

**“ALGUMAS REFLEXÕES ACERCA
DAS DIVERSAS QUESTÕES
RELATIVAS AO RACIONAMENTO
EM CUIDADOS DE SAÚDE”**

José M. D. Poças

(Médico Internista e Infeciologista) CHS HSB Setúbal

Potenciais “Conflitos de Interesse”

- **“Advisory Boards”**

- **Gilead Sciences**

- **Janssen**

- **MSD**

- **VIIV**



- **Congressos e Palestras**

- **Abbott / Abbvie**

- **Bayer**

- **BMS**

- **Boheringer Ingelheim**

- **Gilead Sciences**

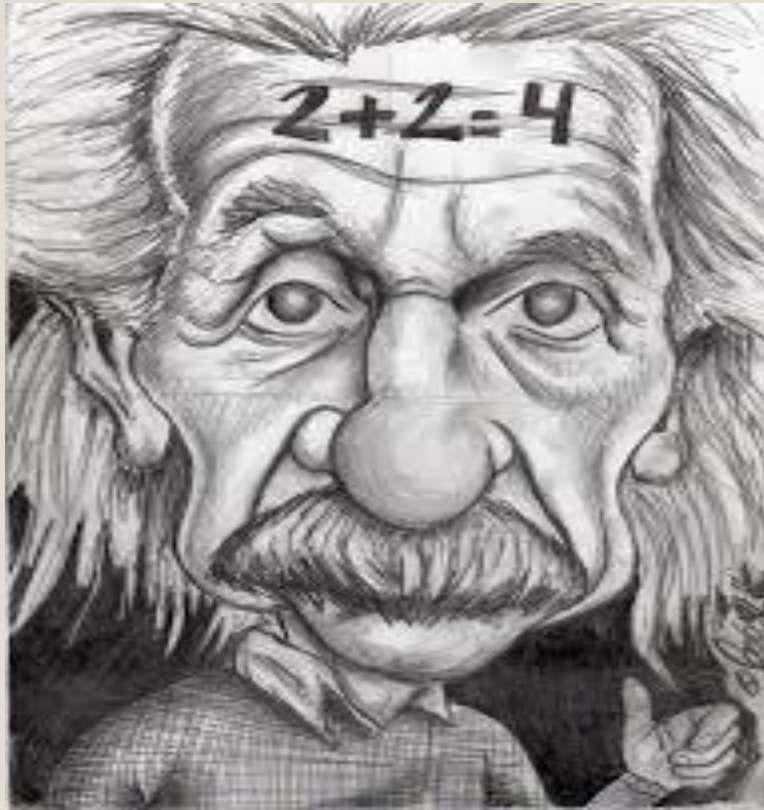
- **Janssen**

- **MSD**

- **ROCHE**

- **GW / GSK / VIIV**

Primeira Reflexão



- “Nem tudo o que pode ser contado, conta, e nem tudo o que conta, pode ser contado” (Albert Einstein)

1)-CONCEITOS



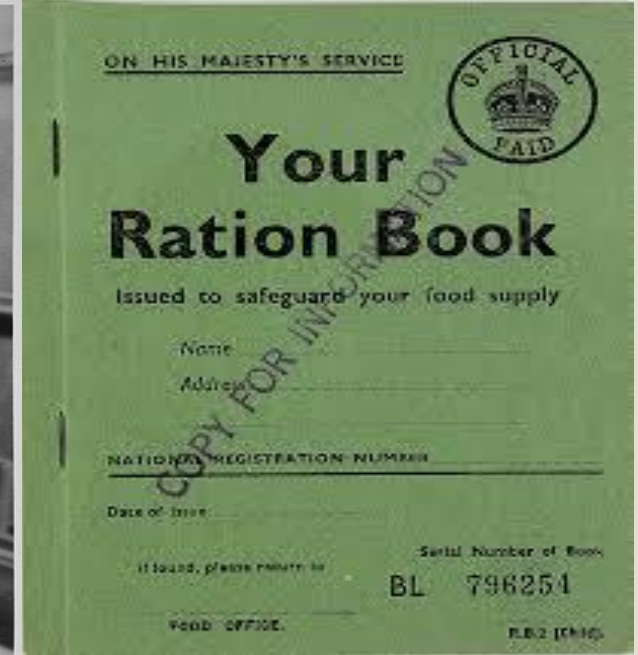
Introdução: Confusão na Terminologia...

- **A Fonte do Problema**
 - Recursos limitados
 - Necessidades ilimitadas
 - USA (2075): 38% PNB
 - Por cada 1% de aumento do PIB os custos com a saúde aumentam 1,5%
- **A Resposta ao Problema**
 - Priorização na alocação de recursos
 - Racionamento
 - Racionalização
 - Forma
 - Implícita
 - Explícita
 - Controlo de Custos
 - Redução / Eliminação do desperdício
 - Redução dos gastos na compra dos bens ou serviços (<Qualidade...)

RATIONING

IS SHARING

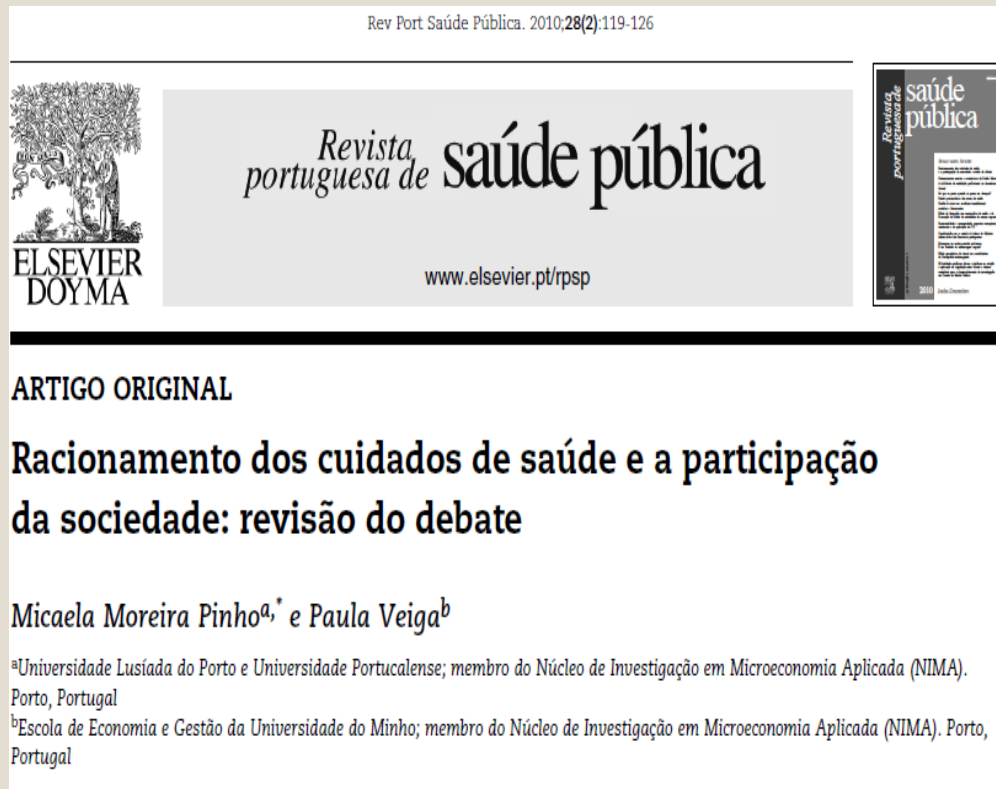
With Our Fighters and Neighbors



RATIONING MEANS A FAIR SHARE FOR ALL OF US



As duas formas de ver o problema!



- Nos países c/ Sistema de Saúde baseado em Seguros Privados (EUA)
 - Capacidade de pagar
 - Todos os cuidados para alguns
- Nos países c/ Sistema de Saúde baseado num SNS público (Portugal)
 - Necessidade
 - Alguns (...) cuidados para todos

A Ética das Guidelines*

The Ethics of the Guidelines



João Marques-Teixeira

- **“O racionamento é inevitável em saúde, dado que os recursos são limitados. As “guidelines” podem contribuir para esse racionamento oferecendo orientações claras acerca da efetividade e eficiência. No entanto, temo-nos de interrogar de que modo as decisões acerca do racionamento devem ser feitas e em que medida é correto as “guidelines” conterem decisões encobertas de natureza económica”**





CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

64/CNECV/2012

**CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA
PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA**

**PARECER SOBRE UM MODELO DE DELIBERAÇÃO
PARA FINANCIAMENTO DO CUSTO
DOS MEDICAMENTOS**



CNECV

CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA

D. Conclusões

2. O CNECV recomenda que, nas decisões sobre racionalização de custos, esteja patente que as opções fundamentais serão entre os “mais baratos dos melhores” (fármacos de comprovada efectividade) e não sobre os “melhores dos mais baratos”.

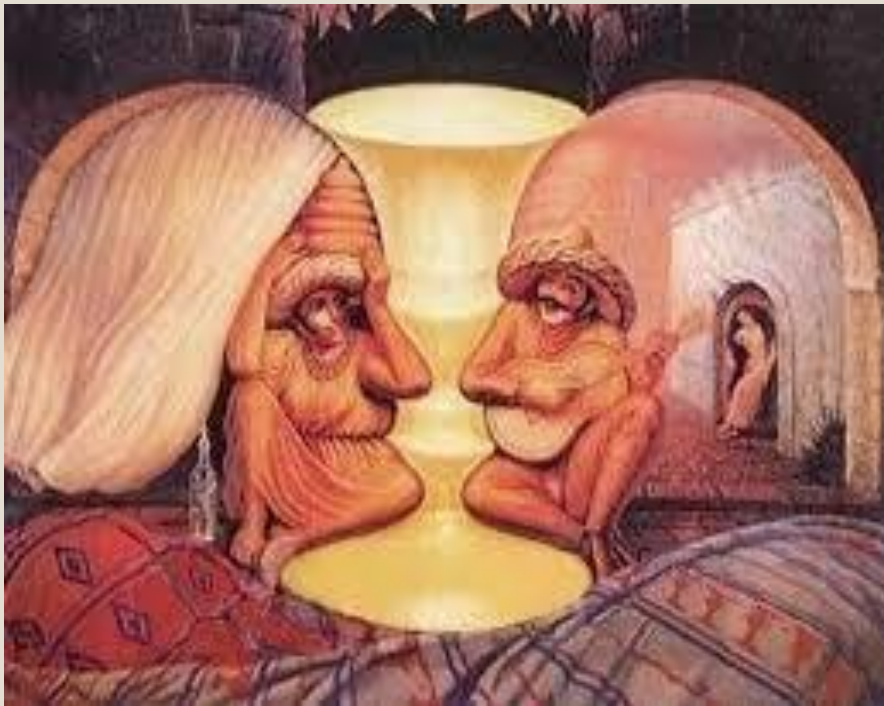
12. Em qualquer caso, o CNECV tem como essencial que tudo o que se faça não pode de modo algum pôr em causa a relação de confiança e de aliança terapêutica entre os doentes e os profissionais de saúde.

O Trilema da Saúde: Dificuldades e Soluções

Ermelinda Santos Silva

- **Trilemas atuais**
 - **Equidade**
 - **Qualidade**
 - **Eficiência**
- **Condicionantes**
 - **Ética**
 - **Técnico-Profissional**
 - **Económico-Financeira**
- **“O racionamento de cuidados, a existir, deverá ser por comprovada falta de recursos e não apenas por sub-financiamento artificial ou ineficiência e deve ter regras claras pré-definidas e ser do conhecimento do grande público”**

