação com origem na indústria. Adicionalmente, o número de doutorados a trabalhar no setor privado é muito reduzido, assim como é reduzida a colaboração e interação entre a academia, prestadores de cuidados de saúde e indústria. Este facto impede inevitavelmente a transferência de conhecimento entre setores, condição essencial para o progresso dos cuidados de saúde, do conhecimento científico e para a criação de valor económico, que culminam no bem-estar da população.

A aproximação entre os agentes de investigação e inovação, a ação de organizações como o Health Cluster Portugal, a criação de Centros Académicos Clínicos e de Centros de Investigação Clínica, a sustentabilidade e a promoção das infraestruturas de investigação existentes, nomeadamente as que integram o roteiro Nacional de Infraestruturas de Investigação e a integração em redes de infraestruturas europeias para a investigação clínica e de translação, de que são exemplo a EATRIS e a ECRIN têm, no entanto, contribuído para a melhoria do desempenho do setor e são fundamentais para o seu progresso. A Agência De Investigação Clínica e Inovação Biomédica foi criada por Resolução do Conselho de Ministros no. 20/2016 e tem como missão "promover, coordenar e apoiar as atividades nas áreas da investigação clínica e de translação (IC&T) e inovação biomédica, contribuindo para a otimização do potencial clínico, científico e tecnológico de Portugal". As suas atividades passam por mobilizar fundos nacionais e comunitários e promoção da IC&T e inovação biomédica; agilizar actividades de I&D e colaboração entre unidades de cuidados de saúde e outras instituições de saúde, instituições científicas e académicas, e outras organizações que actuam neste âmbito, no sentido de potenciar

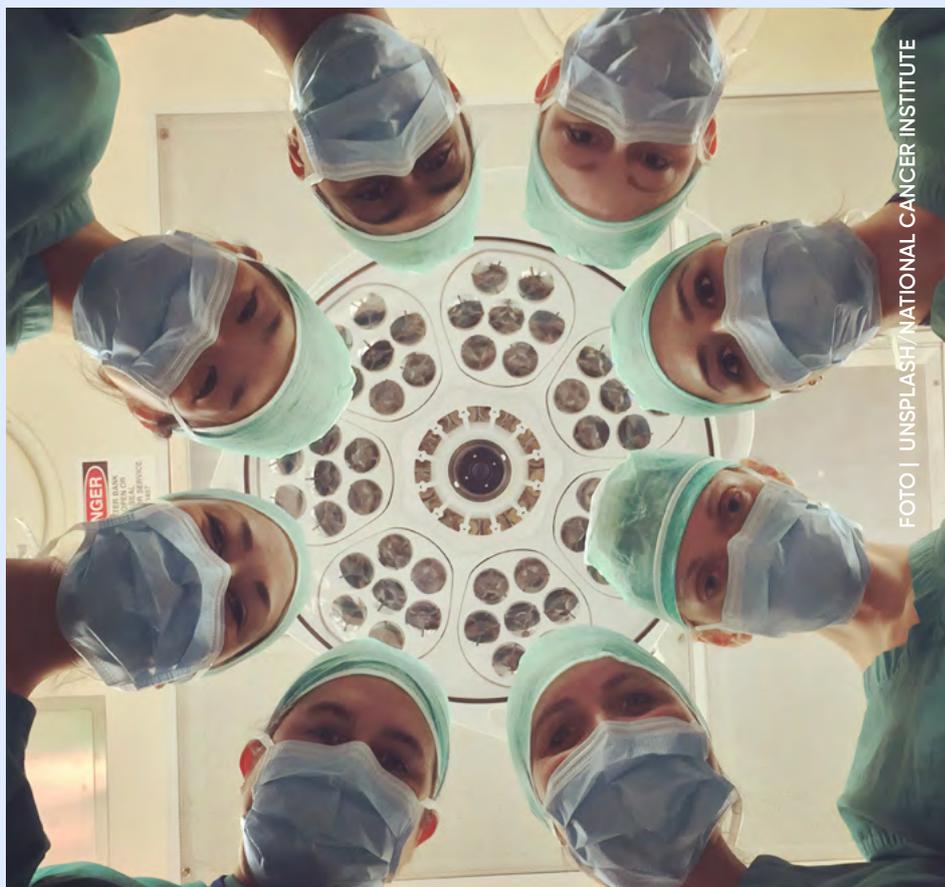


FOTO | UNSPLASH/NATIONAL CANCER INSTITUTE

a investigação clínica e translacional para a criação de valor acrescentado para a sociedade, para os doentes, para o sistema de saúde e para a formação superior na área da saúde com o intuito de uma melhoria contínua dos serviços de saúde e à excelência da prestação de cuidados médicos; promover a cultura científica e a criação de valor económico na área da saúde e garantir a sua sustentabilidade.

Assim, para acompanhar a excelente investigação básica e aplicada que se faz em Portugal na área da saúde, estão dados os primeiros passos para que a investigação clínica e de translação seja estruturada, apoiada e desenvolvida. São prioridades a promoção da saúde, a prevenção da doença, e a reorientação de políticas públicas com base em evidência científica; investir numa medicina precisa e centrada no doente que depende de e potencia o desenvolvimento de terapêuticas; a recolha, o tratamento e a partilha de dados para o avanço na saúde digital, ciência de dados e tecnologias médicas que permitem a medicina personalizada.

Para concretizarmos estas prioridades é imprescindível ter um plano estratégico para o sector da saúde que promova a colaboração entre a academia, profissionais de saúde e a indústria; assegurar um financiamento adequado em todas as fases da investigação; criar e garantir a sustentabilidade de infraestruturas, a capacitação dos recursos humanos, e a criação de emprego científico; desenvolver a literacia em saúde e a participação activa dos cidadãos; promover e fomentar a inovação.

Só assim podemos desenvolver competências em investigação e capacitar o Serviço Nacional de Saúde, pela saúde e riqueza do país.

