



ACÇÃO MÉDICA

ANO LXXXVIII N.º 3 | JULHO/DEZEMBRO 2025

A JUSTIÇA SOCIAL
NA MEDICINA

SUMÁRIO

TEMA DE CAPA	3
EDITORIAL	5
Equipa Editorial da Acção Médica	
ASSOCIAÇÃO VALE DE ACÓR.....	7
Padre Pedro Quintela	
MEDICINA E JUSTIÇA EM SAÚDE: A QUESTÃO ÉTICA DA EQUIDADE	11
Carlos Costa Gomes	
QUANDO O IMPOSSÍVEL NOS CHAMA	27
António Ferreira da Silva, SJ	
“QUERO DEIXAR O HOSPITAL” A ALTA CONTRA PARECER MÉDICO – QUESTÕES DE NATUREZA JURÍDICA	33
Paula Ribeiro de Faria	
A JUSTIÇA NA SAÚDE	49
Isilda Pegado	
RUBRICAS.....	49
ACÇÃO MÉDICA HÁ CINQUENTA ANOS	51
Walter Osswald	
BEATO LADISLAU BATTHYÁNY-STRATTMANN	53
MÉDICO DOS POBRES E MODELO DE FÉ Marta Brum Feijão	
RESUMOS.....	59
ABSTRACTS	63



ORGÃO E PROPRIEDADE DA A.M.C.P.
ANO LXXXVIII N.º 3 | JULHO/DEZEMBRO 2025

FUNDADOR | José de Paiva Boléo
DIRECTOR | José Diogo Ferreira Martins (jdferreiramartins@gmail.com)
EQUIPA EDITORIAL | António Ferreira da Silva SJ (aferreiradasilvasj@jesuits.net), Pedro Ferin Cunha (pferincunha@gmail.com), Marta Brum Feijão (s-mfeijao@ucp.pt), António Marques da Costa (s-argmcosta@ucp.pt)
CONSELHO CIENTÍFICO | J. Paiva Boléo-Tomé, Walter Osswald, Levi Guerra, José Pinto Mendes, Henrique Vilaça Ramos, Lesseps L. dos Reis
ADMINISTRADOR | João Paulo Malta

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO | 501 983 58
ISSN – 0870 – 0311 – International Standard Serial Number
DEPÓSITO LEGAL N.º 28367/89 – Dep. D.G.C.S. n.º 106542
ADMINISTRAÇÃO | R. Arcediago Van Zeller, 50 – 4050-621 Porto
SECRETARIADO EDITORIAL | Leopoldina Reis Simões
www.medicoscatolicos.pt | e-mail: medicoscatolicos.pt@gmail.com
DESIGN GRÁFICO E PAGINAÇÃO | Rita Gomes – ritapsgomes@gmail.com
PRODUÇÃO | exhibitat* Design to Reality | TIRAGEM 325 exemplares

ASSOCIAÇÃO DOS MÉDICOS CATÓLICOS PORTUGUESES
SEDE | R. Arcediago Van Zeller, 50 – 4050-621 Porto
MORADA PARA CORRESPONDÊNCIA | R. 13 de Maio, Edf. Fonte Nova, 35 B – 2495-414 Fátima
SECRETARIADO E COMUNICAÇÃO | Leopoldina Reis Simões
www.medicoscatolicos.pt | e-mail: medicoscatolicos.pt@gmail.com

DIRECÇÃO NACIONAL
PRESIDENTE | Margarida Neto
VICE-PRESIDENTE | Maria João Lage
SECRETÁRIA | Teresa Souto Moura
TESOUREIRA | Marta Jonet
VOGAIS | Ana Sarmento, Eva Palha, Leonor Antunes, João Paulo Malta, Luís Mendes Cabral
ASSISTENTE ESPIRITUAL | P. Miguel Cabral

NÚCLEOS DIOCESANOS (PRESIDENTES)
BEJA: Edmundo Bragança de Sá | COIMBRA: José Augusto Simões | FARO: Santos Matos | GUARDA: João José Reis Pereira | LISBOA: Vasco Magalhães Ramalho | PORTALEGRE/CASTELO BRANCO: Isabel Marques Jorge | PORTO: João Quinaz | SANTARÉM: Eva Palha | VILA REAL: Maria Goretti Rodrigues | VISEU: João Morgado

Por decisão da Direção, a «Acção Médica» não obriga os autores a seguirem o Acordo Ortográfico.