II)- Os Recursos Disponíveis e o Problema Demográfico



Do Marcelismo até à última crise económica

Portugal: OS Números

Maria João Valente Rosa
e Paulo Chitas




FUNDAÇÃO
FRANCISCO MANUEL DOS SANTOS


FFMS

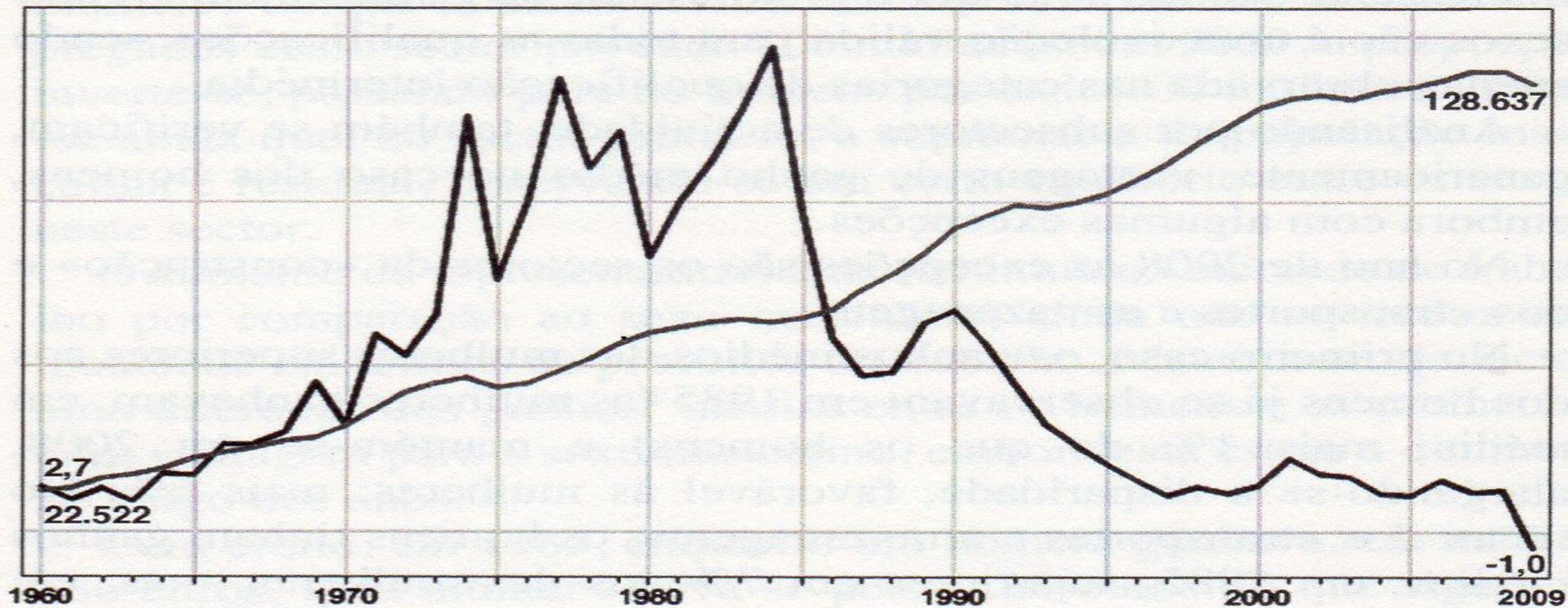
Fundação Francisco Manuel dos Santos



PORDATA

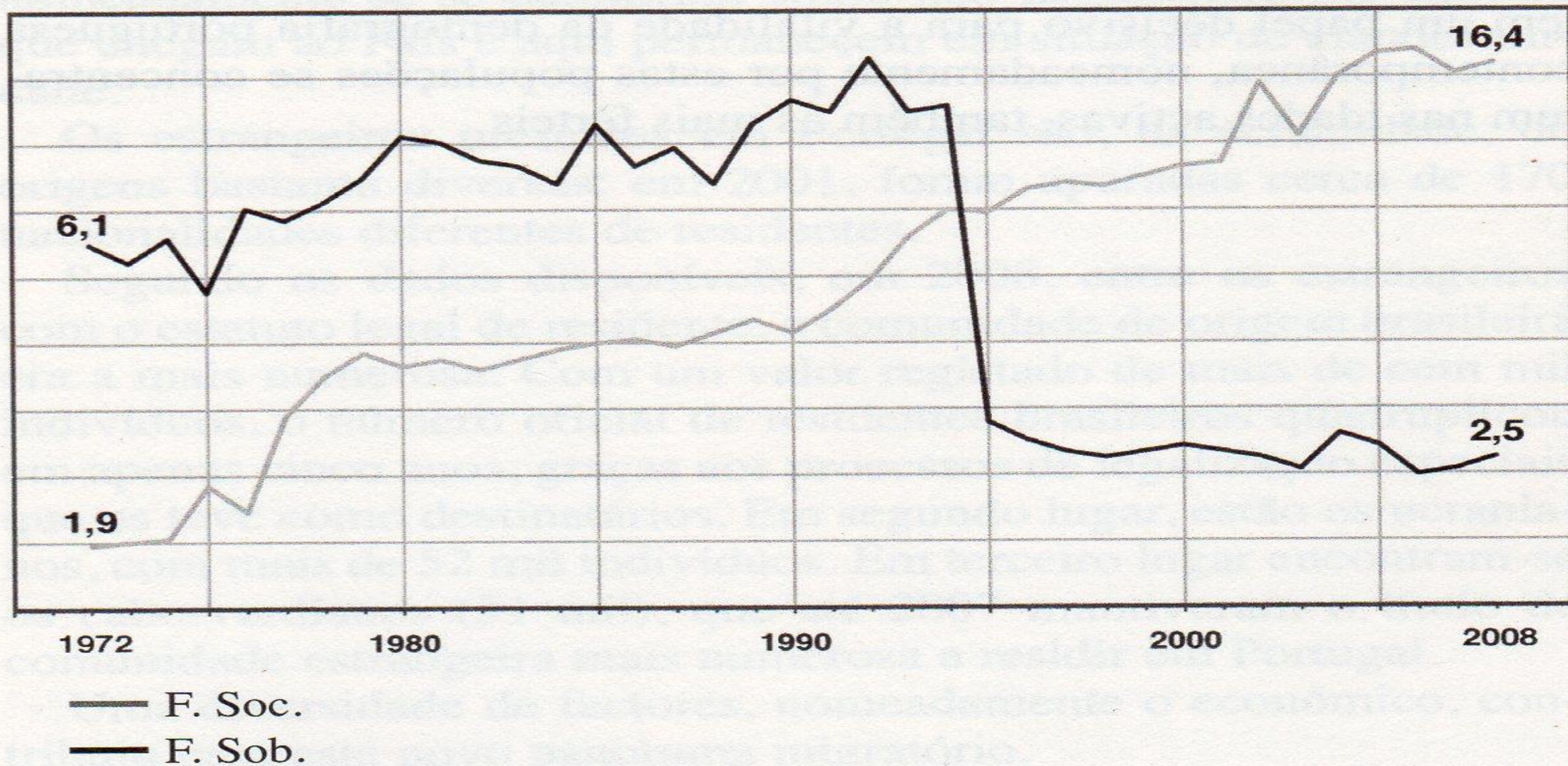
Base de Dados Portugal Contemporâneo

PIB (EM EUROS, A PREÇOS CONSTANTES DE 2000) E TAXA DE INFLAÇÃO (IPC)

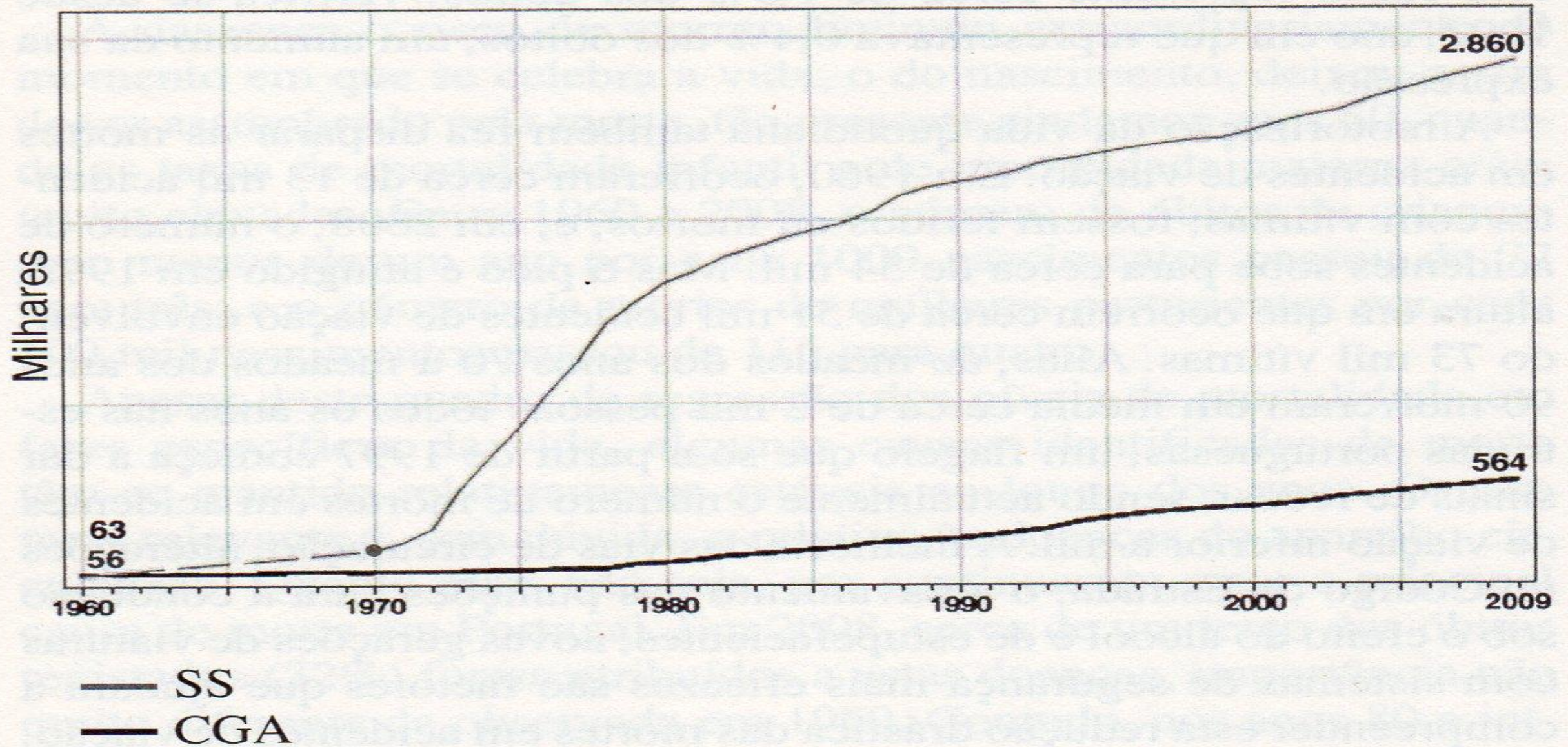


— PIB (Milhões)
— IPC (%)

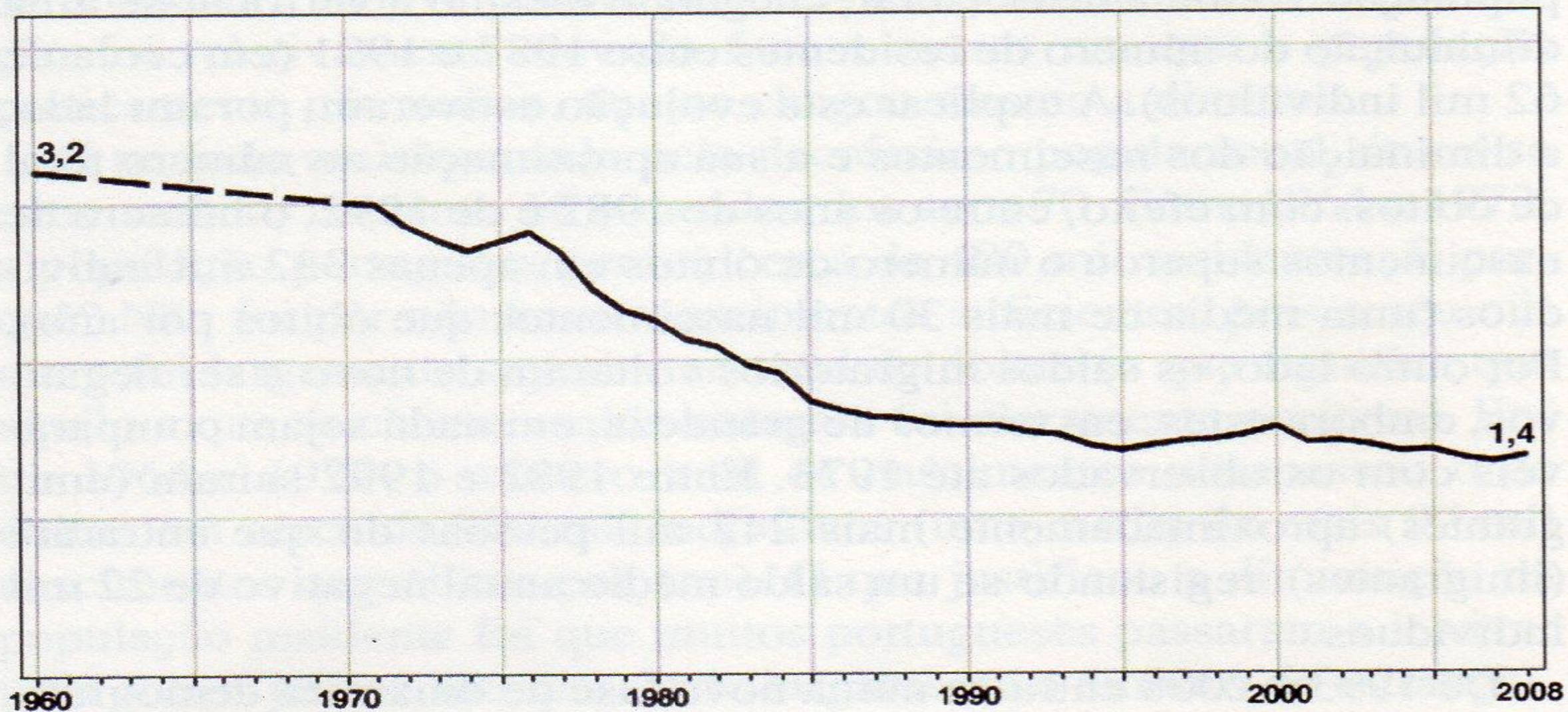
ORÇAMENTO DO ESTADO PARA FUNÇÕES SOCIAIS E PARA FUNÇÕES DE SOBERANIA (EM % DO PIB)



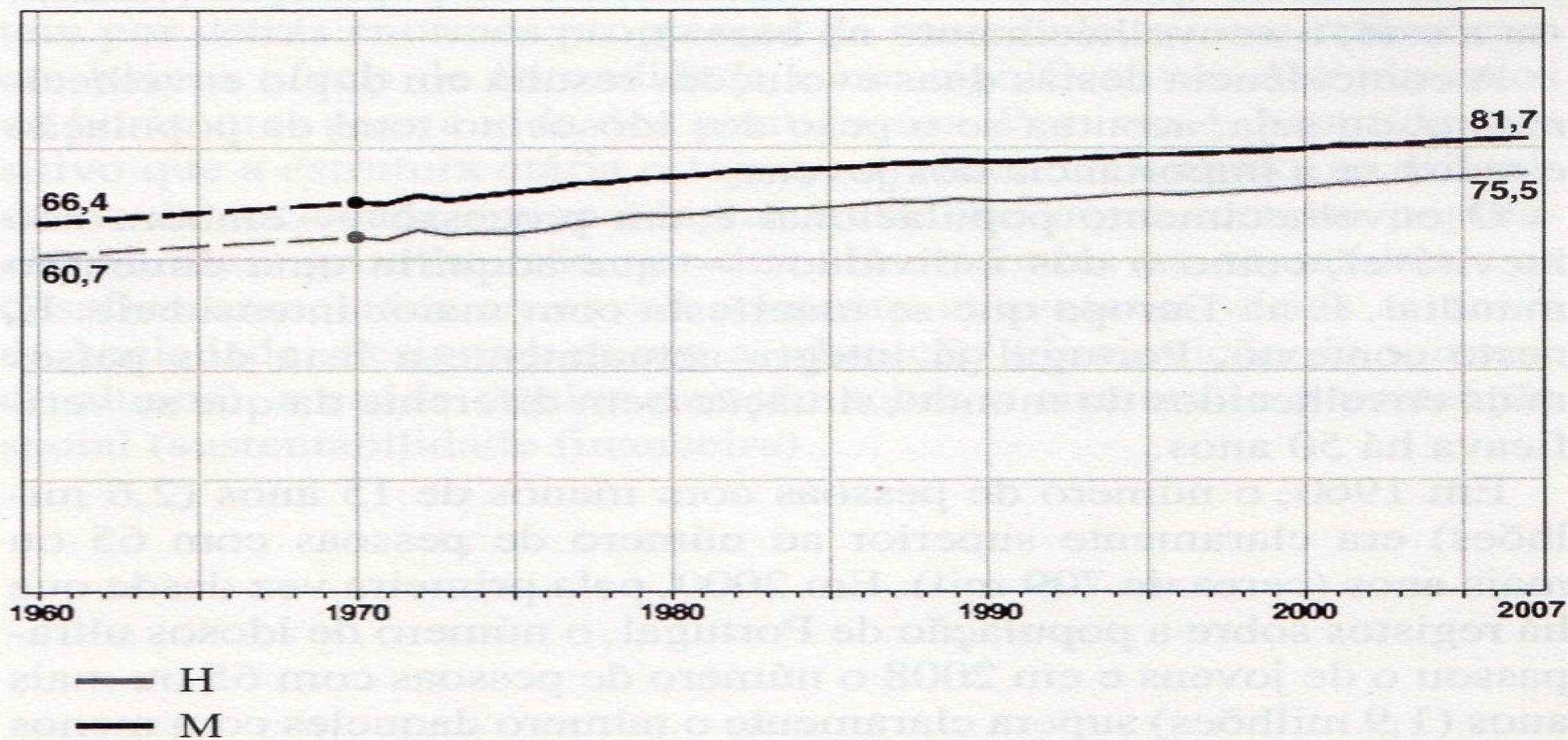
PENSIONISTAS DA SEGURANÇA SOCIAL E DA CGA