# O PAPEL DO MERCADO NO DESENVOLVIMENTO DE VACINAS

## FONTE DE AVANÇOS OU FORÇA DE BLOQUEIOS?

POR MIGUEL PRUDÊNCIO | Investigador principal do Instituto de Medicina molecular

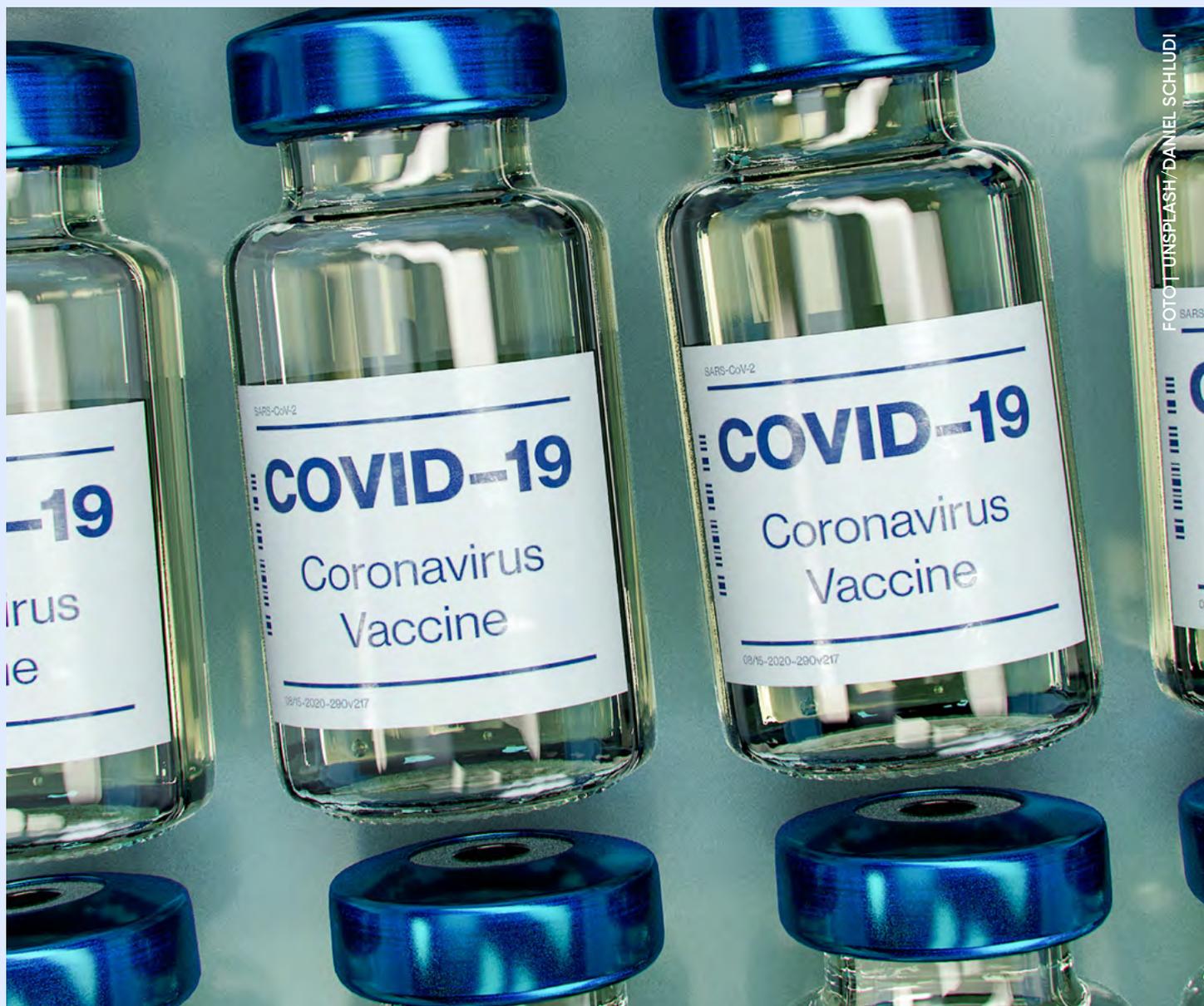


FOTO | UNSPLASH/DANIEL SCHLUDI

AS VACINAS SÃO UMA DAS MAIORES CONQUISTAS DA HISTÓRIA DA CIÊNCIA E PORVENTURA AQUELA QUE MAIS VIDAS SALVOU AO LONGO DA HISTÓRIA DA HUMANIDADE. NO ENTANTO, O DESENVOLVIMENTO DE UMA VACINA, DESDE A SUA CONCEPÇÃO INICIAL ATÉ À SUA DISPONIBILIZAÇÃO É UM PROCESSO NATURALMENTE COMPLEXO E INEVITAVELMENTE DISPENDIOSO.

Tanto mais complexo quanto maior for o desafio científico colocado pelo organismo infeccioso contra o qual pretendemos vacinar. E tanto mais dispendioso quanto mais exigentes são os requisitos necessários à validação da segurança e eficácia de uma. Longe vão os tempos em que Edward Jenner, criador da vacina contra a varíola, a primeira que o mundo conheceu, mostrou a sua eficácia inoculando-a numa criança de nove anos e expondo-a de seguida ao vírus que causava esta doença. A demonstração de que a criança estava protegida contra a varíola foi um feito extraordinário, mas felizmente impossível de replicar em condições semelhantes nos dias de hoje. Em pleno Séc. XXI, os ensaios clínicos de vacinas, como os de quaisquer fármacos, estão sujeitos a regras rigorosas que visam garantir a segurança dos participantes nestes ensaios e o cumprimento de todas as normas éticas a eles associados. E isto acarreta, inevitavelmente, enormes custos para todo este processo, que é tão desejável quanto é incontornável. É perante esta realidade que uma reflexão sobre o papel do Mercado no desenvolvimento de vacinas pode e deve ser feita, sem preconceitos, e sem perder de vista o principal objetivo: proporcionar às pessoas vacinas que são seguras, eficazes, e salvam vidas.

Parto para esta reflexão com base em dois exemplos muito concretos: o das vacinas de mRNA contra a COVID-19, que todos conhecemos, e o de uma vacina contra a malária, o principal foco de vários anos da minha investigação científica. Duas doenças muito distintas, quer na sua etiologia, quer na sua distribuição geográfica. Duas doenças para as quais a história do desenvolvimento de uma vacina eficaz é muito diferente entre si. Mas duas doenças que talvez nos ajudem a abordar o tema deste artigo, cujo propósito, mais do que dar respostas definitivas à questão formulada no seu título, é deixar algumas pistas de reflexão sobre a qual cada um de nós poderá construir a sua própria opinião.

### O CASO DA COVID-19

Ao contrário do que muitos porventura pensam, a tecnologia subjacente às vacinas de mRNA contra a COVID-19 não começou a ser desenvolvida no final de 2019, quando o vírus SARS-CoV-2 surgiu. Pelo contrário, ela assenta em décadas de investigação científica, maioritariamente levada a cabo com fundos públicos, que permitiram a rápida utilização desse conhecimento acumulado para o combate à pandemia então emergente. Empresas como

a BioNTech ou a Moderna, já então a explorar a tecnologia de mRNA para o desenvolvimento de outras vacinas, rapidamente redirecionaram os seus esforços para a produção de vacinas contra a COVID-19. Os ensaios a que estas foram sujeitas revelaram tratar-se de vacinas extremamente eficazes e seguras, e o processo de avaliação por parte das autoridades reguladoras decorreu de forma invulgarmente célere sem, no entanto, comprometer qualquer das etapas de avaliação a que qualquer novo fármaco tem de ser sujeito. O resultado foi, em menos de um ano, estarem disponíveis vacinas que vieram alterar por completo a face da pandemia e salvar milhões de vidas. Teria isto sido possível sem o empenho das empresas farmacêuticas que lideraram este processo? E teria esse empenho existido não fora o incentivo do Mercado à disponibilização e comercialização destas vacinas? A resposta a ambas estas perguntas é, muito provavelmente, não. A verdade, quer queiramos quer não, é que sem a pressão do Mercado teria sido virtualmente impossível atingir aquilo que se atingiu do ponto de vista científico e tecnológico num espaço de tempo tão curto. No entanto, não nos podemos esquecer de que aquilo que empresas como a BioNTech/Pfizer e a Moderna lograram atingir só foi possível graças ao financiamento público de que beneficiaram. E não nos esqueçamos também das desigualdades gritantes na distribuição das vacinas a nível planetário, consequência mais do que evidente das disparidades económicas que atravessam o globo. Se é certo que o Mercado funcionou como um motor que permitiu acelerar o desenvolvimento destas vacinas, não é menos certo que esse mesmo Mercado condicionou o acesso às mesmas a quem não dispunha da capacidade económica para as adquirir em pé de igualdade com as regiões mais favorecidas do planeta.