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PAGAMENTO ADIANTADO

ASSOCIADOS DA A.M.C.P., desde que a quotização esteja regularizada, recebem a revista sem mais encargos:

Por ano, por correio 50,00 €

Por ano, no e-mail 40,00 €

NÃO ASSOCIADOS

Portugal

Um ano (4 números) 25,00 €

Avulso 7,00 €

Estrangeiro acrescem as despesas de envio

Estudantes 10,00 €

TEMA DE CAPA

EDITORIAL

Revista Acção Médica

Equipa Editorial da Acção Médica

Numa época em que a medicina nos fornece cada vez mais curas e ultrapassa cada vez mais barreiras, é importante lembrar que o progresso da nossa sociedade não se mede pelas doenças mas pelas pessoas que conseguimos curar. A justiça social na medicina não é um conceito abstrato, mas é um compromisso que praticamos todos os dias, em cada política pública, consulta ou decisão clínica.

A essência da medicina é o cuidado ao próximo. Enquanto médicos, precisamos de mais que as competências técnicas para cuidarmos os nossos doentes, particularmente nas sociedades onde a desigualdade persiste. Tratar todos de forma igual é uma abordagem insuficiente. O princípio da justiça defende que devemos garantir que cada um tem o que realmente necessita, para viver segundo a dignidade que lhe é intrínseca enquanto ser humano.

Quando nos guiamos por este princípio olhamos para além do doente que estamos a tratar e vemos o seu contexto social, económico e ambiental. Temos de nos recordar que os determinantes sociais da saúde como a educação, habitação, trabalho, sexo, origem étnica, e religião afetam tanto o doente, como o diagnóstico, tratamento e prognóstico. Numa criança com baixo nível sócio-económico, uma simples amigdalite não tratada pode evoluir para uma cardiopatia reumática.

Neste número, propomos olhar para o trabalho daqueles que ambicionam atingir a justiça nesta área, mantendo-se próximos da comunidade.

Conhecemos o Vale de Acór, uma instituição que mudou a vida de muitas pessoas e lhes deu um novo rumo. Uma instituição que também como muitas outras recorre à medicina moderna para ajudar no tratamento de pacientes dependentes, mas que também atribui o seu sucesso na recuperação dos pacientes a uma abordagem humanista. Como nos diz o Padre Pedro Quintela - “na busca de um sentido para a existência e não apenas para enfrentar questões que hoje poderíamos designar de “farmacológicas.””

Mais do que dar a conhecer, pretendemos inspirar as atuais e as futuras gerações de médicos a seguirem o exemplo, a apoiarem instituições e a criarem projetos-piloto, que visem ajudar aqueles que se encontram em dificuldade.

Para além do contexto sócio-económico, esta edição da revista foca-se também na justiça institucional. O artigo da Dra. Isilda Pegado ajuda-nos a conhecer o sistema legal e as implicações práticas da justiça.

Seguiremos também por falar sobre questões de natureza jurídica, nomeadamente a “alta contra parecer médico” em que a Professora Paula Faria fará a análise das implicações de um doente querer interromper o seu internamento contra a opinião dos médicos.

Num tempo em que nos deparamos com as dificuldades que o SNS afronta, contamos também com o comentário do Dr. Carlos Costa Gomes que aborda a questão da equidade e da justiça distributiva. Um exemplo adequado seria - Como devemos distribuir de uma forma justa os recursos que temos à nossa disposição na área da saúde?