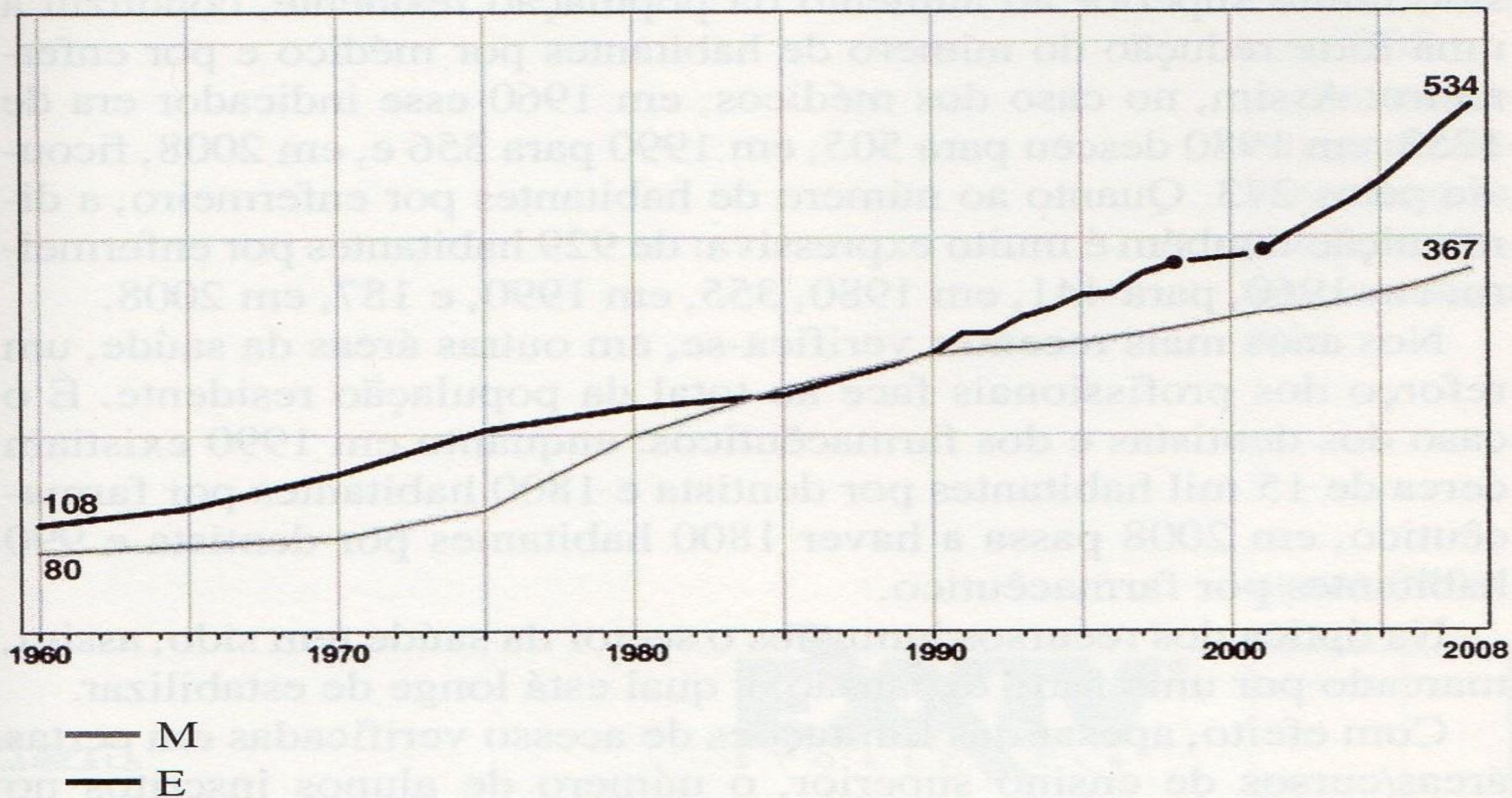
NÚMERO MÉDIO DE FILHOS POR MULHER



ESPERANÇA DE VIDA À NASCENÇA (ANOS)

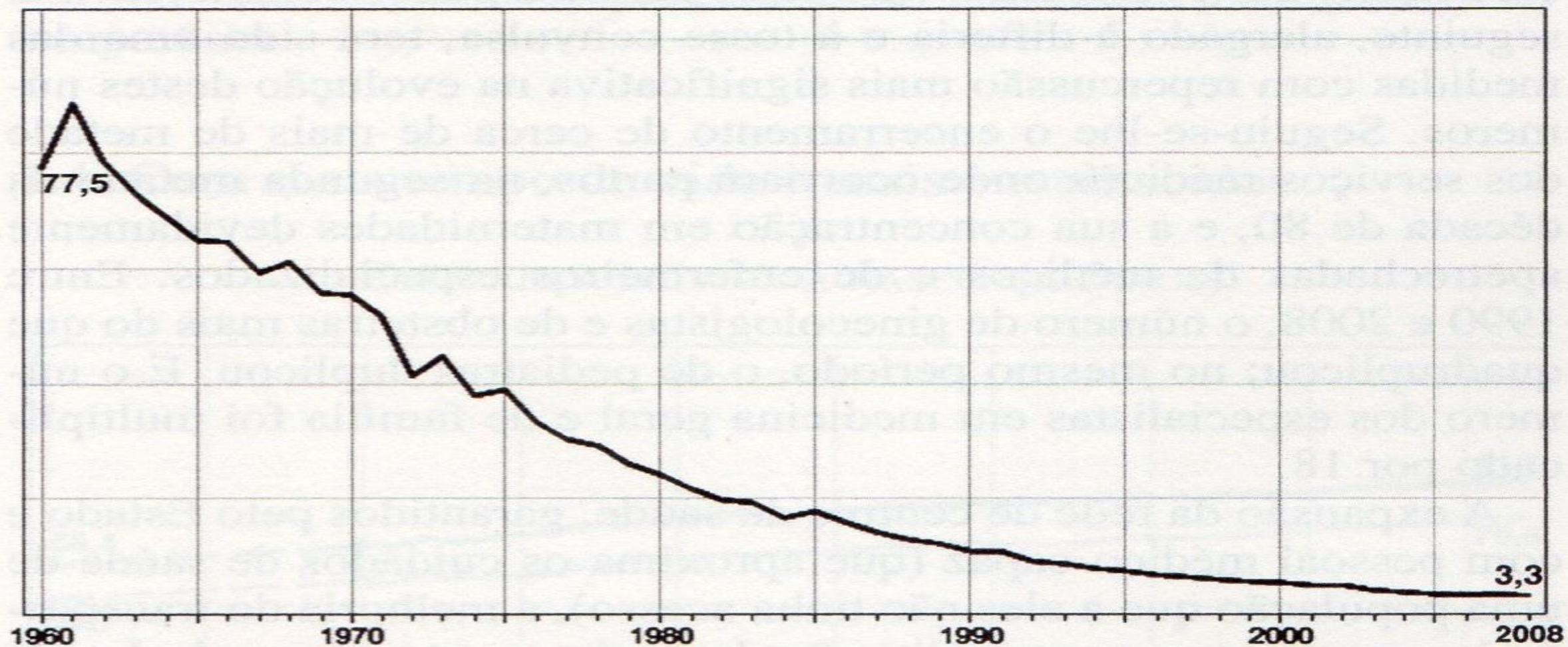


MÉDICOS E ENFERMEIROS POR 100 MIL HABITANTES

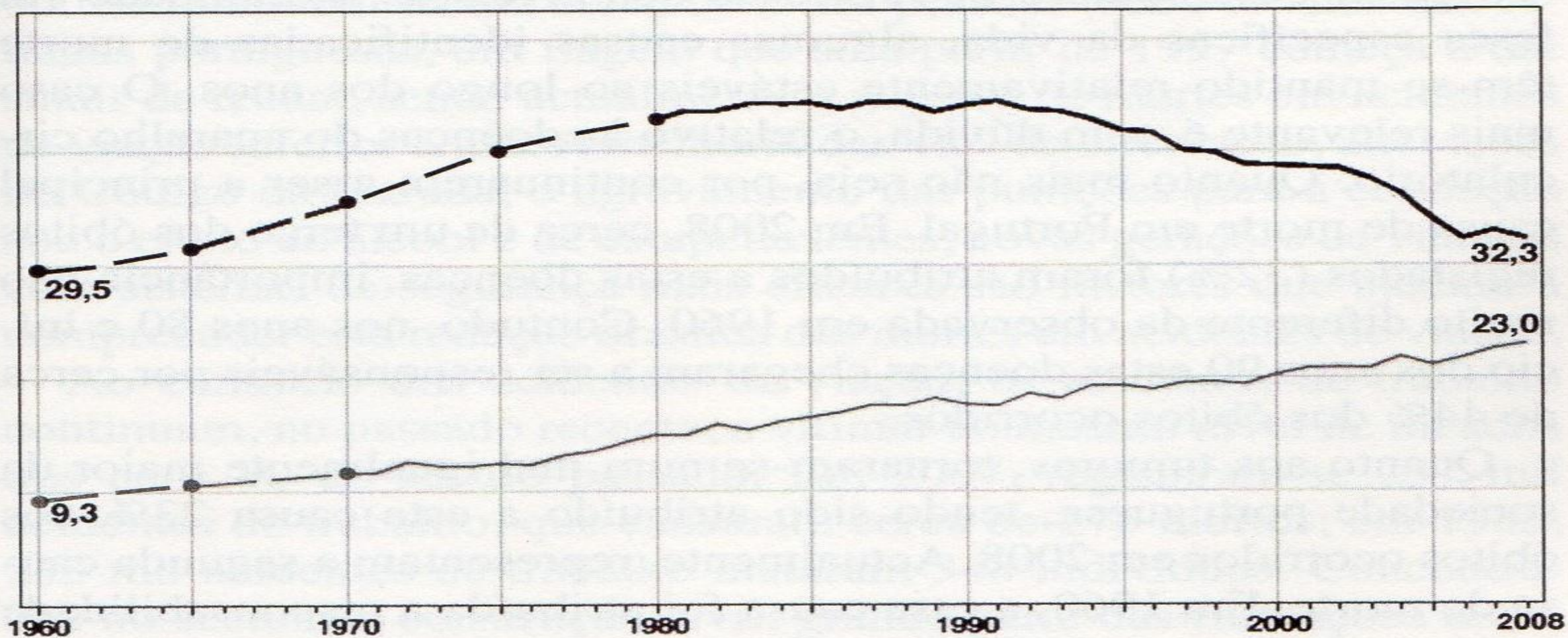


1.3. Vitória sobre a morte precoce

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (‰)



MORTES POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO E TUMORES (%)



— DAC
— T

Conclusão do Estudo

- **“(Apesar disso), o balanço é positivo. Seja pela acelerada quebra da mortalidade infantil, pelos largos ganhos na esperança de vida à nascença, pela integração social das mulheres, pela maior proporção de tempo e de recursos disponíveis para o lazer e para o consumo cultural, pela democratização do ensino ou pelo alargamento da proteção social, valeu a pena viver estas cinco décadas em Portugal. Há razões para nos orgulharmos destas mudanças. Há 50 anos, estas realidades eram uma ambição à qual apenas alguns, poucos, letrados, informados e com recursos culturais e financeiros acima da média, aspiravam. Hoje, fazem parte do património de todos. É nosso, dos portugueses.”**

E depois do *Lehman Brothers* (2008 a 2012) ...

- **Nascimentos: 102.500 - 90.026**
- **Óbitos: 102200 - 107287**
- **Taxa desemprego: 7,8% - 16,9%**
- **Desemprego jovem: 18,0% - 40,0%**
- **PIB (milhões): 165.000 - 155.289**

A diferença entre as intenção e a realidade

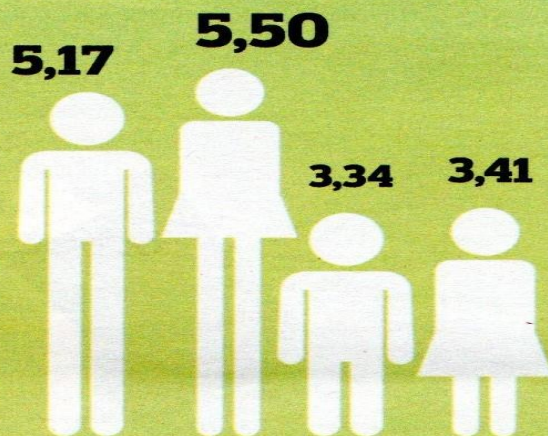
- O Previsto no Memorando da *Troika* p/ o Orçamento do MS
 - - 1,25% em 2012
 - - 1,0 % em 2013
- O que aconteceu na realidade
 - Em 2010
 - foram transferidos do Orçamento de Estado para o SNS 8.848 milhões de euros.
 - Em 2012
 - essa verba diminuiu para 7.107 milhões, um corte de 19,7%
- **(fonte: SNS – OE 2012, MS)**

Portugal em quebra

Em 2100, a população portuguesa poderá ser de 6,7 milhões de habitantes segundo o cenário médio das projecções da ONU

10.676.000
2010

Por sexo



População total

10,67 **6,75**

Média etária

41 anos **47,7** anos

2010

2100

milhões de habitantes

Idades

Mais de 65 anos
17,9%

0-14
15,1%

15-24
10,9%

25-64
43,7%

2010

Mais de 65
30,6%

0-14
15,4%

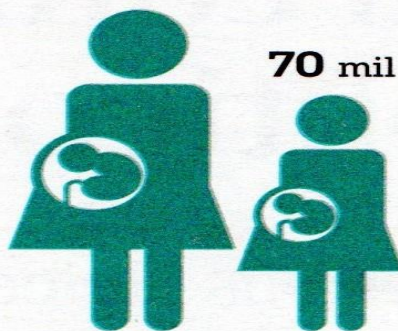
15-24
10,3%

25-64
56,1%

2100

Nascimentos

96 mil



2010

70 mil



2100

N.º de crianças por mulher



1,36

2010

1,99

2100

Esperança de vida

Média de idades por sexo



Homens



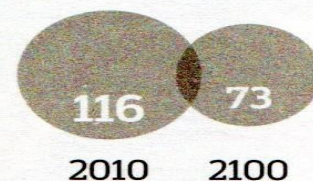
Mulheres

76,8 **85,1**
2010 2100

82,8 **90,4**
2010 2100

6.754.000
2100

Densidade populacional
habitantes por km²



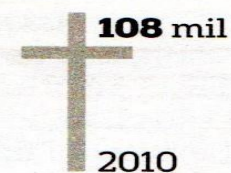
116

2010

73

2100

Mortes



108 mil

2010

97 mil

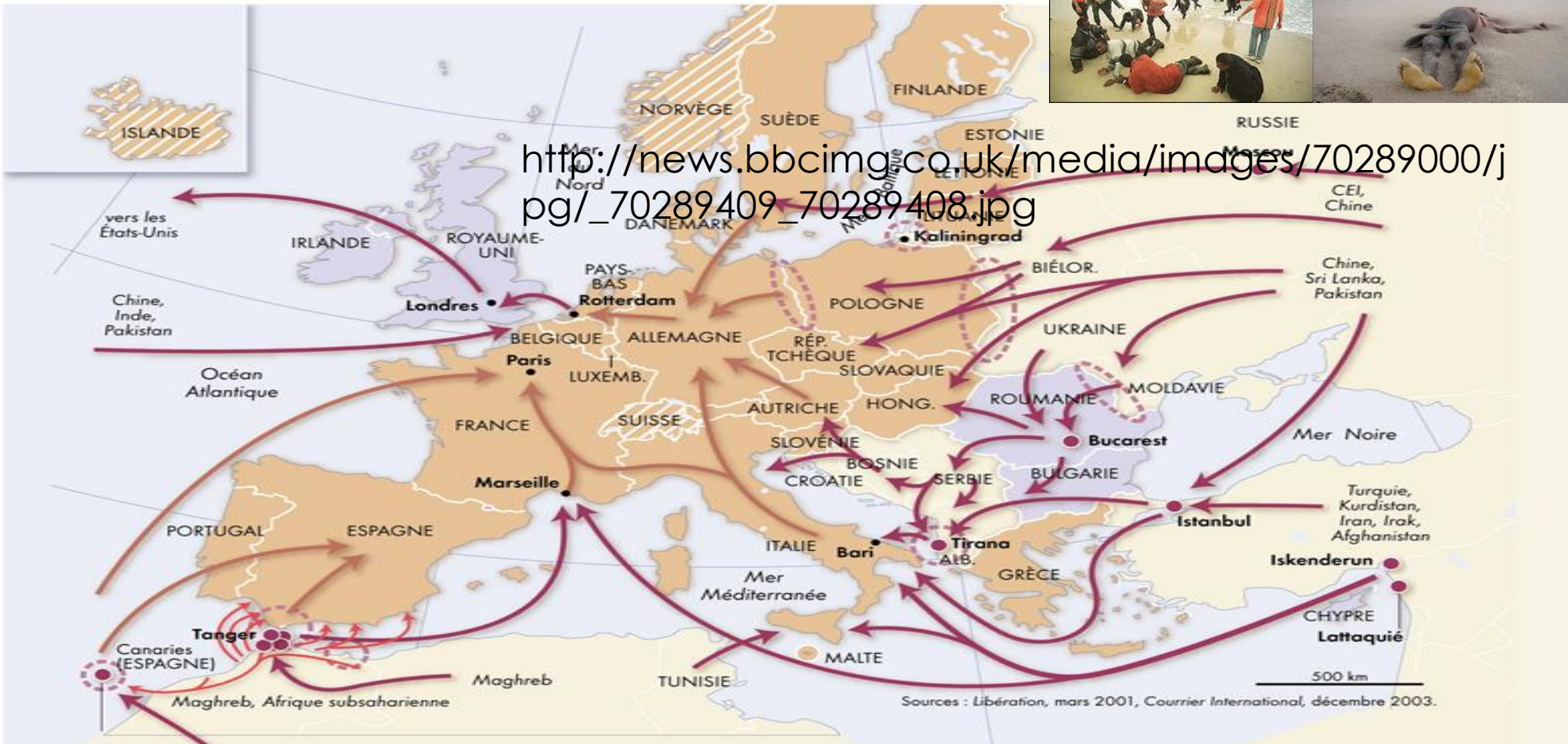
2100

A verdadeira luta pela sobrevivência!