### O CASO DA MALÁRIA

A malária é uma das doenças mais antigas que se conhecem, remontando às primeiras descrições daquilo que se presume ser esta doença há mais de 2000 anos. Desde a identificação do seu agente causador, o parasita Plasmodium, até aos dias de hoje, têm sido muitas as tentativas de o combater. As campanhas de erradicação da malária levadas a cabo pela Organização Mundial de Saúde (OMS) nos anos 1950 e 1960 lograram eliminar este parasita de várias áreas do planeta, incluindo a América do Norte, a Europa e algumas regiões Asiáticas. No entanto, a malária subsistiu em quase metade do globo, sobretudo nas regiões mais desfavorecidas, com particular impacto na África sub-Saariana, onde continua a ser responsável por centenas de milhares de mortes de crianças todos os anos. Ao longo de décadas, têm sido múltiplas as tentativas de desenvolver uma vacina eficaz contra a malária. No entanto, o desafio científico colocado pelos parasitas Plasmodium, organismos infinitamente mais complexos que, por exemplo, os vírus, aliado a dificuldades na obtenção de financiamento para a pesquisa nesta área, têm condicionado os resultados obtidos. No início do Séc. XXI, o combate à malária e a disponibilidade de verbas para a investigação desta doença ganha-

ram novo fôlego com a entrada em cena da Fundação Bill & Melinda Gates, que elegeu a sua erradicação como uma das suas prioridades. A minha própria investigação neste domínio apenas foi possível graças ao apoio que recebeu desta Fundação. Diversos outros laboratórios e empresas beneficiaram destes apoios e, no dia 6 de outubro de 2021, a OMS veio recomendar a primeira vacina de sempre contra a malária, designada RTS,S.

Fruto de mais de três décadas de pesquisa, liderada pela farmacêutica GSK, a RTS,S é um marco no combate à malária, mas os seus cerca de 30% de eficácia ficam muito aquém do ideal, sendo necessário e urgente desenvolver vacinas mais eficazes contra esta doença. É, pois, legítimo perguntarmo-nos se este progresso não estará significativamente condicionado pelo desinteresse na malária por parte do Mercado, que a entende como economicamente pouco atrativa e, portanto, pouco merecedora de esforço e investimento. Tal como é legítimo interrogarmo-nos sobre onde estaríamos no desenvolvimento de uma vacina realmente eficaz contra a malária se a capacidade económica dos seus principais destinatários permitisse às empresas farmacêuticas aspirar àquilo que o Mercado mais preza: o lucro. No entanto, e ao mesmo tempo, não nos podemos esquecer de que foi uma empresa farmacêutica que desenvolveu a única vacina até agora disponível para a malária, tal como não nos podemos esquecer do papel da Fundação Gates e do seu fundador, ironicamente ele próprio um produto do Mercado, em todo este processo.

### BEM COMUM E LUCROS AMORAIS

Perante este conjunto de factos, que conclusões pode-

mos, então, tirar acerca do papel do Mercado no desenvolvimento de vacinas? Será ele uma fonte de avanço científico e tecnológico que permite desenvolver vacinas em tempo recorde para combater uma pandemia emergente? Ou será uma força de bloqueio de desenvolvimento de vacinas para doenças economicamente pouco atrativas? E será que é sempre e apenas uma destas duas coisas? Na minha opinião, apesar de atraente, uma perspetiva maniqueísta sobre este assunto, que reduza o Mercado à fonte de todos os Males ou, pelo contrário, à grande força motriz do Bem, peca por simplista e, sobretudo, irrealista. Naquilo que eu considero um mundo ideal, o bem de todos não deveria nem poderia estar refém da perspetiva de lucros amorais de alguns. Nesse mundo, os dinheiros públicos seriam canalizados para o bem-estar das pessoas, para o conhecimento e para o desenvolvimento científico, ao invés de contribuírem para a especulação financeira e de alimentarem orçamentos militares verdadeiramente repugnantes. No entanto, será legítimo atrasar o encontrar de soluções para os problemas de saúde das populações enquanto esse mundo permanecer uma miragem? Será aceitável protelar o desenvolvimento de vacinas para doenças que podem ser prevenidas apenas como forma de combater os aspetos mais perversos do Mercado? No mundo real, isso é sequer possível? Creio que, felizmente para alguns, e infelizmente para todos os restantes, o mundo em que vivemos não nos permite aspirar a resolver os grandes desafios da saúde global sem a intervenção do Mercado. Mas nada nos impede de pugnar por mecanismos justos de regulação desse Mercado, de apelar à consciência social dos seus agentes e, sobretudo, de aspirar a um mundo em que o bem-estar coletivo seja um verdadeiro desígnio global.



FOTO | FREEPIK/RAWPIXEL

# QUEM DEVE FINANCIAR A CIÊNCIA?

**POR ANA ISABEL SILVA** | Investigadora em Ciências da Saúde no i3S

A pandemia da Covid-19 alertou todos para a importância da ciência nas nossas vidas e como o desenvolvimento científico nos afeta diretamente. A rapidez no desenvolvimento de uma vacina eficaz permitiu-nos sair desta pandemia e retomar a quase normalidade. É, por isso, espantoso que saídos de uma pandemia onde a ciência se revelou fundamental o governo tenha decidido cortar o seu financiamento, num corte que chega aos 32 milhões de euros. Afinal, que lições nos sobraram da pandemia?

Todas as vacinas eficazes para a Covid-19 são comercializadas por empresas farmacêuticas privadas. O que nos leva a pensar, então quem faz as importantes descobertas científicas? Quem financia e quem deve financiar a ciência? É necessário que o Estado financie diretamente a investigação científica ou deve apoiar as empresas que o fazem? Devem ser as instituições públicas a ditar que caminhos na ciência devemos explorar, devem ser os próprios investigadores, o público em geral ou as empresas? Portugal é um dos países da OCDE que menos investe em Ciência. No entanto, o governo assume como objetivo atingir os 3% do PIB no investimento neste setor. Apesar de ser uma ambição transversal a vários partidos, PS e PSD e até o Livre assumem que apenas um terço deste investimento deve vir de instituições públicas. O restante terá de ser assegurado pelo setor privado. É urgente refletir sobre este modelo de financiamento e ser claro sobre as suas consequências, sejam elas imediatas ou a longo-prazo.

Se este debate, antes da pandemia, era relevante porque respondia a que modelo de economia do conhecimento é que queremos construir para o futuro, com a experiência da pandemia percebemos que não podemos ter as instituições democráticas dependentes das permanentes chantagens da indústria farmacêutica, como temos vindo a assistir. A capacidade de pressão sobre o poder político por parte do setor privado tem impedido que, a nível planetário, consigamos dar uma resposta cabal a um problema que já o nome indica que só se resolverá com cooperação internacional. Os exorbitantes preços que as principais empresas que produziram a vacina impuseram aos Estados e à União Europeia são a prova de que o bem público não combina com o lucro

desejado do privado.

É por isso essencial que, a par do debate sobre investimento na Ciência, tenhamos consciência de que, ao contrário do que os liberais dizem, é claro que interessa saber de onde vem o dinheiro e quem é o que vai gerir. O Estado deve assumir um papel decisivo no desenvolvimento das políticas para o Conhecimento e garantir a sua democratização. A par disso, é imprescindível que o esforço (apesar de curto, ainda) que todos nós fazemos na formação avançada das novas gerações não se perca pela escassez de um tecido produtivo que as retenha no seu país. Este esforço deve contribuir também para capacitar as respostas dos serviços públicos e reforçar a relação entre os decisores políticos e os cidadãos.