Não esquecendo a cultura, o médico e seminarista jesuíta Dr. António Ferreira da Silva debruçando-se sobre a peça de teatro “Na medida do impossível”, fala nos sobre a “injustiça da guerra, das desigualdades e do sofrimento humano(...)”.

Por isso fica o convite, a lerem com atenção, e a refletir. O que posso fazer pelos outros? Como é que eu o posso fazer? E especialmente, em quem me devo inspirar?

ASSOCIAÇÃO VALE DE ACÓR

Padre Pedro Quintela¹

A Associação Vale de Acór (AVdA) é uma Instituição Particular de Solidariedade Social que trabalha desde 1994 no âmbito da recuperação de dependentes.

Nasce no âmbito do personalismo católico.

O nome “Acór” é de origem bíblica e significa «confusão» e «desgraça». Porém, o Senhor promete abrir no Vale de Acór o Senhor uma “Porta de Esperança”. Ora, Jesus disse, de Si mesmo, ser Ele a Porta...

O propósito da AVdA é acolher, acompanhar e intervir terapêutica e educativamente junto dos “novos pobres”. Quer-se com isto referir as pessoas clientes/dependentes de vícios caros e que de um modo célere perderam o (auto) controlo das suas existências. Pessoas que, assim, se descobriram e confrontaram com a impotência e falência de si mesmas. Portanto, gente, por isso mesmo, incapaz de activar recursos pessoais e de reagir de um modo construtivo aos seus sofrimentos. Gente sempre sem comunidade.

Ou seja, e concretamente, pessoas toxicodependentes e/ou alcoólicos, havendo uma percentagem elevada de residentes com comorbilidade psíquica.

Acresce que hoje, também, batem à porta da AVdA jovens por causa de dependências na área do jogo, sobretudo online. Muitos com percursos na justiça, isto é, reclusos encaminhados a partir das prisões ou ex-reclusos.

¹ Presidente da Associação Vale de Acor

A AVdA dispõe de 48 colaboradores. Dentre estes, dois médicos psiquiatras e dois médicos clínicos gerais. Também uma equipa de 3 enfermeiros com horário completo.

De notar que o primeiro e fundamental “donativo” que recebe uma organização sem fins lucrativos vem dos seus colaboradores, pessoas que se apresentam para servir e a cuidar de outras pessoas.

Neste último ano, a média de utentes do programa foi na ordem de 150 residentes, os quais habitam, ou na grande estrutura “comunidade terapêutica”, ou numa das outras 3 casas de que a Associação dispõe. Cerca de 85% dos residentes vivem 365 dias por ano, 24h por dia na AVdA. Lá para o final do programa, na fase de reinserção, irão habitar em casa própria.

Financeiramente, a VdA, tem protocolos que garantem a comparticipação do Estado, principalmente através do ministério da Saúde e da Segurança social. Acrescem numerosas iniciativas em ordem a garantir a sustentabilidade do projecto, a que acresce criteriosa gestão...

Por comunidade entende-se aquele tempo intenso e espaço predefinido de partilha de vínculos e responsabilidades. A comunidade tem o tamanho inteiro da vida presente, actual. Enfrenta a incontornável deriva e insaniidade de vidas de pessoas que vem pedir exactamente isso: “comunidade”. Comunidade que as ajude a perceber as suas histórias e a tomarem posição, agora, quanto ao modo como desejam enfrentar o futuro. Comunidade, portanto, é esse compromisso de todos (residentes, colaboradores, voluntários, famílias) com todos, em favor dos que se afastam de todos!

Como o étimo indica, numa “comunidade” o propósito é que não exista um certo tipo de i-munidade que permita ao “eu” fechar-se ao “tu”. A comunidade é um “município” informal onde o múnus de todos a favor de todos é crescer na responsabilidade, no sentido de pertença e de missão, de tarefa e serviço. Na comunidade o “eu” descobre o “tu”. Cuida do “tu”. Quando o “eu” depara com o “tu” “tem metade do seu percurso terapêutico feito”, assim o dizia um experiente psiquiatra.