LES LIEUX DE PASSAGE CLANDESTINS



http://news.bbcimg.co.uk/media/images/70289000/jpg/_70289409_70289408.jpg



- Espace Schengen
- ▨ Pays hors Union européenne associés à l'espace Schengen
- Pays membres de l'UE n'appartenant pas à l'espace Schengen
- Principales « portes d'entrée » de l'immigration clandestine
- ➔ Principales voies d'accès à l'Europe
- ➔ Nouveaux itinéraires de contournement
- Zone de fixation des litiges
- ➔ Migrations à l'intérieur de l'espace Schengen



Sources : Libération, mars 2001, Courrier International, décembre 2003.

Onde está a moralidade?!...





TELEVISÃO

Guerra de audiências

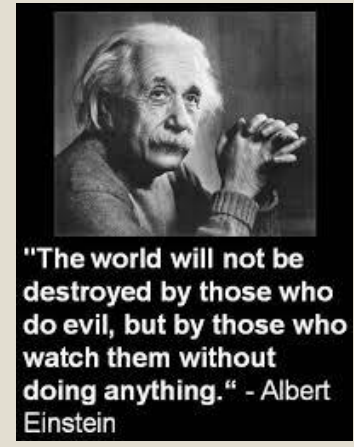
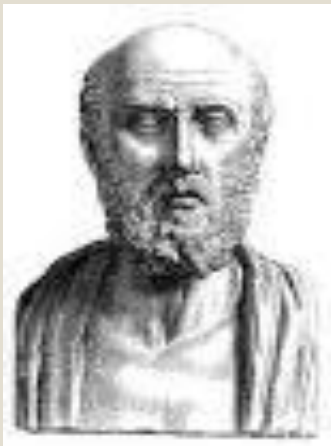


OS NOVOS HERÓIS



Compromissos...

- ***“... só a partir do momento em que a criação e a manutenção de condições decentes de vida para toda a humanidade seja plenamente reconhecida e aceite como uma mera obrigação de todas as pessoas de todos os países é que, com um certo grau de razoabilidade, nós poderemos começar a falar que vivemos num mundo civilizado...” (Albert Einstein, 1945)***



III)- As diversas visões da problemática



Racionamento dos cuidados de saúde:
problemática inerente

Micaela Moreira Pinho ^{1,2}

Rationing health care services: an inherent issue

- **“As técnicas de avaliação económica muito úteis em diversas áreas encontram-se para efeitos de racionamento dos cuidados de saúde numa fase embrionária de desenvolvimento. A complexidade que norteia esta temática pode ser sintetizada por uma metáfora (...) que compara o processo de estabelecer prioridades mais a uma maratona do que a um *sprint*”**

A inevitabilidade?

- “A objeção (à necessidade de implementar políticas de racionamento) falha quando (nos confrontarmos com o facto) dos recursos ficarem exauridos e que os doentes que se virem então privados de cuidados são pessoas de carne e osso e não simples estatísticas”



Perspectives

Richard M. Friedenberg, MD

Health Care Rationing: Every Physician's Dilemma¹



- A prestação de cuidados de saúde é muito onerosa e vai continuar como tal no futuro. Para além deste facto, existe o imperativo moral de cobrir as necessidades em cuidados de saúde dos 42 milhões de cidadãos americanos que o não têm neste momento (...) A saúde não é pois uma mera questão de simples comodidade. Todos os cidadãos devem assim ter acesso aos cuidados de saúde, mesmo que não os possam pagar.
- O conceito de racionamento, seja pela restrição do acesso, demora na prestação dos cuidados, ou a sua mera recusa, atemoriza-me. O facto é que existem tantas variáveis envolvidas (...) que nós poderemos não ter a necessária clarividência para as resolver (...) O racionamento pode pois, (em determinados contextos) vir a ser necessário, mas é extremamente difícil (de concretizar), podendo mesmo assumir aspetos imorais.

Can Health Care Rationing Ever Be Rational?

JOURNAL OF LAW, MEDICINE & ETHICS

David A. Gruenewald

- “Embora muitos clínicos sejam relutantes em implementar medidas de racionamento na sua prática clínica, existem alguns estudos que evidenciam que estes podem aceitar algum papel na forma em como os recursos de saúde são alocados (...) No fundo (aqueles) estão obrigados a fazer as suas melhores propostas para o tratamento dos seus doentes”
- “O potencial perigo é que essa alocação de recursos e a sua priorização seja feita com base em critérios pouco racionais, fruto das idiosincrasias de cada médico, ou mesmo em juízos de valor ou comportamentos dolosos. Para salvaguardar os doentes destas nefastas consequências, os médicos devem basear as suas atitudes em *guidelines* suportadas pela melhor evidência disponível”.

Maria João Pinto Silva
Priorização: um Imperativo?

Abril, 2010

FMUP



Who and how should participate in
health care priority setting? Evidence
from a Portuguese survey

Anabela Botelho
Micaela M. Pinho
Paula Veiga

December 2011

Núcleo de Investigação em Microeconomia Aplicada
Universidade do Minho



Abstract

This article provides highlights of the evolution of the health care rationing debate towards a more transparent and open approach involving public participation. Discretionary models that have dominated health sector decision-making are being questioned by different sectors of society. Using data from 442 college students, we explore public's views on its involvement in health care rationing decisions. Findings suggest that although citizens wish to be consulted, they believe doctors should play the most important role on the rationing decisions. Nonetheless, the confidence in doctors is not independent of the criteria used to support their decisions.

Paradoxically, public involvement in the rationing debate encounters resistance in the population itself. Studies have shown that despite the citizens' wish to be consulted about health resources planning, they do not want to make direct rationing decisions themselves.^{16, 17, 18, 19, 20, 21} The population seems to experience disutility when it finds out about, or is called upon to make decisions about the denial of treatments to other members of society²¹ due to a fear of making a wrong decision, which they may later come to regret.²² It would seem that regret is an important element in individual valorisation and in making decisions about health care.¹⁹ This idea is reinforced by evidence that the citizens derive utility from ignoring how the health resources are effectively rationalised – the “utility of ignorance” argument.^{5, 23} In addition, individuals tend to see doctors as the best group to make the decisions for society.^{24, 25, 20} This would seem to suggest that in the interests of “peace of mind”, the rationing decisions should be left to the doctors, whatever they decide.²⁶

RESEARCH

Open Access

The moral psychology of rationing among physicians: the role of harm and fairness intuitions in physician objections to cost-effectiveness and cost-containment

Ryan M Antiel^{1,2*}, Farr A Curlin³, Katherine M James⁴ and Jon C Tilburt^{2,4,5,6}

Abstract

Introduction: Physicians vary in their moral judgments about health care costs. Social intuitionism posits that moral judgments arise from gut instincts, called "moral foundations." The objective of this study was to determine if "harm" and "fairness" intuitions can explain physicians' judgments about cost-containment in U.S. health care and using cost-effectiveness data in practice, as well as the relative importance of those intuitions compared to "purity", "authority" and "ingroup" in cost-related judgments.

Methods: We mailed an 8-page survey to a random sample of 2000 practicing U.S. physicians. The survey included the MFQ30 and items assessing agreement/disagreement with cost-containment and degree of objection to using cost-effectiveness data to guide care. We used t-tests for pairwise subscale mean comparisons and logistic regression to assess associations with agreement with cost-containment and objection to using cost-effectiveness analysis to guide care.

Results: 1032 of 1895 physicians (54%) responded. Most (67%) supported cost-containment, while 54% expressed a strong or moderate objection to the use of cost-effectiveness data in clinical decisions. Physicians who strongly objected to the use of cost-effectiveness data had similar scores in all five of the foundations (all p-values > 0.05). Agreement with cost-containment was associated with higher mean "harm" (3.6) and "fairness" (3.5) intuitions compared to "in-group" (2.8), "authority" (3.0), and "purity" (2.4) ($p < 0.05$). In multivariate models adjusted for age, sex, region, and specialty, both "harm" and "fairness" were significantly associated with judgments about cost-containment (OR = 1.2 [1.0-1.5]; OR = 1.7 [1.4-2.1], respectively) but were not associated with degree of objection to cost-effectiveness (OR = 1.2 [1.0-1.4]; OR = 0.9 [0.7-1.0]).

Conclusions: Moral intuitions shed light on variation in physician judgments about cost issues in health care.

Keywords: Physicians, Survey, Moral beliefs, Cost-effectiveness, Cost-containment

Table 2 Distribution of physicians' responses to items on cost-containment strategies and cost-effectiveness data, as well as physicians' overall mean scores for the five constructs of moral foundations

Survey item and response options	N (%)
Cost-containment	
I would favor limiting reimbursement for expensive drugs and procedures if that would help expand access to basic healthcare for those currently lacking such care	
Strongly disagree	108 (11)
Moderately disagree	218 (22)
Moderately agree	482 (48)
Strongly agree	191 (19)
Cost-effectiveness	
Please indicate the degree to which you object (if at all), for moral reasons, to using cost-effectiveness data to determine which treatments will be offered to patients.	
No moral objection	457 (45)
Moderately moral objection	405 (40)
Strong moral objection	144 (14)

Medical decision making in scarcity situations

J J M van Delden, A M Vrakking, A van der Heide, P J van der Maas

J Med Ethics 2004;30:207-211. doi: 10.1136/jme.2003.003681

The issue of the allocation of resources in health care is here to stay. The goal of this study was to explore the views of physicians on several topics that have arisen in the debate on the allocation of scarce resources and to compare these with the views of policy makers. We asked physicians (oncologists, cardiologists, and nursing home physicians) and policy makers to participate in an interview about their practices and opinions concerning factors playing a role in decision making for patients in different age groups. Both physicians and policy makers recognised allocation decisions as part of their reality. One of the strong general opinions of both physicians and policy makers was the rejection of age discrimination. Making allocation decisions as such seemed to be regarded as a foreign entity to the practice of medicine. In spite of the reluctance to make allocation decisions, physicians sometimes do. This would seem to be only acceptable if it is justified in terms of the best interests of the patient from whom treatment is withheld.

Table 4 Percentage of agreement with statements concerning the ethical justification of age selection

Statement	Agreement with statement (%)				
	Oncology (n = 30)	Nursing home (n = 29)	Cardiology (n = 21)	Physicians total (n = 80)	Policy makers (n = 29)
In the care for older people improvement of quality of life should be more important than prolonging life (p = 0.04)*	87	100	100	95	93
Because elderly patients have lived the greatest part of their life, younger patients should have more rights to life prolonging treatment than older patients	13	24	33	23	17
Scarce life prolonging treatments should be allocated in such a way that as many people as possible reach the mean life expectancy.	23	24	21	23	21

*Significant difference with Mann-Whitney test (p < 0.05) between oncologists and nursing home physicians

Table 2 Percentage of agreement with statements concerning the use of selection criteria

Statement	Agreement with statement (%)				
	Oncology (n = 30)	Nursing home (n = 29)	Cardiology (n = 21)	Physicians total (n = 80)	Policy makers (n = 29)
In older patients under treatment occurs more often than in younger patients ($p=0.03^*$)	73	62	75	70	45
Older patients shouldn't be victims of scarcity in health care more often than younger patients	93	86	76	86	83
In case of scarcity of beds as a consequence of a shortage of staff, it is acceptable that patients are selected by their age upon admission	3	7	10	6	7
Expensive life prolonging treatments should be used primarily to prevent the death of people younger than 75 years of age ($p=0.02^*$, $p=0.002^\dagger$)	63	35	52	50	28
In case of scarcity of organs for transplantation it is acceptable that patients are selected on their age	73	62	67	68	48
A good physician takes the functions that a patient fulfils in family and society into account in important medical decisions. ($p=0.009^*$)	53	59	76	61	39

*Significant difference with Mann-Whitney test ($p < 0.05$) between all physicians and policy makers.

†Significant difference with Mann-Whitney test ($p < 0.05$) between oncologists and nursing home physicians.

Table 3 Percentage of agreement with statements concerning the locus of decision making

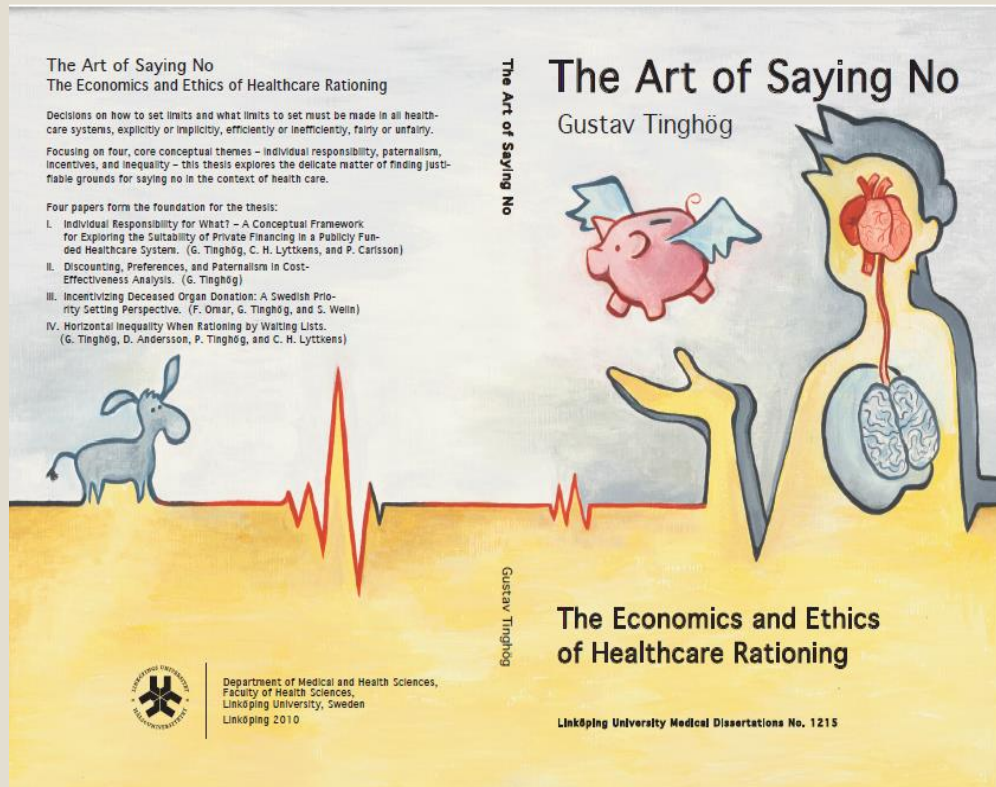
Statement	Agreement with statement (%)				
	Oncology (n = 30)	Nursing home (n = 29)	Cardiology (n = 21)	Physicians total (n = 80)	Policy makers (n = 29)
A good doctor's prime concern is for the interests of patients, who are committed to his or her care, even if this leads to a less efficient allocation of the scarce resources ($p=0.05^*$)	83	93	100	91	83
Not the doctor but the government should make choices concerning the allocation of scarce resources on other than medical grounds	67	62	76	68	76
Physicians also have to consider the justifiability of their decisions when these influence the allocation of scarce medical resources	90	93	86	90	93
Clear government policy concerning health care for the elderly can provide guidance when justifying medical decisions in individual cases	63	45	62	56	66
Restrictions enforced by the government disturb good medical decision making for individual patients	37	41	60	44	52

*Significant difference with Mann-Whitney test ($p < 0.05$) between oncologists and cardiologists.