Sem financiamento público, a investigação básica não fica assegurada. Sendo esta investigação fundamental para o avanço do conhecimento, mesmo a investigação mais aplicada fica em sérios riscos a longo-prazo sem um sério investimento a montante. Além disso, doenças que não são tão prevalentes ou importantes ficarão também para segundo plano. Aliás, o vírus da SARS-CoV-1 foi estudado por instituições públicas há bastantes anos. Não fosse essa investigação nesse tempo, sem utilidade imediata, a aplicabilidade das vacinas atuais teria sido seriamente atrasada.

Com isto, não achemos que a investigação com financiamento das instituições públicas está livre da visão economicista da ciência. Há algum tempo que o Estado tem assumido a visão liberal da investigação e desenvolvimento. Precisamos de um povo que tenha uma palavra a dizer sobre a investigação que fazemos, que se envolva, que discuta. E de investigadores livres que possam ter a liberdade e criatividade no seu trabalho. Quem deve financiar? Quem deve beneficiar desse investimento? Quem deve decidir as áreas estratégicas desse mesmo investimento? A amplitude de possíveis respostas é equivalente a todo o espectro político. Sabemos que é na defesa de uma política pública que defenderemos o bem comum.

# LEI DA EUTANÁSIA CONTRA A PREPOTÊNCIA

**POR** JOSÉ MANUEL PUREZA | Dirigente do Bloco de Esquerda



FOTO | FREEPIK/RAWPIXEL

A aprovação parlamentar, por confortável maioria, da lei que despenaliza a morte assistida foi um acrescento de tolerância e de densificação dos direitos pessoais. Contrariando as estratégias de substituição dos argumentos pela exacerbação do medo, o parlamento soube dar letra de lei ao grande impulso social para uma regulação sensata, prudente e rigorosa da morte assistida, capaz de colocar no centro o respeito pelas decisões conscientes de todos/as sobre o seu fim de vida e de afirmar sem tibiezas que os direitos que assistem a todas as pessoas durante a vida não cessam quando a vida chega ao fim.

Por iniciativa do Presidente da República, a sequência normal do processo legislativo foi interrompida por duas vezes. A primeira para que o Tribunal Constitucional se pronunciasse sobre a conformidade da lei com a Constituição. Importa vincar que, apesar de o Presidente não ter fundamentado o seu pedido numa suposta inconstitucionalidade de princípio entre qualquer lei de despenalização da morte assistida e o princípio constitucional da inviolabilidade da vida humana, o Tribunal

entendeu fazer essa análise. E a sua conclusão inequívoca foi a de que não há uma tal inconstitucionalidade e que o direito à vida não implica uma obrigação de viver em condições limite. O que o Tribunal exigiu foi que os parâmetros legais definidores dessas condições limite fossem claros, sem margem de indeterminabilidade inaceitável, afirmando que um único conceito – o de “lesão definitiva de gravidade extrema” – carecia de definição mais precisa.

O parlamento procedeu à revisão do texto da lei para ir ao encontro dessa exigência. E, nesse quadro, incluiu na lei um artigo de definições rigorosas dos vários conceitos usados na lei, seguindo a técnica legislativa de Espanha nesta matéria. A redação assim revista foi submetida a nova votação parlamentar e a maioria de aprovação foi ainda mais ampla que a da primeira versão da lei.

Mas o Presidente da República voltou a travar o processo legislativo. Desta vez alegando a existência de variações terminológicas no texto legal relativamente à natureza da doença que legitima o pedido de antecipação da morte. Alegação estranha,

dado que essas variações existiam já na versão que o Presidente enviou para o Tribunal Constitucional, sem que isso lhe tenha merecido, na altura, qualquer reparo...

As iniciativas dos partidos proponentes da despenalização, já entregues ou anunciadas, mostram que a Assembleia da República manterá o registo de responsabilidade e de tolerância que imprimiu a todo o processo anterior. Sendo formalmente uma nova lei – por força da reconfiguração do parlamento pós-eleições legislativas – é, de facto, a mesma lei, com simples afinamentos de redação, mas com o mesmo sentido de tolerância de prudência e de ampliação do campo dos direitos, que será sujeita à decisão da Assembleia.

É mais que tempo de dotar o país de uma lei que evite fins de vida não queridos porque envoltos num sofrimento indizível ou numa nuvem de apagamento da relação mínima com quem é querido e dá mais sentido à vida. Uma lei que, como afirmou o João Semedo, sobreponha a tolerância à prepotência e ao autoritarismo. ●

# CUIDADOS PALIATIVOS DIREITOS HUMANOS EM FIM DE VIDA

**POR GISELA ALMEIDA** | Enfermeira Especialista, Instituto Português de Oncologia, Coimbra

**Desde a sua criação, os Cuidados Paliativos foram definidos pela Organização Mundial de Saúde em 1990, e redefinidos em 2002, como uma abordagem que aprimora a qualidade de vida, dos pacientes e famílias que enfrentam problemas associados com doenças, através da prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor, e outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual.**

Passadas duas décadas, as necessidades percebidas na prática clínica demonstram a necessidade de maior articulação entre as unidades hospitalares e as unidades de prestação de cuidados na comunidade. O estatuto do cuidador informal foi uma conquista positiva, contudo não pode permanecer sob a égide burocrática, o seu acesso

tem de ser simplificado, e para além do apoio sócio-económico tem de acautelar a componente de formação para o cuidar e para o auto-cuidado, reforçando políticas de bem-estar e saúde mental.

De modo, se mais unidades de cuidados paliativos domiciliários forem implantadas a nível nacional, mais fácil será desenvolver políticas promotoras do cuidar paliativo no domicílio, promovendo o suporte clínico para uma morte digna no domicílio, no caso das famílias e utentes que assim o pretenderem.

É prioritário investir na formação diferenciada em cuidados paliativos dos profissionais de saúde e criar novas unidades de apoio ao internamento paliativo na comunidade que permitam o controlo de sintomas e prevenção de complicações, aliviando o sofrimento, permitindo assim cuidados personalizados e de proximidade. Podemos facilmente perceber que as medidas anteriormente des-

taçadas permitem diminuir a procura dos serviços de urgência, que como sabemos e reconhecemos, e como os doentes e suas famílias reconhecem, por melhores que sejam, não são a melhor resposta, uma vez que não permitem oferecer cuidados diferenciados ao doente paliativo.

Em Portugal, os números continuam a elucidar a premência do desenvolvimento de políticas de saúde e governação clínica ajustadas à realidade e às necessidades inerentes ao cuidar paliativo. Assim, segundo o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos de 2021-2022, existem entre 81,5 e 97 mil pessoas com necessidades de cuidados paliativos, um aumento ligeiro relativamente aos biénios anteriores, consistente com o envelhecimento populacional e com a previsibilidade de necessidades paliativas na população idosa, independentemente até do aumento paralelo da doença crónica. ●



Em relação à estimativa do número de crianças com necessidades paliativas, tendo por base o estudo de 2015 do Observatório Português de Cuidados Paliativos, a prevalência de base hospitalar de crianças com doença crónica complexa foi de 45 por cada 10.000 crianças. São números que devem ser estudados, assim como devem ser conhecidos os determinantes sociais e de saúde destas populações para que a resposta possa ser planeada e implementada tendo em consideração as necessidades efetivas e o ajustamento das respostas de cuidados diferenciados. As ações paliativas devem integrar a prática profissional, qualquer que seja a doença ou a fase da sua evolução, com o objetivo de fazer chegar Cuidados Paliativos de qualidade a todas as pessoas portadoras, em fase avançada ou progressiva, de doença grave ou incurável.

O Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos de 2017-2018 deu início à implementação de uma Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP) funcional, integrada nos três níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde, os Cuidados de Saúde Primários, os Cuidados de Saúde Hospitalares e os Cuidados Continuados Integrados. Consideramos que existe a necessidade de formação em cuidados paliativos aos profissionais que fazem parte das unidades da RNCP, assim como também não pode ser esquecido o estudo das necessidades em matéria de cuidados paliativos sob a pena de as pessoas ficarem sem acesso aos cuidados diferenciados.

Estamos conscientes de que não se trata de soluções fáceis de operar no terreno mas todos temos responsabilidade cívica e profissional para discutir, propor e ajudar a definir melhores políticas e soluções promotoras do desenvolvimento da rede nacional de cuidados paliativos, uma rede que queremos justa, coesa, solidária, equitativa e de fácil acesso para as pessoas e suas famílias. Pela defesa dos direitos humanos em fim de vida, pelos doentes e pelas suas famílias, SEMPRE! ●

## POR UM SNS MAIS UNIVERSAL E EQUITATIVO

# ACOLHER E CUIDAR DOS REFUGIADOS

POR SÓNIA PINTO | Enfermeira de Família

**Pessoa refugiada é aquela que, em consequência de acontecimentos ocorridos, ou receando com razão ser perseguida em virtude da sua raça, religião, nacionalidade, filiação em certo grupo social ou das suas opiniões políticas, se encontra fora do país de que tem a nacionalidade e não possa ou, em virtude daquele receio, não queira pedir a protecção daquele país.**

É uma população migrante altamente vulnerável e com necessidades e problemas individuais marcantes, aliadas às suas especificidades culturais e individuais, que acarreta enormes desafios para unidades de saúde, nomeadamente a sensibilização e disponibilidade para o atendimento personalizado, quer do ponto de vista linguístico, quer do ponto de vista de competências humanas e de empatia. Por outro lado, trabalhar com estas populações traz a oportunidade de abrir horizontes na nossa mente e conhecer os seus costumes, tradições e um olhar diferente deste nosso mundo, plural, multicultural e diverso!

A legislação portuguesa assegura o acesso universal à saúde e, aos portadores de Autorização de Residência, requerentes de asilo, apátridas e refugiados, reconhece o direito à assistência médica e medicamentosa em condições de igualdade com a população portuguesa (artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de Novembro), e garante aos refugiados a isenção de taxas mode-

radoras durante o período de protecção internacional e a assistência médica no âmbito do SNS (artigo 52.º da Lei n.º 27/2008, de 30 de Junho).

Mais recentemente a Lei de Bases da Saúde determina que "(...) são igualmente beneficiários do SNS os cidadãos, com residência permanente ou em situação de estada ou residência temporárias em Portugal, que sejam nacionais de estados-membros da União Europeia ou equiparados, nacionais de países terceiros ou apátridas, requerentes de protecção internacional e migrantes com ou sem a respetiva situação legalizada, nos termos do regime jurídico aplicável (...)". Também o tráfico humano (TH) é um problema mundial e Portugal atua como país acolhedor de vítimas deste fenómeno, designadamente crianças. O relatório da ONU (2019), revela que o tráfico de pessoas está a aumentar no mundo inteiro, sendo a exploração sexual das vítimas a principal causa deste fenómeno. Portugal no ano de 2018 registou 203 sinaliza-



ções de TH, tendo sido identificadas 141 vítimas, das quais 29 eram menores de idade (CIG, 2019). Neste âmbito os cuidados de saúde a menores migrantes que se encontrem em situação irregular no território nacional, estão definidos nos termos definidos no Decreto-Lei nº 67/2004, de 25 de Março.

**EMBORA A LEI DETERMINE QUE O REFUGIADO TEM DIREITO A CUIDADOS DE SAÚDE NO SNS, QUEM ESTÁ NOS SERVIÇOS DE SAÚDE CONHECE BEM QUE NEM SEMPRE SÃO DADAS AS RESPOSTA CÉLERES E ADEQUADAS AOS REFUGIADOS QUE A ELES RECORREM, UMA VEZ QUE EM MUITAS UNIDADES DE SAÚDE E CONCRETAMENTE NO ÂMBITO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (CSP).**

não há médicos de famílias disponíveis para todos os cidadãos, quer portugueses, quer migrantes, por já terem o número máximo de utentes/unidades ponderadas previsto na legislação das USF.

No entanto, os profissionais de saúde não podem simplesmente recusar o acesso a cuidados de saúde a estas pessoas, sob pena de responderem judicialmente por discriminação - a Lei nº 93/2017 define como prática discriminatória "a recusa ou limitação de acesso aos cuidados de saúde prestados em estabelecimentos de saúde públicos ou privados" - e por omissão de auxílio (artº 200 do Código Penal). O profissional de saúde não pode negar o acesso aos cuidados de saúde aos migrantes, com ou sem número de utente.

Trabalhar com uma população vulnerável e culturalmente diferente traz desafios na acessibilidade, responsabilidade, ética e respeito e sentido de humanização e multiculturalidade pois o cuidar destas populações é muito mais que prestar

cuidados básicos de saúde e exige disponibilidade e a redefinição de estratégias de organização do trabalho das equipas e a promoção de ações de mudança e/ou adaptação a estilos de vida saudáveis individualizados às suas especificidades socioculturais, bem como a promoção de sentimentos de pertença e integração na comunidade e a capacitação destas populações para a autonomização.

Desde 2016, com a iminência de receção dos primeiros refugiados em Portugal, foram publicados documentos e manuais de suporte institucional com linhas orientadoras para a abordagem e intervenção pelas equipas de saúde, nomeadamente a Circular Informativa Conjunta Nº13/2016 de 12 de Maio e o Manual de Acolhimento ao Sistema de Saúde de Cidadãos Estrangeiros. Contudo, não basta emanar orientações, há que dar condições aos serviços de saúde, capacitar e sensibilizar os profissionais do SNS para esta realidade. Neste sentido, decorreu recentemente a imple-



mentação do projeto “Promover a Integração através da Equidade em Saúde”, financiado pelo Fundo para o Asilo, a Migração e a Integração (FAMI), cofinanciado pela Direção-Geral da Saúde (DGS) e implementado pela Organização Internacional das Migrações (OIM) Portugal; que foi desenvolvido nalgumas unidades de saúde com vista à capacitação dos profissionais e melhorar a acessibilidade dos serviços a esta população. Contudo esta tentativa de capacitação foi insuficiente no universo total das unidades de saúde, pouco saiu do papel e no quotidiano das unidades de saúde, concretamente nos CSP, continuam a existir constrangimentos na atribuição de números de utente a migrantes e refugiados, pela falta de recursos humanos para desempenhar estas funções, bem como a escassez de recursos humanos e sobrecarga de trabalho coloca grandes desafios aos seus profissionais e compromete a assistência clínica a esta população.