O conteúdo educativo comunitário apresentasse como um caminho para “voltar” a ser pessoa. E ser pessoa é estar em relação, é estar disponível.

No Vale de Acór oferece-se a oportunidade de promover a vida de relação, depois de demasiado tempo vivido em itinerários de isolamento.

Não esquecer, porém, que os primeiros beneficiários são os que chegaram primeiro, isto é, os próprios colaboradores, que no fazer e refazer-se que lhes permite o seu trabalho

Presente no território, disponível às pessoas em sofrimento, às suas famílias _ igualmente em sofrimento — ao estado e às suas instituições, aos

parceiros, aos outros sofrimentos dos outros, à cidade na sua diversidade e, como aqui, aos convites para partilhar experiência, às surpresas dos dias, como realidade orgânica e dinâmica a AVdA procura crescer e desenvolver-se ... e garantir a sustentabilidade dos seus projectos.

Na singularidade da sua identidade, a AVdA percebe-se uma comunidade na cidade, com o seu proporcionado e modesto contributo a dar.

O entendimento do que é a saúde na AVdA não podia deixar de ser holístico.

Nesta atenção a que a saúde humana diz respeito à pessoa no seu todo e não apenas a partes funcionais do seu organismo.

Assim, a intervenção terapêutica recupera a intuição inaugural dos judeus helenizados de Alexandria, como a descreve Filón: “a opção destes filósofos [= amigos da sabedoria] é já manifesta no seu próprio nome.

Pois esses homens e mulheres chamam-se a si mesmos terapeutas.

De facto, professam uma terapia médica superior à praticada nas cidades, já que esta só cura os corpos,

enquanto aquela cura também as almas oprimidas por enfermidades graves e difíceis de sanar, desencadeadas pelos prazeres, apetites, dores, medos, ambições, demências, injustiças, e a multidão interminável do resto das paixões e vícios”...

De algum modo trata-se da descrição do que se poderá chamar a primeira Comunidade Terapêutica. Com efeito, poder-se-ia dizer que esse grupo de gente se havia retirado da grande cidade para viver terapeuticamente, isto é, em entre-ajuda, na busca de um sentido para a existência e não apenas para enfrentar questões que hoje poderíamos designar de “farmacológicas”.

Nestes contextos, e sempre que existe uma perspectiva holística, “o diálogo entre o terapeuta e o paciente será apontado a fazer emergir a interioridade do doente, para depois se agir terapeuticamente e procurar restabelecer uma estrutura funcional normal.” (L. Binswanger).

Podemos dizer, assim, que o Vale de Acór, se reconhece assim na demanda de sentido incito no coração do homem, essa consciência de “o homem ultrapassa infinitamente o próprio homem”. E que carecemos todos de ter uma comunidade que nos coloque “perante a nossa condição verdadeira por demais ignorada por nós mesmos” (Pascal).

Numa argumentação que percorre outra via, também Jean Baudrillard afirma que “a partir do momento em que o real não pode mais referir-se a uma razão, a uma racionalidade, a uma referência, a uma continuidade no tempo, a uma história; a partir do momento em que não mais se pode

fazer referência a uma instância outra – transcendente ou divina –, não se sabe mais o que fazer com a realidade bruta na sua materialidade.” Ou seja, a abertura ao mistério na sua incontornável aspereza e inquietação é bem mais consistente do que a recusa de sentido, a qual embora abundantemente festiva rapidamente se manifesta destrutiva e trágica.