A experiência da Nova Zelândia

- Os médicos não podem ser responsabilizados pela não disponibilização de qualquer tratamento que estivesse indicado para um doente, desde que tenha sido impedido superiormente de a ele ter acesso
- Se um qualquer método de diagnóstico ou de terapêutica que se adegue melhor a um caso concreto seja identificado, mas não seja disponibilizado superiormente, o médico deve explicar ao doente esse mesmo facto, bem como aquilo que for permitido prescrever e as respetivas possíveis consequências, discussão que deve ficar documentada
- Se um organismo oficial competente ou a administração de uma unidade prestadora de cuidados de saúde estabelecer os cuidados que decide disponibilizar aos seus doentes, então as responsabilidades daí decorrentes devem ser-lhes imputadas;
- Os médicos que por qualquer condicionalismo desta mesma natureza decidam prescrever qualquer terapêutica ou exame complementar de diagnóstico sub-ótimo devem informar o doente de qual seria a melhor opção, devendo tentar providenciar que isso se possa ainda vir a concretizar

Suécia



- **Princípios Gerais**
 - **Dignidade Humana**
 - **Necessidade e solidariedade**
 - **Custo-Efetividade**

“Depositamos demasiada esperança nos sistemas e olhamos pouco para o Homem”

(Bejamin Disraeli, 1804-1881)

Why Ration Health Care?

An international study of the United Kingdom, France
Germany and public sector health care in the USA

Heinz Redwood



CIVITAS: Institute for the Study of Civil Society
London

- “Existe um paradoxo no racionamento relativo aos cuidados de saúde. Em teoria, é invocado em nome dos doentes enquanto cidadãos por questões que têm a ver com a equidade e justiça. Na prática, este conceito deposita demasiada esperança no sistema e tende a esquecer os doentes e os indivíduos (...) Os doentes de carne e osso tornam-se meros elementos dispensáveis no seio do sistema instituído pelo racionamento (...) Um número impressionante de doentes sofre em silêncio (...) O que está verdadeiramente em questão não é tanto a capacidade de gastar, mas antes a vontade para pagar, pelo que a questão é pois não primeiramente financeira, mas antes de natureza política”.

“Se os decisores no âmbito da saúde e os economistas acreditam que são vistos pela sociedade como mais credíveis do que os médicos quando decidem falar pela voz dos cidadãos, é porque perderam completamente a noção da realidade” (Julian Tudor Hart, 1927, Médico de Família Inglês)



IV)- A Problemática da Inovação



The Road to Sustainability



Integrating Sustainability



- “A inovação tecnológica é o factor mais importante de incremento dos custos em saúde (...) o envelhecimento “apenas” contribui com cerca de 10%” (EU Report, 2009)
- “No debate acerca da sustentabilidade financeira relativa à prestação dos cuidados de saúde, talvez seja importante levantar a seguinte questão: Como é que ninguém questiona o facto de se gastar praticamente 12 % do PIB em atividades recreativas, mas simultaneamente toda a gente reclamar que se torna incomportável despende cerca de 10 % em saúde? ... “ (Canada Report, 2002)



Population Aging, Health Care Spending and Sustainability: Do we really have a crisis?

by

Joe Ruggeri

September 2002
ISBN: 1-55382-027-4

EU2009.C2

POLICY SUMMARY I

Addressing financial sustainability in health systems

Sarah Thomson, Tom Foubister,
Josep Figueras, Joseph Kutzin,
Govin Permanand, Lucie Bryndová

European
Observatory
on Health Systems and Policies



O OGE de todos os países é igual em %!!!
A verdadeira arte da Política é fazer a divisão adequada...





**World Medical Association
Declaration of Helsinki**
Ethical Principles for Medical Research
Involving Human Subjects
October 2008

◦ Adenda de 1989

- “O interesse do sujeito deve sempre prevalecer acima dos interesses da sociedade”
- “Todo e cada um dos doentes deve beneficiar do melhor tratamento conhecido possível”



O que diz o Governo Português!

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Lei n.º 15/2014
de 21 de março
Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde

CAPÍTULO II

Direitos do utente dos serviços de saúde

Artigo 2.º

Direito de escolha

1 — O utente dos serviços de saúde tem direito de escolha dos serviços e prestadores de cuidados de saúde, na medida dos recursos existentes.

2 — O direito à proteção da saúde é exercido tomando em consideração as regras de organização dos serviços de saúde.

Artigo 4.º

Adequação da prestação dos cuidados de saúde

1 — O utente dos serviços de saúde tem direito a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita.

2 — O utente dos serviços de saúde tem direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos.

3 — Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente.

Artigo 9.º

Queixas e reclamações

1 — O utente dos serviços de saúde tem direito a reclamar e apresentar queixa nos estabelecimentos de saúde, nos termos da lei, bem como a receber indemnização por prejuízos sofridos.

2 — As reclamações e queixas podem ser apresentadas em livro de reclamações ou de modo avulso, sendo obrigatória a resposta, nos termos da lei.

3 — Os serviços de saúde, os fornecedores de bens ou de serviços de saúde e os operadores de saúde são obrigados a possuir livro de reclamações, que pode ser preenchido por quem o solicitar.

CAPÍTULO V

Da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do Serviço Nacional de Saúde

Artigo 25.º

Objetivo e conteúdo

1 — A Carta dos Direitos de Acesso visa garantir a prestação dos cuidados de saúde pelo SNS e pelas entidades

convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde de cada utente do SNS, nos termos da presente lei.

2 — A Carta dos Direitos de Acesso define:

a) Os tempos máximos de resposta garantidos;

b) O direito do utente à informação sobre esses tempos.

3 — A Carta dos Direitos de Acesso é publicada anualmente em anexo à portaria que fixa os tempos máximos garantidos.

4 — A Carta dos Direitos de Acesso é divulgada no portal da saúde e obrigatoriamente afixada em locais de fácil acesso e visibilidade em todos os estabelecimentos do SNS, bem como em todos os que tenham convencionado a prestação de cuidados de saúde aos seus utentes.

Artigo 26.º

Tempos máximos de resposta garantidos

1 — Para efeitos do disposto no artigo anterior, o membro do Governo responsável pela área da saúde estabelece, por portaria, os tempos máximos de resposta garantidos para todo o tipo de prestações sem carácter de urgência, nomeadamente ambulatório dos centros de saúde, cuidados domiciliários, consultas externas hospitalares, meios *Diário da República, 1.ª série — N.º 37 — 21 de março de 2014* 2131 complementares de diagnóstico e terapêutica e cirurgia programada.

2 — Gradualmente, os tempos máximos de resposta garantidos por tipo de prestação são discriminados por patologia ou grupos de patologias.

3 — Cada estabelecimento do SNS, tomando como referência a portaria referida no n.º 1, fixa anualmente, dentro dos limites máximos estabelecidos a nível nacional, os seus tempos de resposta garantidos por tipo de prestação e por patologia ou grupo de patologias, os quais devem constar dos respetivos plano de atividades e contratos -programa.

Artigo 27.º

Informação ao utente

De forma a garantir o direito do utente à informação, previsto no artigo 25.º da presente lei, os estabelecimentos do SNS e do sector convencionado são obrigados a:

a) Afixar em locais de fácil acesso e consulta pelo utente a informação atualizada relativa aos tempos máximos de resposta garantidos por patologia ou grupos de patologias, para os diversos tipos de prestações;

b) Informar o utente no ato de marcação, mediante registo ou impresso próprio, sobre o tempo máximo de resposta garantido para prestação dos cuidados de que necessita;

c) Informar o utente, sempre que for necessário acionar o mecanismo de referência entre os estabelecimentos do SNS, sobre o tempo máximo de resposta garantido para lhe serem prestados os respetivos cuidados no estabelecimento de referência, nos termos previstos na alínea anterior;

d) Informar o utente, sempre que a capacidade de resposta dos estabelecimentos do SNS estiver esgotada e for necessário proceder à referência para os estabelecimentos de saúde do sector privado, nos termos previstos na alínea b);

e) Manter disponível no seu sítio da Internet informação atualizada sobre os tempos máximos de resposta garantidos nas diversas modalidades de prestação de cuidados;

f) Publicar e divulgar, até 31 de março de cada ano, um relatório circunstanciado sobre o acesso aos cuidados que prestam, os quais serão auditados, aleatória e anualmente, pela Inspeção -Geral das Atividades em Saúde.

Artigo 28.º

Reclamação

É reconhecido ao utente o direito de reclamar para a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), nos termos legais aplicáveis, caso os tempos máximos garantidos não sejam cumpridos.

Aprovada em 20 de fevereiro de 2014.

A Presidente da Assembleia da República, *Maria da Assunção A. Esteves*.

Promulgada em 11 de março de 2014.

Publique -se.

O Presidente da República, *ANÍBAL CAVACO SILVA*.

Referendada em 13 de março de 2014.

O Primeiro -Ministro, *Pedro Passos Coelho*.

Tese: Temos que saber distinguir a “verdadeira” da “falsa” inovação tecnológica e de avaliar adequadamente vários parâmetros fármaco-económicos (o custo-efetividade, o custo-oportunidade, o custo-benefício e o custo-utilidade)

Pela Sua Saúde

Pedro Pita Barros



FFMS

Fundação Francisco Manuel dos Santos



Definir um critério de racionamento

Racionamento explícito ou implícito?

- “O que está hoje para discussão não é se há ou não racionamento, mas sim a forma como é determinado e quem decide sobre os seus aspectos fundamentais. A sociedade necessita de clarificar os seus valores, para que os profissionais da área da saúde se possam guiar por eles”.

RACIONAMENTO EM SAÚDE: INEVITÁVEL REALIDADE?

Contenção da despesa em tempos de escassez

2013

Pontos de Vista



Publicação da responsabilidade editorial e comercial da empresa Horizonte de Palavras Edições, Lda.
Suplemento distribuído em conjunto com o jornal Público a nível nacional e não pode ser vendido separadamente
ABRIL 2015 / EDIÇÃO Nº 44 - Periodicidade Mensal
Venda por Assinatura - 4 Euros

SAÚDE - INOVAÇÃO

INOVAÇÃO como veículo do desenvolvimento

A inovação tem sido um aspeto fundamental no âmbito da saúde, permitindo a evolução e o desenvolvimento necessários para um país agora em crise. Ana Escoval, Docente da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), tem integrado vários projetos de forma a elevar a qualidade hospitalar e académica em território português. A Revista Pontos de Vista conversou com a investigadora de forma a compreender melhor o atual panorama da inovação em saúde.



Ana Escoval

“Portugal não precisa de novidade, precisa de inovação que traga mais-valias e valor acrescentado real. Para isso é preciso fazer trabalhos bem sustentados que nos permitam dizer em que circunstâncias uma inovação deve entrar e o que esta vem substituir. Tem que ser feita uma análise de custo-benefício quanto à introdução dessa inovação”



Medicamentos inovadores: quais critérios de decisão?

Julian Perelman

Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa

- **Explicar o critério de eficiência económica**
 - 30.000 QALY
- **Explicitar os critérios de**
 - Impacto orçamental
 - Necessidade terapêutica
 - DALY
 - Necessidade social
- **Ter em conta as incertezas**
- **Envolver os atores interessados**
 - Comissão de participação

Perspective

Cost-Effectiveness of HIV Interventions: From Cohort Studies and Clinical Trials to Policy

Table 1. Per-Person Survival Benefit in AIDS Patients by Treatment Era

Years	Intervention	Per-Person Survival Benefit (months)	No. of Patients Diagnosed and Entering Care	Total Survival Benefit (years)
1989-1992	PCP prophylaxis	3.1	158,370	40,912
1993-1995	PCP prophylaxis + MAC prophylaxis	24.4	226,458	460,465
1996-1997	PCP prophylaxis + MAC prophylaxis + ART Era 1	93.7	72,716	567,788
1998-1999	PCP prophylaxis + MAC prophylaxis + ART Era 2	132.6	52,702	582,359
2000-2002	PCP prophylaxis + MAC prophylaxis + ART Era 3	138.8	71,946	832,179
2003	PCP prophylaxis + MAC prophylaxis + ART Era 4	159.9	24,780	330,189
Total				2,813,892

ART indicates antiretroviral therapy; Eras 1-4, periods characterized by improvements in antiretroviral therapy over time; MAC, *Mycobacterium avium* complex; PCP, *Pneumocystis jirovecii* pneumonia. Adapted from Walensky et al, *J Infect Dis*, 2006.

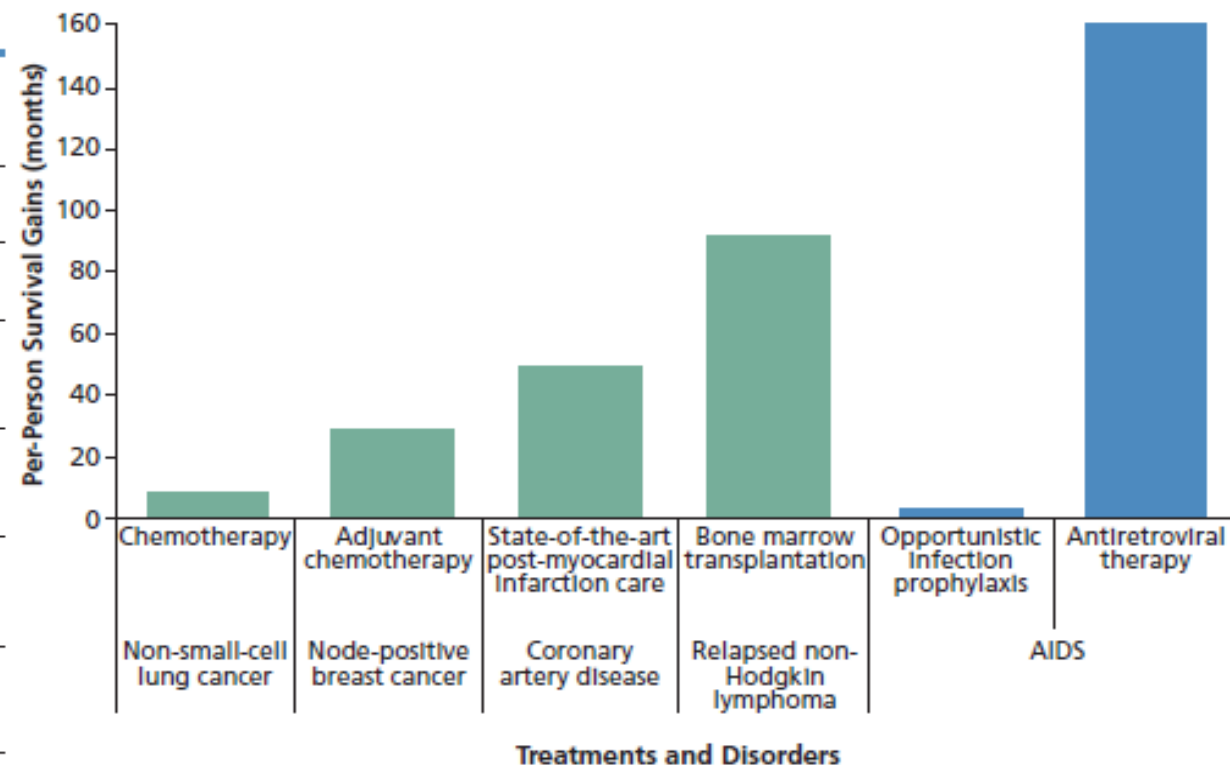


Figure 1. Per-person survival gains with treatment in patients with AIDS compared with gains associated with interventions for other common diseases in the United States. Adapted from Walensky et al, *J Infect Dis*, 2006.