O Plano Nacional de Saúde (PNS)

2020-2030, divulgado recentemente pelo governo, apresenta como grandes linhas de orientação estratégica, a promoção da saúde e como estratégias de intervenção a promoção da saúde de grupos da população com maior vulnerabilidade e promoção de direitos humanos, com a adoção de soluções inovadoras, sugerindo alguns “mecanismos de suporte das estratégias de intervenção”, nomeadamente o estabelecimento de parcerias, em consonância com Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 17 (estabelecimento de parcerias) como um dos cinco pilares da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável “Partilhar/Comunicar/Inovar” relativamente à “Informação e conhecimento- sobre problemas e determinantes de saúde, e desigualdades em saúde” e no “Agir/Incluir” atendendo a um “Universalismo proporcional”, com “alocação de recursos à informação e intervenção nas desigualdades (...) sociais e de acesso; e populações vulneráveis (...) e.g. migrantes, refugiados...”, assegurando

infraestruturas e recurso humanos de saúde necessários para a garantia da qualidade, com grande enfoque no investimento nos CSP.

Caso para questionar como pode o Ministério da Saúde apresentar este PNS com estas metas e estratégias, quando não tem investido nos CSP e na contratação de mais profissionais de saúde e na preocupação com a permanência destes no SNS? Como pode emanar linhas de intervenção dirigidas a grupos mais vulneráveis, quando não dispõe de recursos humanos suficientes, especializados e capacitados para lidar com estas populações? Continuamos a ser exímios na regulamentação, na redação, na teoria, quando, na prática, tanto falha, desmotiva e se deixa por fazer por tão pouco se investir... Temos profissionais de saúde reconhecidos, precisamos de os ouvir e envolver. Com uma estratégia política baseada nas práticas, nos cidadãos e na alocação de recursos, teremos um SNS de excelência, público, universal e realmente equitativo! ●

# AÇORES

# PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, UMA SALVA DE... PRECARIEDADE!

**POR JÉSSICA PACHECO, Enfermeira, Açores**

**Durante a pandemia muitas foram as salvas de palmas aos profissionais de saúde, que em espírito de missão deram o “corpo ao vírus” para proteger e cuidar.**

A pandemia causada pelo vírus SARS-COV-2 levou à necessidade de adoção de diversas medidas excepcionais, entre as quais a contratação de profissionais de saúde através de processos simplificados, com vista ao reforço rápido de meios humanos no Serviço Nacional de Saúde e no Serviço Regional de Saúde (SRS).

É verdade que o reforço de meios humanos foi necessário para o combate à pandemia, mas também o é para o normal funcionamento e recuperação de toda a atividade assistencial.

Durante este período, os profissionais de saúde passaram de heróis e heroínas a incubadoras de precariedade.

Ao abrigo de regimes excepcionais e simplificados os profissionais de saúde nos Açores trabalharam com contrato individual de trabalho a termo resolutivo certo ou incerto, avença e contrato de trabalho em funções públicas a termo resolutivo certo ou incerto.

Segundo dados do próprio Governo

Regional, desde novembro de 2020 até agosto de 2021 foram contratados 671 profissionais, dos quais 527 têm vínculos precários, e destes, 376 foram contratados ao abrigo de autorizações excepcionais.

O que os nossos profissionais de saúde pedem é estabilidade, melhores condições remuneratórias, de trabalho e de progressão de carreira.

A fixação de médicos e enfermeiros no SRS continua a ser uma exigente tarefa, ainda mais quando a resposta tem sido manter 131 enfermeiros e 99 médicos com vínculo precário no SRS. Mas não são apenas estes profissionais que se encontram em situação de trabalho precário: temos também 159 assistentes operacionais e 110 assistentes técnicos na mesma situação.

O Bloco de Esquerda Açores não podia ficar indiferente a esta situação e por isso já entregou um Projeto de Decreto Legislativo Regional para a integração destes profissionais que se encontram em situação precária no SRS, criando um regime excepcional de integração dos profissionais que desempenham necessidades permanentes, incluindo nesse proces-

so a participação das organizações representativas dos trabalhadores no levantamento das necessidades permanentes das diversas entidades que integram o SRS.

Mas estes profissionais e utentes necessitam também que o SRS não se mantenha neste estado pendente. Continuamos com um Plano Regional de Saúde desatualizado (o último é de 2020) e assistimos à manutenção do encerramento da Unidade Cerebrovascular com implicações diretas na qualidade da prestação dos cuidados aos utentes com AVC, com o próprio Diretor do Serviço de Neurologia do Hospital do Divino Espírito Santo, em Ponta Delgada, a afirmar que as condições de tratamento não são as ideais.

Com a evolução da pandemia, há que fazer evoluir também o SRS, integrando e fixando profissionais de saúde, atualizando o seu plano e caminhando para a tão desejada normalidade no funcionamento do próprio SRS. O Bloco tem tido um papel fundamental apresentando propostas e questionando o Governo sobre estas matérias, mantendo-se ativo nesta luta de cuidar do nosso SRS. ●



# TRANSFORMAR O SNS, A AGENDA DE UM ENCONTRO À ESQUERDA



Realizou-se a 21 de Maio o Encontro Nacional Sobre Saúde do Bloco de Esquerda, em Lisboa. Estiveram presentes profissionais de diferentes áreas e diferentes locais do país, assim como utentes, juristas, economistas e dirigentes sindicais, para discutir o estado atual e o futuro do Serviço Nacional de Saúde. Organizaram-se três debates ao longo do dia: um primeiro em que se discutiram propostas para o SNS no século XXI, um segundo debate sobre cuidados primários de saúde e um último sobre as carreiras de profissionais de saúde.

No encontro esteve presente Catarina Martins, que o encerrou, salientando a importância de um serviço público, colocada em evidência durante a pandemia. A Coordenadora do Bloco de Esquerda destacou a Saúde Oral como exemplo de que, onde o SNS não chega, os privados também não asseguram, mantendo o acesso restrito a quem tem recursos financeiros.

Foram vários os contributos para o debate, destacamos aqui algumas breves passagens de cada um.

**ISABEL DO CARMO, médica endocrinologista e ativista.** O movimento “Estamos do Lado da Solução” tem avançado com propostas na área da digitalização do SNS. A pulverização de sistemas informáticos no SNS, tem resultado na redundância e duplicação de exames complementares e no perigo da sobreposição de tratamentos. Esta redundância beneficia os prestadores privados, que veem a sua receita aumentada pela repetição de exames. Um Processo Clínico Digital Único permitiria ultrapassar estas dificuldades a partir

da comunicação entre os vários sistemas atuais.

**JULIAN PERELMAN, economista na área da saúde.** A desigualdade é fonte de problemas de saúde. Durante a pandemia da Covid-19, em Portugal, o risco de infeção era três vezes superior nos 20% mais pobres e o risco de morte também era superior. Uma tendência semelhante está também identificada em relação ao risco de diabetes e cardiovascular. Pensar a saúde de uma comunidade é também pensar em educação, habitação, escolas, saneamento. A suborçamentação, opção dos últimos governos, a par da falta de autonomia na gestão, desresponsabiliza os gestores intermédios e resulta numa excessiva centralização das decisões em saúde. O setor privado da saúde tem tido, nas últimas décadas, um crescimento sustentado à custa de financiamento público – cerca de 30% dos lucros do privado são rendas pagas pelo Estado por serviços que o SNS não consegue realizar. Não existem dados públicos sobre os resultados em Saúde registados no setor privado, a regulação neste setor é fraca, ao invés do SNS, que publica os seus resultados e é avaliado de forma constante.

**CARLA BARBOSA, jurista.** A proximidade é a característica fundamental do SNS, a falta de equidade geográfica e orçamental continua no centro dos problemas do SNS.