MEDICINA E JUSTIÇA EM SAÚDE: A QUESTÃO ÉTICA DA EQUIDADE¹

Carlos Costa Gomes²

I. Da justiça legal à justiça como equidade

Aristóteles³, na sua *Ética a Nicómaco*, distingue diferentes formas de justiça que ainda fundamentam o pensamento sobre justiça social e distributiva. Para Aristóteles, a justiça é a virtude que regula as relações humanas, garantindo que cada indivíduo receba o que lhe é devido. Ele diferencia principalmente dois tipos de justiça:

- a) Justiça distributiva (social ou proporcional): preocupa-se com a distribuição equitativa de bens e recursos, considerando méritos, necessidades e contribuições individuais. Aristóteles defende que a distribuição deve ser proporcional, não necessariamente igualitária. Esse conceito é aplicável à saúde, onde recursos escassos devem atender necessidades específicas de cada grupo, promovendo equidade em vez de igualdade formal (Gomes, 2024);

¹ Serve de base para este texto o artigo, publicado em: Costa Gomes, C., & Coimbra Lemos, A. (2024). Da justiça à equidade em saúde. *Jornal Jurídico (J²)*. <https://revistas.ponteditora.org/index.php/j2/article/view/891>,

² <https://orcid./0000-0001-9627-5161>, Escola Superior de Saúde Norte Cruz Vermelha Portuguesa e Politécnico Universitário de Castelo Branco – IPCB carlos.gomes@essnortecvp.pt; carlosgomes@ipcb.pt

³ Aristóteles - *Ética a Nicómaco*. Trad. António C. Caeiro. Lisboa: Quetzal Editores, 2004.

- b) 2. Justiça corretiva (retificativa ou legal): aplica-se em transações individuais e disputas, buscando reparar injustiças. Na saúde, isso se traduz em políticas que corrigem desigualdades históricas ou estruturais, garantindo acesso justo a cuidados essenciais para grupos vulneráveis (Braveman & Marmot, 2009).

Aristóteles também sugere que tratar desigualmente os desiguais é a forma mais verdadeira de justiça, conceito que inspira pensadores modernos como Rawls e Sen, especialmente na formulação de políticas de saúde que considerem vulnerabilidade, capacidade de acesso e necessidades individuais (Sen, 1999; Rawls, 1971).

Aristóteles considera a justiça como uma virtude elementar para uma sociedade ordenada e sem conflitos, condição primeira para uma vida feliz: A justiça é o vínculo dos homens, nos Estados; porque a administração da justiça, que é a determinação daquilo que é justo, é o princípio da ordem numa sociedade política.⁴ O autor parte da constatação de que todos os homens entendem por justiça aquela disposição de caráter que torna as pessoas propensas a fazer o que é justo, que as faz agir justamente e desejar o que é justo.⁵

No entanto, segundo Aristóteles,⁶ pode existir no homem duas disposições para a mesma definição de justiça, isto é, duas formas distintas de justiça: a justiça legal que se refere à disposição de respeitar tudo que é determinado pela lei; a justiça particular, que é a disposição de não ter nem mais nem menos do que é devido.⁷ Esta última é muito importante para a justiça, pois remete, em particular, para um princípio relevante no contexto da saúde para se fazer justiça: a equidade/igualdade, no sentido de que cada um tenha aquilo que é exatamente igual ao que lhe compete⁸.

Portanto, a noção de justiça como equidade, na perspectiva aristotélica alude à justiça corretiva e retifica as iniquidades geradoras de injustiças afirmando a obrigatoriedade de atender a cada um conforme suas

necessidades, o que transcende, neste sentido, os aspetos legais. Trata-se de desejar, procurar e realizar o máximo de igualdade nas relações, garantindo individualmente a justa medida daquilo que cada um deve ter.⁹

Contudo, chama-se à atenção para a noção aristotélica de igualdade que não é absoluta. O autor defende que na relação entre partes desiguais a distribuição de bens também deve ser desigual. Segundo o filósofo, o justo deve ser, necessária e simultaneamente, intermediário, igual e relativo; como intermediário, deve evitar certos extremos e como igual, envolve duas participações iguais.¹⁰ Se as pessoas não são iguais, não devem receber coisas iguais.¹¹

1.1. Contribuições para a Justiça em Saúde

- a) Equidade na distribuição de recursos – os recursos de saúde não devem ser distribuídos uniformemente, mas proporcionalmente às necessidades.
- b) Reconhecimento da diversidade individual - a justiça social aristotélica reconhece diferentes condições e capacidades, reforçando abordagens personalizadas na saúde.
- c) Base para políticas éticas - a distinção entre justiça distributiva e corretiva fornece estrutura para decisões éticas e regulamentação do setor de saúde, especialmente em contextos de escassez ou vulnerabilidade social.