Table 2. Cost-Effectiveness Ratios for Select HIV-Related Interventions and for HIV and Non-HIV-Related Screening Interventions

Intervention	Drug	Cost-Effectiveness Ratio (\$/QALY) ^a	Reference
HIV Interventions			
PCP/toxoplasmosis prophylaxis	TMP-SMX	\$2600	Freedberg et al, <i>JAMA</i> , 1998
Antiretroviral therapy	Zidovudine/ lamivudine/ efavirenz	\$13,000	Freedberg et al, <i>N Engl J Med</i> , 2001
Genotypic resistance test, at treatment failure	NA	\$17,900	Weinstein et al, <i>Ann Intern Med</i> , 2001
Genotypic resistance test, treatment-naive	NA	\$20,200	Sax et al, <i>Clin Infect Dis</i> , 2005
Inpatient HIV screening	NA	\$15,100	Walensky et al, <i>Am J Med</i> , 2005
MAC prophylaxis	Azithromycin	\$44,500	Freedberg et al, <i>JAMA</i> , 1998
HIV and Other Screening Interventions			
HIV screening every 5 years in patients at high risk	NA	\$42,200	Paltiel et al, <i>N Engl J Med</i> , 2005
Breast cancer screening: annual mammogram, 50-69 years old	NA	\$57,500	Salzmann et al, <i>Ann Intern Med</i> , 1997
Colon cancer screening: FOBT + sigmoidoscopy every 5 years, 50-85 years old	NA	\$53,600	Frazier et al, <i>JAMA</i> , 2000
Type 2 diabetes: one-time FPG, > 25 years old	NA	\$63,000	CDC, <i>JAMA</i> , 1998

CDC indicates Centers for Disease Control and Prevention; FOBT, fecal occult blood test; FPG, fasting plasma glucose; MAC, *Mycobacterium avium* complex; NA, not applicable; PCP, *Pneumocystis jirovecii* pneumonia; TMP-SMX, trimethoprim-sulfamethoxazole.
^aAll costs adjusted to 2001 US dollars. Ratios from Walensky et al, *Am J Med*, 2005.

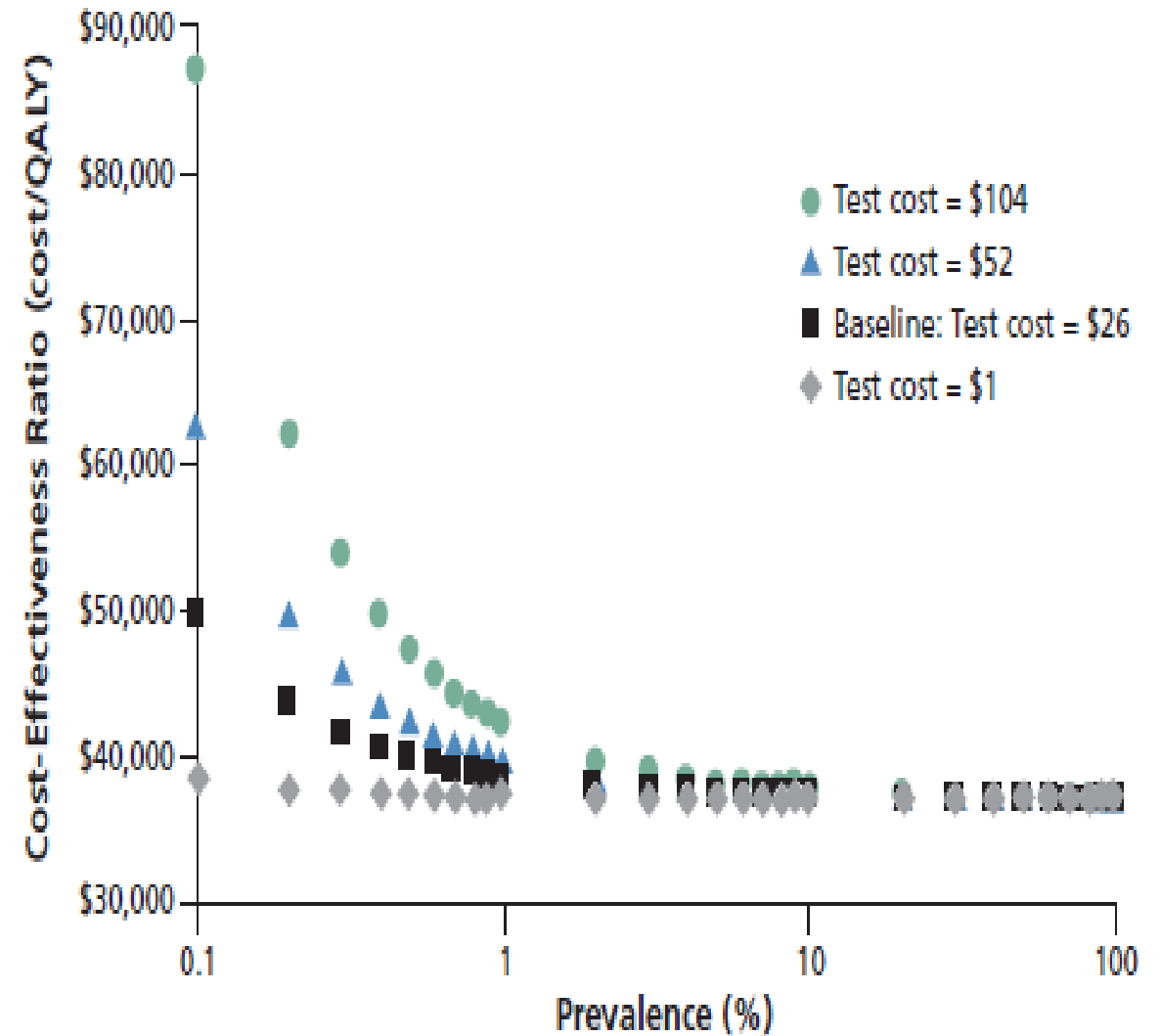
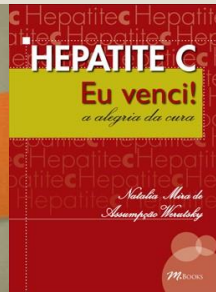


Figure 2. Cost-effectiveness ratios of HIV screening according to prevalence of undiagnosed HIV infection in the testing population and different hypothetical test costs. QALY indicates quality-adjusted life-years. Adapted from Walensky et al, *Am J Med*, 2005.



Original Article

Demythologizing the high costs of pharmaceutical research

Donald W. Light^{a,b,*} and Rebecca Warburton^c

^aProgram in Human Biology, 450 Serra Mall, Building 20, Stanford University, Stanford, CA 94305, USA.

^bUniversity of Medicine and Dentistry of New Jersey, c/o 10 Adams Drive, Princeton, NJ 08540, USA.

E-mail: dlight@princeton.edu

^cSchool of Public Administration, University of Victoria, Victoria, BC, Canada.

E-mail: rnwarbur@uvic.ca

*Corresponding author.

Abstract It is widely claimed that research to discover and develop new pharmaceuticals entails high costs and high risks. High research and development (R&D) costs influence many decisions and policy discussions about how to reduce global health disparities, how much companies can afford to discount prices for lower- and middle-income countries, and how to design innovative incentives to advance research on diseases of the poor. High estimated costs also affect strategies for getting new medicines to the world's poor, such as the advanced market commitment, which built high estimates into its inflated size and prices. This article takes apart the most detailed and authoritative study of R&D costs in order to show how high estimates have been constructed by industry-supported economists, and to show how much lower actual costs may be. Besides serving as an object lesson in the construction of 'facts', this analysis provides reason to believe that R&D costs need not be such an insuperable obstacle to the development of better medicines. The deeper problem is that current incentives reward companies to develop mainly new medicines of little advantage and compete for market share at high prices, rather than to develop clinically superior medicines with public funding so that prices could be much lower and risks to companies lower as well.

BioSocieties advance online publication, 7 February 2011; doi:10.1057/biosoc.2010.40

Keywords: pharmaceutical research; costs; myths; neglected diseases; AMC (Advance Market Commitment)



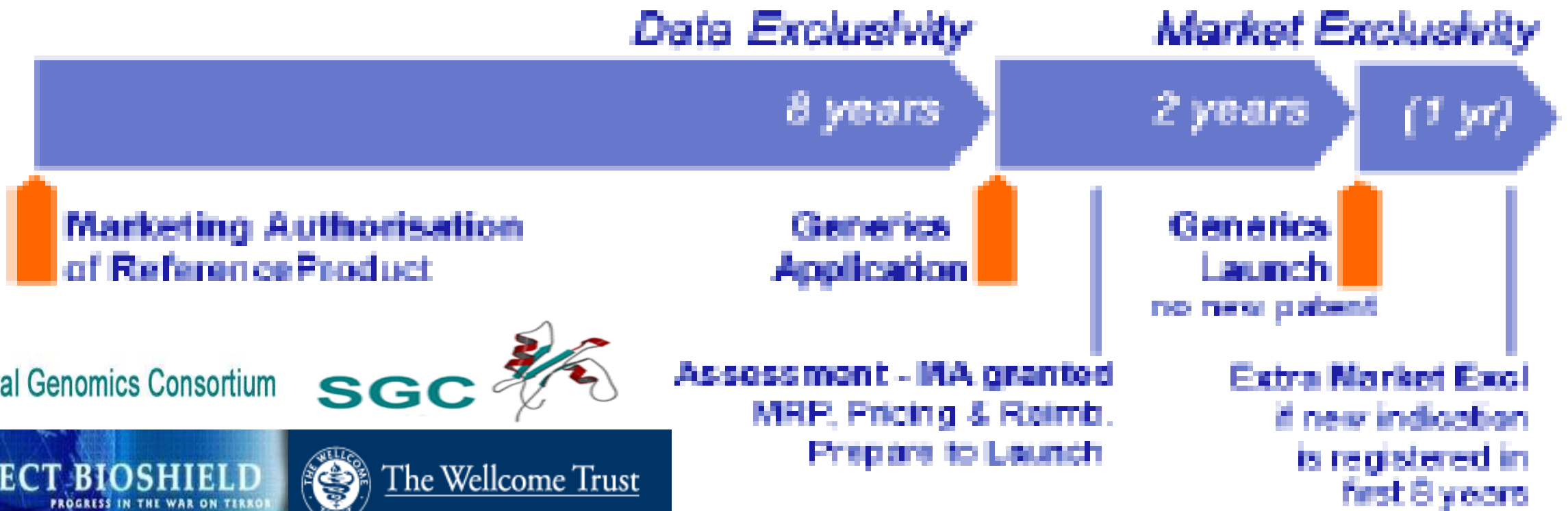
Table 3: Most new drugs and new indications for older drugs do not represent any significant therapeutic advantage – 1996–2006

Category	Number	Per cent
Major therapeutic innovation in an area where previously no treatment was available	2	0.2
Important therapeutic innovation but has limitations	38	3.9
Some value but does not fundamentally change the present therapeutic practice	106	10.8
Minimal additional value and should not change prescribing habits except in rare circumstances	251	25.5
May be new molecule but is superfluous because does not add to clinical possibilities offered by previously available products	442	45.0
Without evident benefit but with potential or real disadvantages	77	7.8
Decision postponed until better data and more thorough evaluation	67	6.8
Total	983	100.0

A look back at pharmaceuticals in 2006: Aggressive advertising cannot hide the absence of therapeutic advances (Prescrire International 2007; 16: 80–86).

Acordo com a Indústria Farmacêutica P/ ABs

Figure 6.2.1 EMEA 8+2(+1) arrangements in the EU 2008/1215



Structural Genomics Consortium

SGC

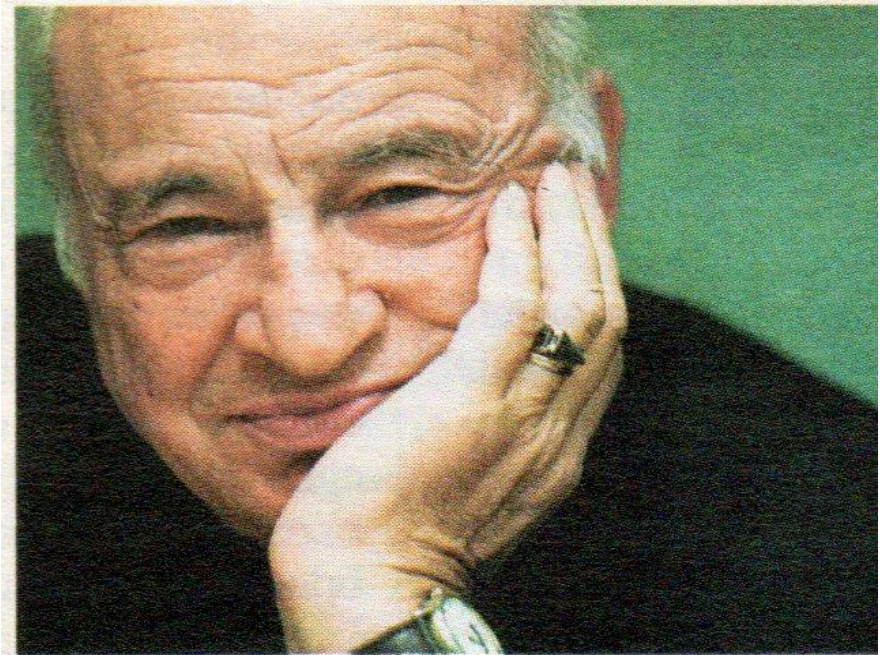


PROJECT BIOSHIELD
PROGRESS IN THE WAR ON TERROR



The Wellcome Trust

KRENK ©'06
www.krenkystartoons.com



Edgar Morin



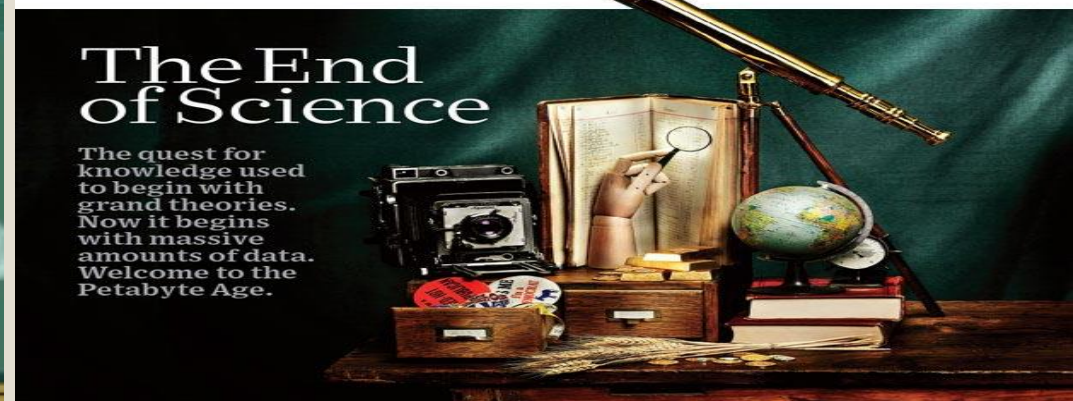
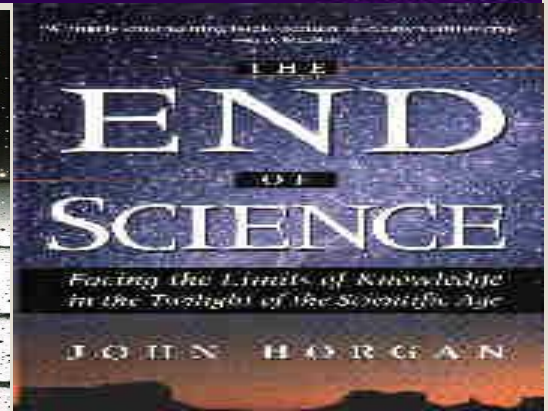
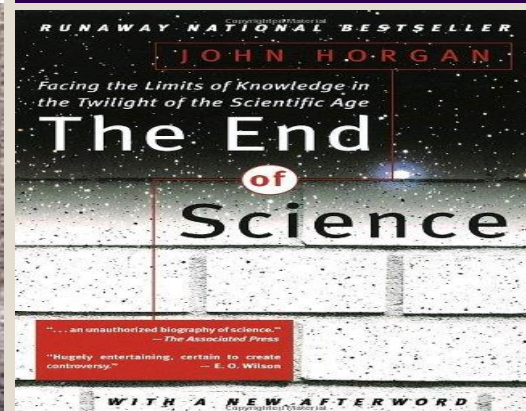
**A ideia fixa do
crescimento contínuo
e interminável não pode
continuar**

THE END OF
SCIENCE

The end of science is not
to prove a theory
but to improve mankind

- Manly Hall

uquoted.com



Tese: O SNS não está ainda capaz de indexar a liberdade de escolha por parte do doente

Liberdade de Escolha no Serviço Nacional de Saúde - o Caso do VIH



Freedom of Choice in the National Health Service - the Case of HIV

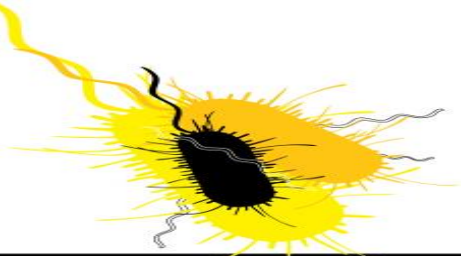
Julian PERELMAN¹

Acta Med Port 2015 xxx-xxx;28(x):xxx-xxx

Palavras-Chave: Direitos do Doente; Infecções por VIH/tratamento; Portugal; Serviço Nacional de Saúde; Tomada de Decisão.