**CONSTANTINO SAKELLARIDES, médico de Saúde Pública, antigo Diretor-Geral da Saúde.** O SNS necessita de mais recursos humanos e financeiros, mas isso, por si só, não basta para transformar o SNS. Transformar o SNS impli-

ca recensear as necessidades de saúde da população, gerir de forma eficaz o percurso dos utentes no SNS, criar novos modelos de governação, com enfoque na gestão da informação e conhecimento, garantir um plano de investimentos plurianual. O SNS deve passar a ter um dispositivo de análise, planeamento e direção estratégica.

**JOÃO RODRIGUES, médico de família e membro do grupo para a reforma dos cuidados primários.** Os cuidados primários enfrentam desafios, entre eles a falta de médicos de família. A dedicação exclusiva deve ser promovida no SNS e ser um regime de trabalho em equipa e não individual, de acordo com os objetivos definidos para cada unidade.

**TERESA GAGO, médica dentista.** Um terço da população tem falta significativa de dentes, somos o país europeu com maior desigualdade de acesso à saúde oral em função da situação económico-social. Existem apenas 118 dentistas no SNS, ao passo que no privado estão 9000 dentistas. Apenas 17% dos dentistas com menos de 35 anos têm contrato de trabalho e 90% dos dentistas a trabalhar no SNS estão a recibos verdes.

**ALEXANDRE TOMAZ, diretor executivo do ACES Almada-Seixal.** A Saúde é um equilíbrio dependente de ações intersetoriais e a intervenção na condição de vida das pessoas, aos mais variados níveis é uma forma de intervenção em saúde.

**MANUELA SILVA, psiquiatra no Hospital de Santa Maria.** A alta prevalência de doença mental em Portugal – 22% da população

em 2021, um aumento de 50% nos últimos 25 anos. Na saúde mental, a articulação entre cuidados primários e serviço diferenciado assegura a continuidade de cuidados.

**GUADALUPE SIMÕES, dirigente do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.** É difícil o acesso à carreira dos enfermeiros e permanecem obstáculos à generalização dos contratos de trabalho. Os enfermeiros pagam para poderem ser especialistas. No entanto, a essa categoria não corresponde um acréscimo salarial ou uma progressão na carreira. Existem quotas para especialistas nos serviços, o que deixa os enfermeiros mais jovens sem perspectivas de evolução na carreira. A exaustão dos enfermeiros e os problemas de saúde mental entre enfermeiros estão em níveis sem precedentes.

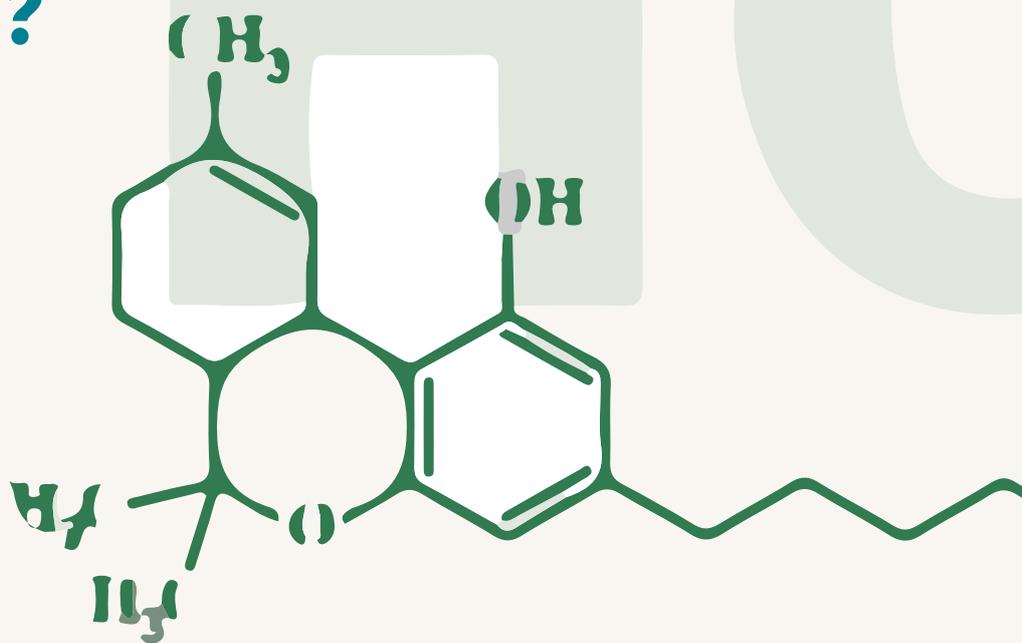
**JOÃO PROENÇA, médico e presidente do Sindicato dos Médicos da Zona Sul.** A empresarialização dos hospitais teve impacto nos contratos de trabalho dos médicos e fomentou a desigualdade salarial dentro dos serviços de saúde, contribuindo para a desestruturação das equipas no SNS.

**ROGÉRIO PEDRO, assistente operacional.** É um perigo a não existência de uma carreira própria para os assistentes operacionais, permitindo a contratação de profissionais não treinados para os serviços de saúde. Os Assistentes Operacionais foram o grupo profissional com mais infeções e mortes por Covid-19. Paralelamente, estes profissionais observaram uma importante perda de rendimento ao longo da última década, estando a maioria a receber o salário mínimo nacional. ●

# REVISÃO DA LITERATURA

## A LEGALIZAÇÃO DA CANÁBIS AUMENTA O CONSUMO ENTRE OS JOVENS?

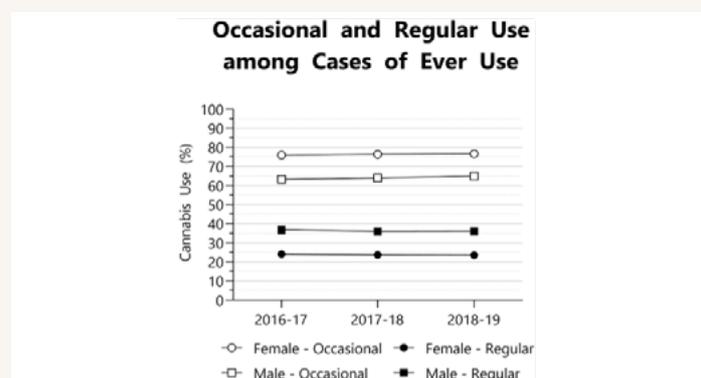
POR BRUNO MAIA | Médico



CANADÁ E URUGUAI LEGALIZARAM A CANÁBIS RECREATIVA EM 2018 E 2013, RESPECTIVAMENTE. DOIS ESTUDOS PUBLICADOS RECENTEMENTE SOBRE O CONSUMO RECREATIVO OFERECEM-NOS UMA VISÃO SOBRE O QUE PODE SER A REALIDADE APÓS A LEGALIZAÇÃO.

Na revista "Preventive Medicine Reports", Alexandra Zuckermann et al. (Março 2021)<sup>1</sup>, apresentam-nos resultados de uma coorte prospectiva, o estudo COMPASS, que avaliou a utilização de canábis recreativa entre alunos do ensino secundário dos estados de Alberta, Colômbia Britânica, Ontário e Québec. Os autores analisaram o consumo antes e depois da legalização da canábis, durante um período de 4 anos, não tendo encontrado diferenças significativas em todas as variáveis estudadas. Concluem que a legalização da canábis não produziu alterações na frequência do consumo, nomeadamente não aumentou o consumo de canábis entre adolescentes após a legalização.

Figura 1 - consumo ocasional e regular de canábis entre adolescentes canadenses, entre os anos 2016 e 2019, Zuckermann et al.