1.2. Justiça Distributiva, Equidade e Capacidades

A justiça distributiva visa uma alocação justa de recursos, considerando necessidades e circunstâncias individuais e sociais (Rawls, 1971). Gomes (2024) argumenta que a equidade não se limita à igualdade formal, mas requer tratar desigualmente os desiguais para corrigir disparidades. A perspectiva de capacidades de Sen (1999) complementa essa abordagem,

4 Aristóteles - *Constituição de Atenas*. São Paulo: Nova Cultural; 2000.

5 Aristóteles - *Ética a Nicómaco*. Trad. António C. Caeiro. Lisboa: Quetzal Editores, 2004.

6 Aristóteles - *Ética a Nicómaco*. Trad. António C. Caeiro. Lisboa: Quetzal Editores, 2004.

7 Aristóteles - *Ética a Nicómaco*. Trad. António C. Caeiro. Lisboa: Quetzal Editores, 2004.

8 Cf. Santos, Ivone - Igualdade, equidade e justiça na saúde à luz da bioética. *In Revista Bioética*. vol.28 no.2 Brasília Abr./Jun. 2020, Doi: 10.1590/1983-80422020282384

9 Aristóteles - *Ética a Nicómaco*. Trad. António C. Caeiro. Lisboa: Quetzal Editores, 2004.

10 Aristóteles - *Constituição de Atenas*. São Paulo: Nova Cultural; 2000.

11 Cf. Santos, Ivone - Igualdade, equidade e justiça na saúde à luz da bioética. *In Revista Bioética*. vol.28 no.2 Brasília Abr./Jun. 2020, Doi: 10.1590/1983-80422020282384

ênfatizando a necessidade de garantir liberdade efetiva para que indivíduos realizem seus funcionamentos desejáveis. Braveman & Marmot (2009) introduzem conceitos de equidade horizontal (tratamento igual para necessidades iguais) e equidade vertical (tratamento desigual para necessidades diferentes), fundamentais para políticas de saúde que respeitem vulnerabilidade, dignidade e integridade.

2. John Rawls: Justiça um dever fundamental

Neste contexto, é de considerar o pensamento de John Rawls, autor notável da teoria política, tendo especial atenção para duas obras: “O liberalismo político”¹² e “Uma teoria da justiça”¹³.

Ao ler Rawls, percebemos que a sua perspectiva de justiça não se foca no interesse de cada indivíduo ou da maioria, mas sim no dever fundamental de atender às necessidades coletivas. O autor apresenta duas concepções. A primeira, a que chama de “posição original”, situação hipotética em que pessoas livres e iguais escolhem, sob o véu da ignorância, os princípios de justiça que devem governar a estrutura básica da sociedade; a segunda, a “sociedade bem ordenada”, regulada por uma concepção política e pública de justiça, aceite por todos, nos termos equitativos da cooperação social. Segundo Rawls¹⁴, os princípios para construir uma sociedade democrática justa são:

- a) cada pessoa tem direito a um esquema apropriado de liberdade básica, desde que compatível com a garantia de um esquema idêntico para todos; e
- b) as desigualdades sociais e económicas somente se justificam se estiverem vinculadas a posições e cargos abertos a todos, em condições iguais de oportunidade, ou se existirem em função do maior benefício possível dos membros da sociedade que se encontram em posição desfavorável.

Salienta-se, por um lado, a importância que Rawls atribui à liberdade e aos direitos fundamentais; e por outro, a igualdade de oportunidades para quem tem talentos similares e a disposição para os conquistar. Salte à

vista, que o autor alude ao princípio da diferença ou ao critério maximin de justiça social, uma vez que as desigualdades socioeconómicas só são eticamente aceitáveis se o seu objetivo for o de maximizar os recursos disponíveis para os mais desfavorecidos da sociedade¹⁵.