Keywords: Patient Rights; HIV Infections/therapy; Portugal; National Health Programs; Decision Making.

A Realidade do SDI do HSB




II JORNADAS TEMÁTICAS
DE DOENÇAS INFECCIOSAS DE SETÚBAL
INFEÇÕES EM MEIO HOSPITALAR

Organização



SERVIÇO DE DOENÇAS INFECCIOSAS

50
Anos
1960 - 2010
Hospital
São Bernardo
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL
HOSPITAL DE SÃO BERNARDO



Rede de Referência Hospitalar
de **Infecciologia**

A Rede de Referência Hospitalar de Infecciologia foi aprovada por Despacho de Sua Excelência o Ministro da Saúde, Prof. Doutor António Correia de Campos, em 18 de Julho de 2001.

Direcção-Geral da Saúde - Direcção de Serviços de Planeamento

ENTIDADE REGULADORA
DA SAÚDE



ESTUDO PARA A CARTA HOSPITALAR

ESPECIALIDADES DE MEDICINA INTERNA, CIRURGIA GERAL, NEUROLOGIA,
PEDIATRIA, OBSTETRICIA E INFECCIOLOGIA

18 DE ABRIL DE 2012



A Realidade do SDI do HSB



**II JORNADAS
TEMÁTICAS**
**DE DOENÇAS INFECCIOSAS
DE SETÚBAL**
INFEÇÕES EM MEIO HOSPITALAR

Organização



SERVIÇO DE DOENÇAS INFECCIOSAS

50
Anos
1964 - 2014
Hospital
São Bernardo
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL
HOSPITAL DE SÃO BERNARDO



750 ml 12,5% Vol.

© MapQuest © 'OSM, ODbL'

V)- A minha opinião e experiência

Ode ou *Requiem*: Alegoria sobre a natureza do ato médico,
a propósito de algumas histórias clínicas reais
«A música é a minha herança.» (Albert Schweitzer, 1875-1965, Nobel da Paz em 1952)



Fig. 1 – Quadro Comemorativo do 50.º Aniversário do autor e da esposa (autora: Graça Amante).

«Apenas em torno de uma mulher que ama se pode formar uma família.» (Friedrich Schlegel, poeta alemão, 1772-1829)

Autor: José M. D. Poças (Médico especialista em Medicina Interna, Doenças Infecciosas e Medicina do Viajante)

Opinião



José M. D. Poças

Médico Especialista em Medicina Interna e Infeciologia
Chefe de Serviço da Carreira Médica Hospitalar de um Hospital EPE
Diretor do Serviço de Doenças Infecciosas do CHS HSB Setúbal

Terapêutica da Hepatite C

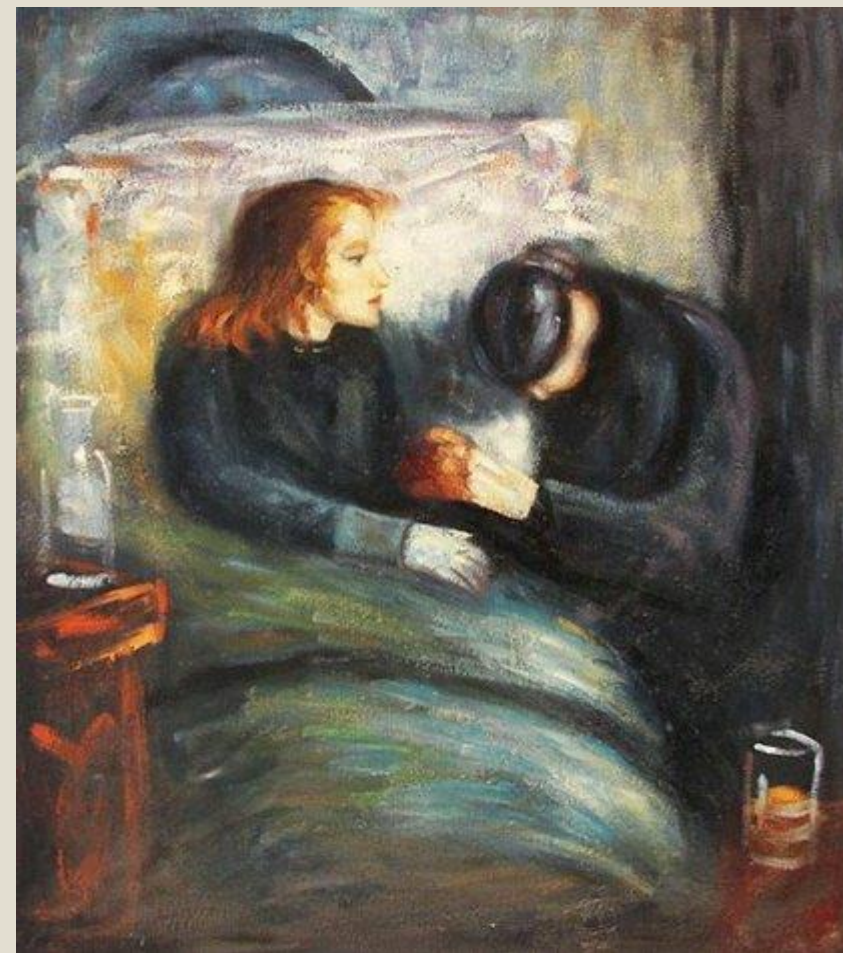
Os verdadeiros desafios que se impõem ser considerados nos tempos que correm

“... Todo aquele que tem Saúde tem Esperança e todo o que tem Esperança tem Tudo...”
(Provérbio Árabe)

Desafios...



- **Agenda Autônoma e Independente**
 - Indústria Farmacêutica
 - Poder Político
 - Associações Doentes
- **Baseada em Critérios Idôneos**
 - Científicos
 - Famaco-Econômicos
- **Objetivo prioritário**
 - Defesa do Interesse do nosso Doente



PROPOSTAS para a AGENDA...

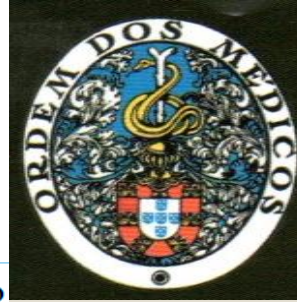
- **1ª FASE**
 - **“Guideline” Médica**
 - Colégios de Especialidade e de Sub-Especialidade
 - Medicina Interna, Doenças Infeciosas, Gastrenterologia, Hepatologia
 - Sociedades Científicas
 - SPMI, SPDIMC, SPG, APEF, APECS, GEPCOI
 - Fazer uma Base de Dados Nacional
 - Pedir todas as AUEs de acordo c/ a “Guideline”
 - Centralizar Cópia das AUEs na OM
 - Informar o MS periodicamente
- **2ª FASE**
 - Concertar estratégias c/ as Associações de Doentes
- **3ª FASE**
 - “OBRIGAR” a um Entendimentos entre MS e Indústria Farmacêutica





José M. D. Poças

Diretor do Serviço de Doenças Infecciosas do CHS HSB Setúbal



OPINIÃO

Carta Aberta aos Colegas Directores de Serviço dos Hospitais Públicos Nacionais

Carta aberta ao CA do Hospital onde Trabalho

◦ Propostas (I)

- 1)- Compra centralizada dos Medicamentos
- 2)- Preço de referência igual p/ fármacos do mesmo grupo farmacológico e geração
- 3)- Preço das coformulações idêntico ao da soma dos seus componentes (incluindo genéricos)
- 4)- Estabelecimento de um nº máximo de doentes a serem tratados anualmente para as patologias que utilizem fármacos inovadores c/ impacto económico significativo (acima desse valor a IF suportaria os custos)
- 5)- Financiamento específico p/ patologia (HIV, HCV);
- 6)- O pagamento ao Hospital prestador deverá acompanhar o doente (e a doença)
- 7)- Informatização do PC e avaliação periódica de resultados

◦ Propostas (II)

- 8)- Constituição de uma CFT nacional c/ funções de
 - Atualizar o formulário terapêutico nacional hospitalar
 - Elaboração de “guidelines” nacionais
 - Avaliação farmacoeconómica prévia dos fármacos inovadores
 - Atribuição dos regimes de participação
 - Negociação dos preços
 - Negociação do nº máximo de doentes cujo tratamento anual é participado pelo SNS das patologias c/ elevada despesa associada
 - Definir as condições dos programas de financiamento específicos p/ patologias cujo tratamento comporte um impacto económico significativo

A Saúde em Portugal, ou a eterna dicotomia entre o Ser e o Parecer



José Poças
Director de Serviço de um Hospital SA

○ Porque Não:

- O preço dos medicamentos estabelecido em função do rendimento per capita dos cidadãos e do PNB de cada país?

José M. D. Poças

Presidente do Distrito Médico de Setúbal da OM

Quem nunca ouviu falar nesta pequena e velha história, mas porventura alguns dos mais distraídos não terão a verdadeira consciência que a sua principal ilação se aplica ...à vida dos cidadãos portugueses, e designadamente à dos próprios médicos



O futuro da Medicina em Portugal:
considerações a propósito da parábola
do burro e da cenoura



José M. D. Poças

Médico Especialista em Medicina Interna e Infecçologia
Chefe de Serviço e Diretor do Serviço de Doenças Infecciosas do
CHS HSB Setúbal

As implicações da crise económico-social no âmbito das doenças transmissíveis

Texto de uma palestra efetuada sobre o tema 'as implicações da crise económico-social: algumas considerações no âmbito das doenças transmissíveis' numa mesa redonda organizada pela Fundação para a Saúde – SNS, em 26 de Janeiro de 2013, em Setúbal, naquela que foi a sua 1ª reunião distrital nacional.

MEDICAMENTOS

LIGAÇÕES PERIGOSAS ?

Responda quem souber

Os médicos não podem continuar a ser os "bodes expiatórios" do mau funcionamento do sistema

José M. D. Póças



OPINIÃO

Velhos Problemas e Novos Contextos: Uma Realidade Inversa?

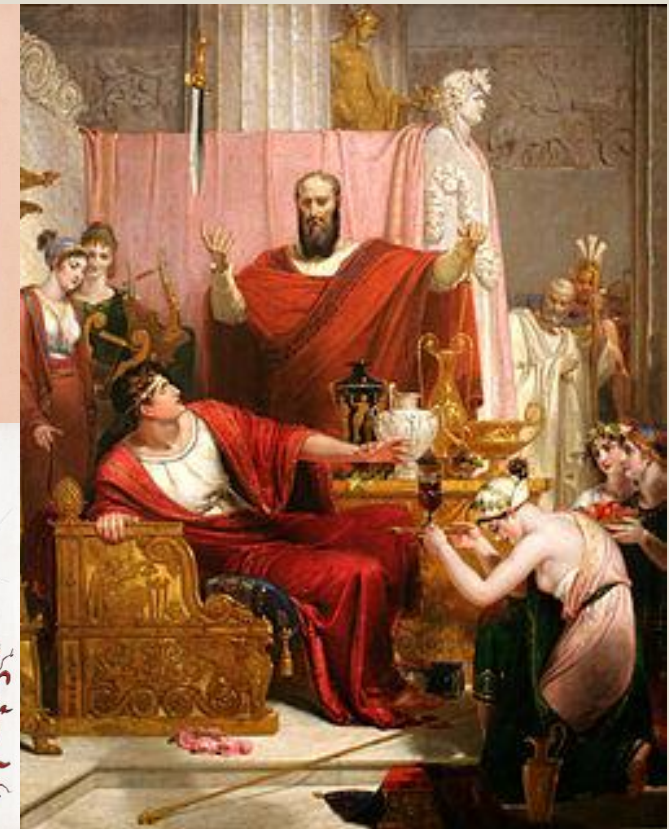
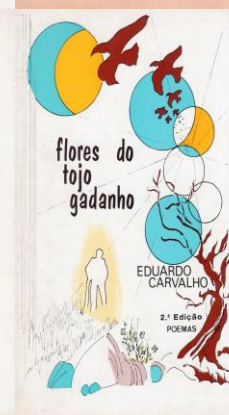
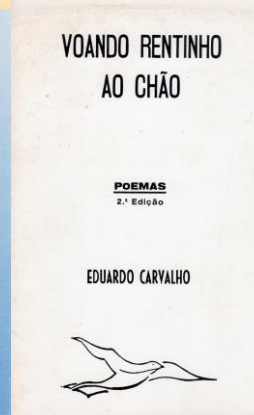
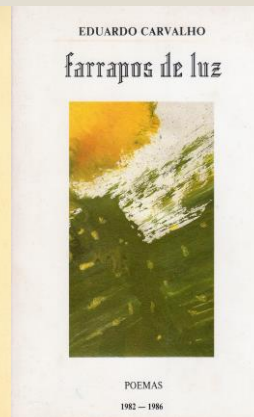
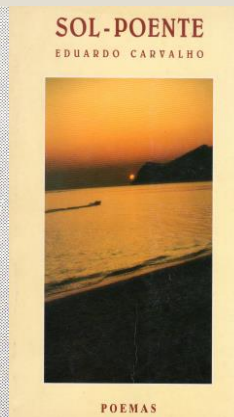
("... hoje assistimos a um regresso ao séc. XVIII: ao despojar o Estado das suas responsabilidades e prerrogativas, minámos a sua reputação..." sic. Tony Judt, in Jornal The Guardian; "... uma das características do Liberalismo Social foi a renúncia a políticas redistributivas e a políticas fiscais progressistas..." sic. Viveç Navarro in Revista Sistema)

○ Perguntas incómodas, mas pertinentes:

○ Fará algum sentido?

- O preço dos medicamentos variar de Hospital para Hospital num mesmo país!
- O preço do medicamento ser determinado com base numa negociação que envolve volumes de vendas que remetem para várias especialidades, e isso pesar nas estratégias de tratamento dentro de cada hospital!
- O preço compreensivo pago para os doentes com HIV ter sido calculado para os doentes "naíve", e ser agora aplicado a todos, sem se ter em conta o custo das terapêuticas de resgate!
- O modelo experimental concebido para o preço compreensivo dos doentes com HCV só prever a biterapia, e só abranger alguns hospitais! (> 150 doentes)
- Os Hospitais PPP terem ficado de fora das negociações na ARSLVT (ex: Cascais, Loures, VF Xira, etc)!
- Os Hospitais incluídos em ULS não receberem nenhuma verba decorrente da aplicação daquilo que se prevê para o preço compreensivo do doente com HIV (ex: Matosinhos)!
- Qual será o Hospital que trata doentes a 402 euros/mês?