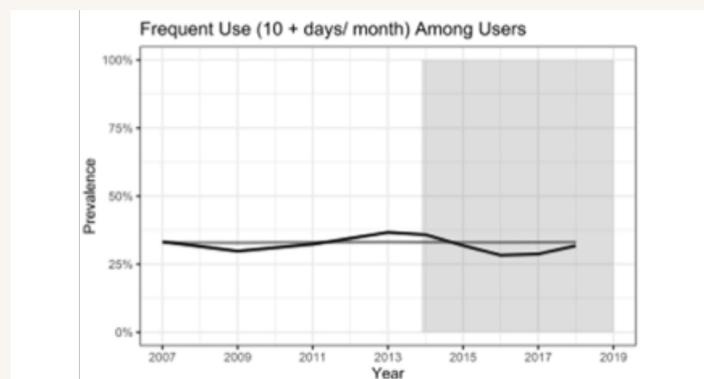


Na revista "International Journal of Drug Policy", Hannah Laqueur et al., (2020)<sup>2</sup>, publicam os resultados de um estudo que analisou o consumo de canábis e a percepção do risco associada, entre alunos do ensino secundário de áreas urbanas e rurais, nos anos antes e após a implementação da lei que legaliza a canábis. Os autores não encontraram qualquer evidência nos padrões de consumo ou percepção de risco.



ILUSTRAÇÃO | FREEPIK

**Figura 2 - utilização frequente de canábis entre adolescentes uruguaiois entre 2007 e 2018, Laquer et al.**



Em ambos os estudos, os autores ressaltam que os dados ainda são insuficientes para demonstrarem efeitos de longo prazo, uma vez que os processos de legalização ocorreram recentemente, não deixando de referir, no entanto, que a legalização da canábis, em ambos os países, carrega a expectativa de diminuir o consumo problemático da canábis. Há, ainda assim, diferenças nos quadros

regulamentares que podem justificar resultados diferentes no futuro: o modelo uruguaio assenta na distribuição não comercial da canábis, com forte incentivo ao auto-cultivo e a modelos de pequenos produtores-consumidores, ao passo que o modelo canadiano é puramente comercial, embora altamente regulado. Como referem os autores do segundo estudo: "há uma vasta gama de políticas possíveis de legalização, não devendo o tema ser reduzido a uma escolha binária entre proibição e modelos comerciais".

**OS MODELOS DE LEGALIZAÇÃO SÃO AINDA MUITO RECENTES, MAS O QUE AMBOS OS ESTUDOS PARECEM CONFIRMAR É A PREVISÃO DE QUE NÃO É A LEGALIZAÇÃO DA CANÁBIS QUE AUMENTA O CONSUMO DA MESMA, SOBRETUDO ENTRE OS ADOLESCENTES. O QUE ALIÁS ESTÁ EM LINHA COM OS DADOS DOS PAÍSES ONDE A SUBSTÂNCIA AINDA É PROIBIDA E ONDE O CONSUMO DA MESMA TEM VINDO A AUMENTAR NOS ÚLTIMOS ANOS. •**

# HÁ SETENTA ANOS "DEUSES E DEMÓNIOS DA MEDICINA", DE FERNANDO NAMORA

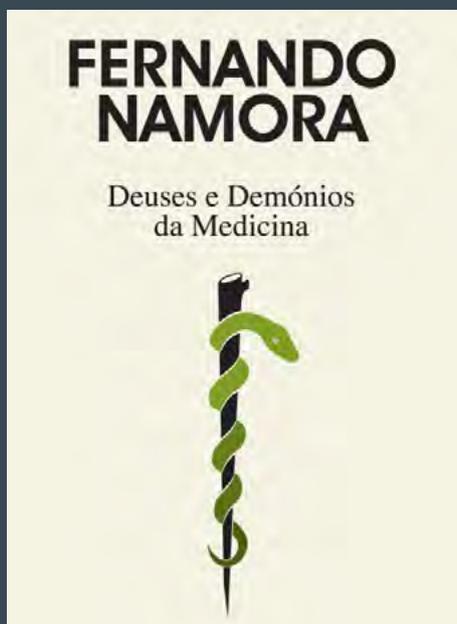
POR ANTÓNIO RODRIGUES | Médico

Poeta, ficcionista, ensaísta e pintor, Fernando Namora integrou a "geração de 40" - grupo literário que reuniu personalidades como Carlos de Oliveira, João José Cochofel, Joaquim Namorado, Mário Dionísio, Alves Redol, Manuel da Fonseca, Vergílio Ferreira ou Soeiro Pereira Gomes.

Nascido em Condeixa, em 15 de abril de 1919, licenciou-se em Medicina na Universidade de Coimbra em 1942 e morreu em Lisboa, em 31 de janeiro de 1989.

A sua prática clínica desenvolveu-se primeiro na sua terra natal para depois rumar à Beira Baixa e Alentejo - Tinalhas, Monsanto e Pavia - até que, em 1951, se fixou em Lisboa, onde ainda muito jovem já frequentara o Liceu Camões, agora para integrar o quadro clínico do Instituto Português de Oncologia. Em 1965, abandonou a medicina para se dedicar por inteiro à literatura.

A sua obra é a síntese de vivências em ambientes tão diversos como o meio universitário e as tertúlias da Coimbra dos anos 40, do médico de província que soube interpretar o pulsar popular - camponeses, mineiros, vagabundos... -, que é a base antropológica e social das mais fortes personagens das suas ficções dessa época. Mais tarde, também a vida na grande urbe e no mundo o moldou como homem



e escritor, sempre em paralelo com o exercício da medicina.

Num período mais tardio ensaiou incursões que reestruturam o movimento que fundou, superando impasses e margens em que se confinara.

É da sua autoria o livro "Deuses e Demónios da Medicina" (1952), que assim é comentado por Manuel Sobrinho Simões: "É notável, voltar a ler o livro Deuses e Demónios da Medicina à luz das perplexidades que a chamada «medicina da precisão» introduz em todos os aspetos da arte/profissão médica. Quer se queira quer não, o

atual exercício da Medicina moderna afasta-nos do ser humano enquanto sujeito da vida relacional e da saúde, por mais informação e tecnologia que estejam à nossa disposição."

"Deuses e Demónios da Medicina" é um conjunto de 23 biografias romancadas das mais destacadas personalidades do mundo singular da medicina, que ao longo dos tempos não raramente ensaiou a magia, o misticismo e a crença.

Os 23 eleitos foram Hipócrates, Galeno, Avicena, Paracelso, Vesálio, Ambroise, Paré, Harvey, Sydenham, Ribeiro Sanches, John Hunter, Mesmer, Jenner, Laennec, Claude Bernard, Virchow, Lister, Koch, Pavlov, Ramón y Cajal, Freud, Oswaldo Cruz e Alexandre Fleming.

Mas o livro é sobretudo uma incursão ao significado, peripécias e derivações da própria medicina que, na síntese e contraditório das suas crenças e repulsas, adquiriu a extraordinária relevância que hoje ocupa na vida e expectativas dos humanos. Obra metodicamente concebida e equilibrada, em linha com as imposições da cronologia e do rigor, exposta numa linguagem clara, obra de grande fôlego, de informação e de recreio, "Deuses e Demónios da Medicina" é mais um título imperdível da extensa obra de Fernando Namora. ●

Podcasts.

Reportagens.

Vídeos.

Opinião.

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

## O PORTAL DE TODAS AS LUTAS.