Rawls ao tentar criar uma teoria de justiça entre a justiça social e os princípios de liberais dentro de um mercado capitalista, a equidade será sempre o resultado de compensação negociada com vista a atender aos interesses sociais. Deste modo, só através das regras que servem de ordenamento social no âmbito de uma justiça como equidade poder-se-á garantir a colaboração e a solidariedade¹⁶ entre os mais e os menos desfavorecidos¹⁷.

De facto, a resposta à questão da justiça não é fácil quando em causa está a pessoa. Por isso vale a pena questionar sobre que justiça mais se adequa ao viver o humano, de modo particular, no plano da saúde: justiça como igualdade ou justiça como equidade?

3. O que procura a justiça: igualdade ou equidade

Segundo Sen¹⁸, para pensar a igualdade em termos complexos é preciso considerar as diferenças sem perder de vista o bem-estar social. O autor fala em capacidade de fazer escolhas, essas capacidades residem na liberdade de cada um escolher, entre os caminhos possíveis, o que mais atende a suas próprias necessidades. As capacidades apontadas por Sen dariam a exata medida do bem-estar dos indivíduos.

Para Paulo Fortes¹⁹ que analisa a questão de justiça aplicada à saúde a partir do conceito de equidade em Rawls, afirma que não é fácil aplicar

15 Cf. Santos, Ivone - Igualdade, equidade e justiça na saúde à luz da bioética. In *Revista Bioética*. vol.28 no.2 Brasília Abr./Jun. 2020, Doi: 10.1590/1983-80422020282384

16 Cf. Rawls J. - *O liberalismo político*. 2ª ed. São Paulo: Ática; 2000; Rawls J. - *Uma teoria da justiça*. 3ª Ed. São Paulo: Martins Fontes; 2008.

17 O pressuposto de Rawls parece bastante questionável, por diversos autores, quando se consideram as sociedades concretas e seus persistentes níveis de injustiça.

18 Cf. Sen A. - *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras; 2010; Sen A. - *Desigualdade reexaminada*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Record; 2008. p. 43.; Sen A. - *A ideia de justiça*. São Paulo: Companhia das Letras; 2011.

19 Ver: Fortes PAC. - Orientações bioéticas de justiça distributiva aplicada às ações e aos sistemas de saúde. In *Revista de Bioética*, 2008 [acesso 14 setembro 2022];16(1):25-39. Disponível: <https://bit.ly/2QMZMgW> Fortes PAC. - *Como priorizar recursos escassos em países em desenvolvimento*. Garrafa V, Pessini L, orgs. São Paulo: Loyola; 2004. p. 103-12.

12 Ver: Rawls J. - *O liberalismo político*. 2ª ed. São Paulo: Ática; 2000.

13 Ver: Rawls J. - *Uma teoria da justiça*. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2008.

14 Ver: Rawls J. - *Uma teoria da justiça*. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2008

estes princípios nas sociedades de capitalismo tardio, visto que as pessoas tendem a preocupar exclusivamente em realizar desejos e interesses individuais, esquecendo de levar em consideração as necessidades coletivas.²⁰

Segundo o mesmo autor, a noção de equidade em saúde considera a diferença entre as pessoas nas suas realidades concretas, ou seja, em condições sociais e sanitárias específicas, e apresenta que uma ação norteada pela ideia de equidade poderá garantir a cada pessoa a satisfação de suas necessidades e possibilitar o desenvolvimento de suas capacidades.