Alguém será capaz de ter a coragem para desembainhar a espada de Dâmocles



j- Quem decide o quê...

«Ninguém é mais escravo do que aquele que se julga livre sem o ser.» (Johann von Goethe, pensador alemão, 1749-1832)



Fig. 53 – *Aula de Anatomia* de 1632 por Rembrandt von Rijn (1606-1669) e *A Clínica do Dr. Agnew* de 1889 por Thomas Eakins (1844-1916).

I- Quanto vale o prolongamento de uma vida?

«A cura está ligada ao tempo e às vezes às circunstâncias.» (Hipócrates, «Pai da medicina», médico e filósofo grego, 460-377 a.C.)



Fig. 64 – *Massacre de Inocentes* de 1612 por Peter Paul Rubens (1577-1640) e *Os Fuzilados* de 1808 por Francisco Goya (1746-1828).

Um comovente agradecimento...



“Se a vida não tem preço, nós comportamo-nos sempre como se alguma coisa ultrapassasse, em valor, a vida humana... Mas o quê?” (Antoine de Saint-Exupéry)



VI)- CONCLUSÕES



Hospital and Health Care Rationing

Sub-committee on economics
and planning
SEPTEMBER 2000

◦ Conclusão

- A única mensagem clara da experiência internacional é a de que o racionamento dos cuidados de saúde não pode estar divorciado dos valores (civilizacionais)”.
.

O Serviço Nacional de Saúde: Sonho e Realidade

The National Health Service: Dream and Reality

António ARNAUT¹
Acta Med Port 2015 Jan-Feb;28(1):4-7

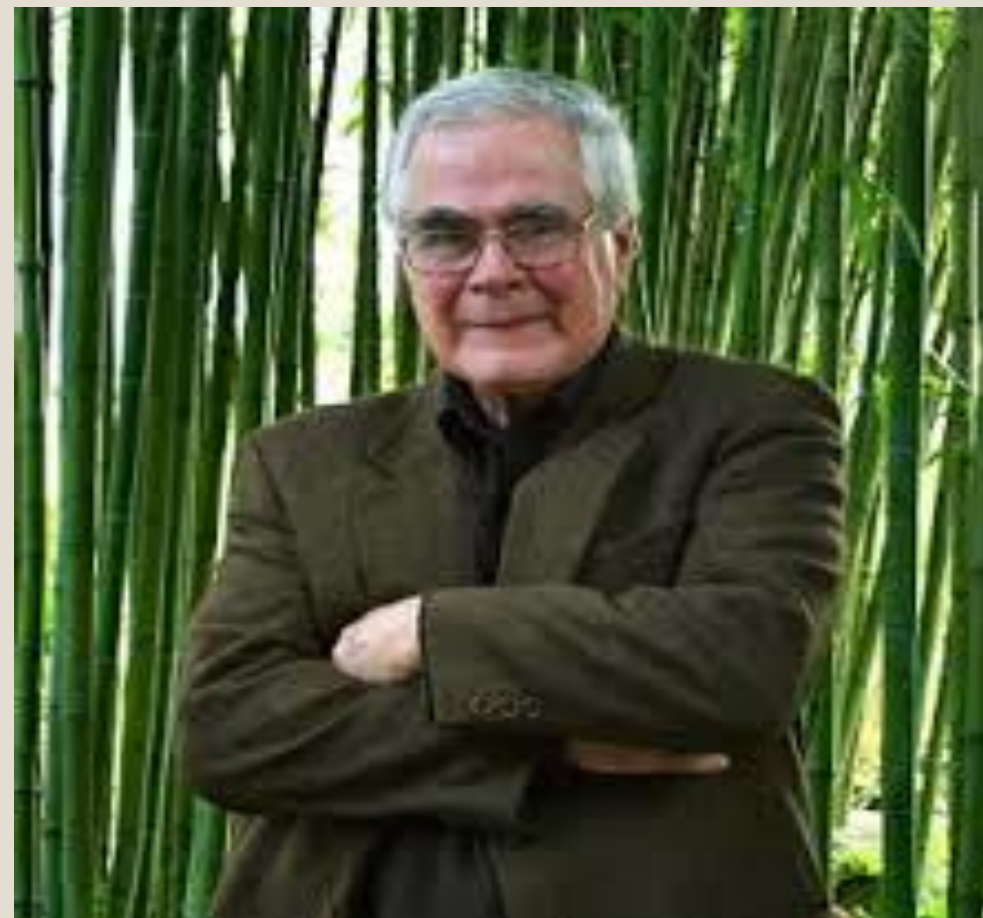


A cuidar dos portugueses

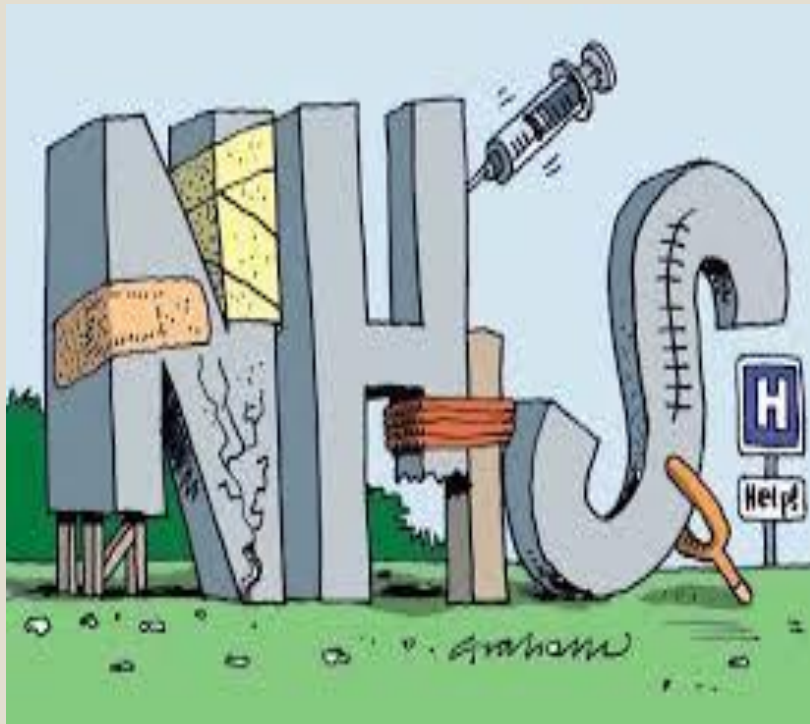


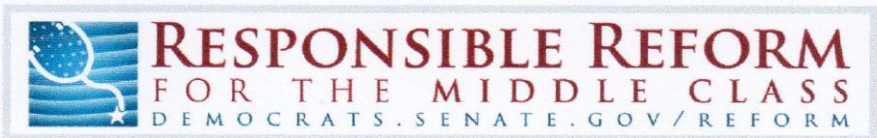
○ “ O SNS é sustentável e tem de sê-lo porque é condição de dignidade e de cidadania ”

“Uma coisa é uma coisa mais o laço de sentimento que me liga a ela”



○ Destino final?!....





The Patient Protection and Affordable Care Act

The Patient Protection & Affordable Care Act

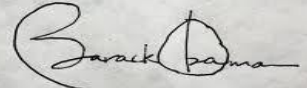


11th Congress of the United States
H.R. 3590


A large blue rectangular graphic. The title "The Patient Protection & Affordable Care Act" is written in a large, white, italicized serif font. Below the title is the Seal of the United States House of Representatives. At the bottom, the text "11th Congress of the United States" and "H.R. 3590" is written in white.

Health Care Law

APPROVED
MAR 23 2010



Patient Protection and Affordable Care Act



A vertical graphic with a red and white color scheme. The top section is red with the text "Health Care Law" in white. Below that is a white section with the text "Patient Protection and Affordable Care Act" in black. To the right of this text is a white box containing the word "APPROVED" and the date "MAR 23 2010", along with a signature of Barack Obama. The bottom section is a red-tinted image of the US Capitol building.

Tese: O Estado Social só não acaba porque vivemos em Democracia e nenhum político ganharia eleições se propusesse abertamente a sua extinção



As Consequências p/ a Classe Médica



editorial *e*

ARTIGO REVISÃO
Acta Med Port 2005; 18: 433-444

MEDICINA, MÉDICOS E PESSOAS
Compreender o stress para prevenir o *burnout*.

MARIA ANTÓNIA FRASQUILHO
Serviço de Psiquiatria, Hospital Miguel Bombarda, Lisboa.

Os Médicos portugueses estão em burnout

"O médico, que lida no quotidiano com populações em distresse, também é pessoa, e precisa interiorizar que o é, bem como quais os limites entre a sua profissão e a esfera privada" (Maria Antónia Frasquilho, 2005)

"In time, perhaps these and other measures will help doctors to do what they do best: save lives, beginning with their own" (Eva Schemhammer, 2005)

- **"Burnout"**
 - > 50%
 - 10 a 40% em grau severo
- **Sinais de despersonalização: 35%**
- **Baixa realização profissional: 32%**
 - 34% admitem abandonar a carreira
 - 9% admitem abandonar profissão
- **Gravidezes**
 - "tardias": 2 x superiores pop. geral
 - De risco: 1,5 x superiores pop. geral
- **Taxa de suicídios**
 - 40% + elevada sexo M.
 - 130% + elevada sexo F.
- **Taxa de divórcios: 20 x superior à pop. geral**

tecnologia



As consultas do dr. Google e da dra. Wikipédia



Se à mínima dor vai a correr para o computador, onde passa horas a pesquisar sintomas tentando chegar a um autodiagnóstico, o mais provável é que sofra de cibercondria, o termo que junta a clássica hipocondria à Internet. Juntas, elas podem dar-lhe cabo da saúde.

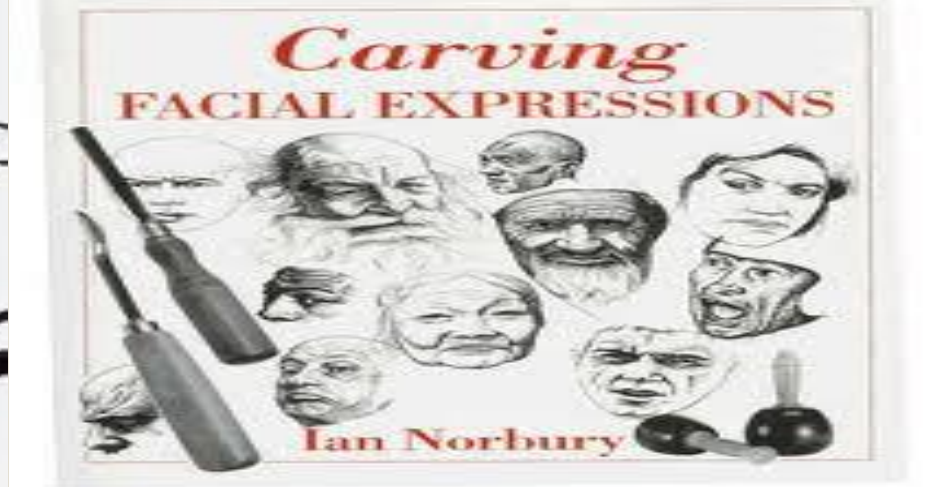
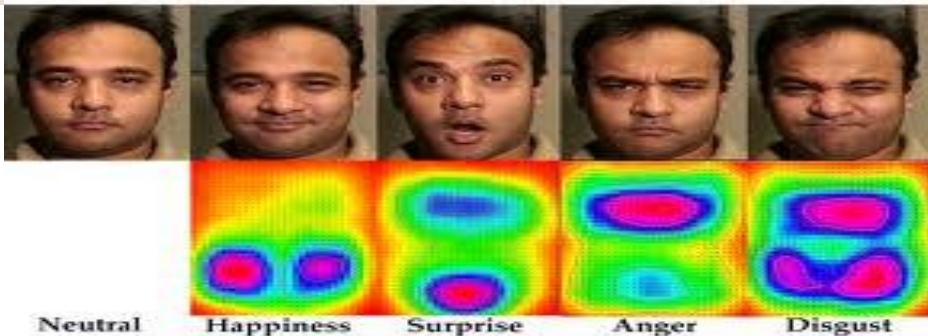
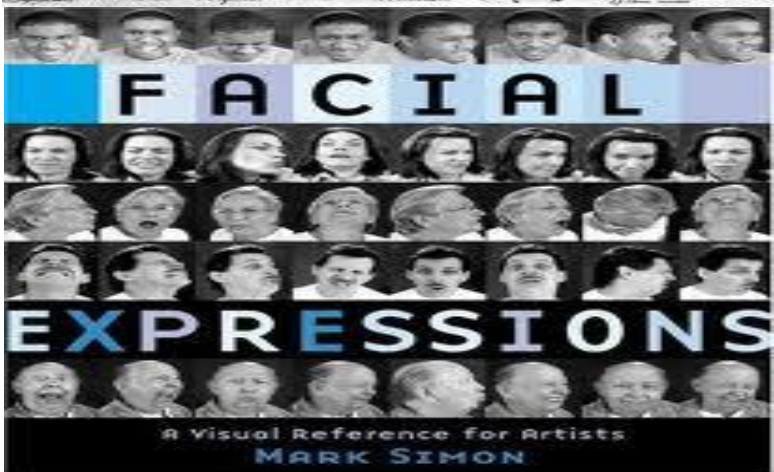
Slow Food



Slow Medicine



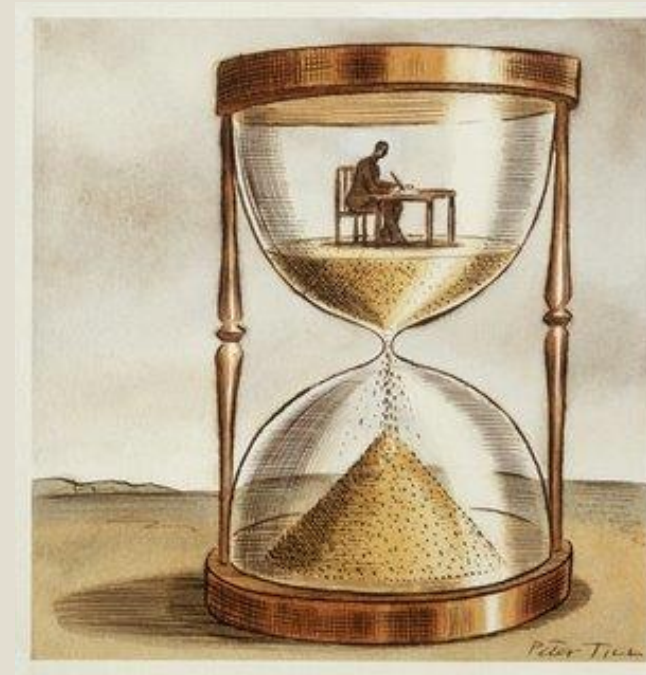






- “A prática médica está presentemente numa posição algo vulnerável e indefinida, dado que é concebível que a própria Medicina se esteja a transformar em algo substancialmente diferente daquilo por que sempre clamou dever ser a sua verdadeira índole, ou seja, a missão de se dedicar essencialmente ao tratamento do Ser Humano enquanto Doente (...) sendo por isso que acredito profundamente que o nosso maior desafio de natureza ética na situação presente é o do retorno a essa veneranda tradição” *(“Medicine as a dependent tradition: Historical and Etical reflections”, Richard Vance, Perspective in Biology and Medicine, 1985, 28, 2, 282 -302)*

O Contraste c/a realidade...



“Um Homem sem Ética é uma besta selvagem perdida sobre a terra” *(Albert Camus, 1913-1960)*



Um último pensamento



○ “É impossível que o tempo atual não seja o amanhecer de uma nova era”

(Miguel Torga)

Porque os ministros gregos
não usam gravata

porque



i AM Who i am
Your Approval
isn't
needed



That's all Folks!
Any Question?