Fortes questiona: Quais seriam os critérios éticos orientadores para uma boa e justa priorização de recursos referentes aos cuidados de saúde?²¹ A questão é complexa, considerando o pluralismo de valores do mundo contemporâneo, que traz diferentes e variadas concepções sobre o que seriam ações boas e justas. Mas neste contexto, a bioética pode cumprir um papel importante, procurando o consenso sobre normas práticas que dizem respeito à vida e à saúde da pessoa humana, construindo a convivência da vida em sociedade.²²

Para Fortes e Zoboli²³, a bioética deve ter perspectiva autónoma e humanista, olhando para o ser humano na sua integralidade e totalidade. O objetivo, segundo os autores, é humanizar os cuidados e serviços de saúde de modo a garantir os direitos dos cidadãos e a dignidade humana, considerada segundo o imperativo categórico de Kant²⁴, pelo qual que cada pessoa deve ser tratada como um fim em si mesmo, e nunca como meio para satisfazer interesses de outros.

Consideramos, na ideia de justiça, que a equidade em relação à igualdade é aquela que melhor pode facilitar o acesso a cuidados e serviços de saúde, uma vez que as pessoas são diferentes e, portanto, têm necessidades

específicas. A igualdade não significa homogeneidade; pelo contrário, uma ação equitativa busca assegurar justiça segundo princípios adaptados às capacidades individuais. Neste sentido, aproxima-se do princípio marxista: ‘de cada qual segundo sua capacidade, a cada qual segundo suas necessidades’²⁵, ou, nos termos de Sen²⁶, de acordo com as capacidades e funcionalidades de cada indivíduo.

A equidade é aqui entendida como caminho para garantir às pessoas – especialmente as mais vulneráveis – oportunidades de se desenvolver plenamente, conforme os seus próprios projetos de vida é fundamental para assegurar a todos um sistema razoável de saúde pois, quanto melhores os serviços considerados essenciais, maior é a possibilidade de os mais necessitados superarem as suas debilidades económicas e privações de acesso aos serviços de saúde²⁷, que limitam as suas capacidades e potencialidades²⁸

4. Equidade: Acesso à saúde, acesso aos serviços de saúde

Equidade no acesso à Saúde e equidade no acesso aos Serviços de Saúde parte de premissas diferentes. O primeiro diz respeito aos fatores sociais; está relacionado com a doença e processos envolventes e aos diversos estilos de vida, das condições genéticas, dos cuidados habituais, assim como aos fatores ambientais, e às condições socioeconómicas.²⁹ A equidade na utilização dos serviços de saúde não advém estritamente da equidade na saúde, quando analisado com outros fatores sociais, no entanto, os “a equidade no acesso a bens e serviços, a exemplo dos oferecidos pelo SNS, podem apontar tendências, ou rumos mais prováveis em relação à satisfação das

20 Fortes PAC. Zoboli - Orientações bioéticas de justiça distributiva aplicada às ações e aos sistemas de saúde. In *Revista de Bioética* [Internet]. 2008 [acesso 14 de setembro de 2022];16(1):25-39. Disponível: <https://bit.ly/2QMZMgW>

21 Fortes PAC. - Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade e a equidade. In *Cadernos Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acesso 14 de setembro de 2022];24(3):696-701. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000300024

22 Fortes PAC. Zoboli - Reflexão bioética sobre a priorização e o racionamento de cuidados de saúde: entre a utilidade e a equidade. In *Cadernos Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acesso 14 de setembro de 2022];24(3):696-701. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000300024

23 Fortes PAC, Zoboli -. Bioética e saúde pública. São Paulo: Loyola; 2003.

24 Ver: Kant, I. - *A metafísica dos costumes*. (trad. José Lamago). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2005.

25 Marx K. - *Crítica do programa de Gotha* [Internet]. [S.l.]: Edição Ridendo Castigat Mores; 1875 [acesso 11 setembro 2020]. p. 26. Disponível: <https://bit.ly/3cu6LEv>

26 Sen A. - *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras; 2010. 36; Sen A. - A ideia de justiça. São Paulo: Companhia das Letras; 2011.

27 Fundo das Nações Unidas para a Infância. Pobreza na infância e na adolescência [Internet]. Brasília: Unicef; 2018 [acesso 14 setembro 2022]. Disponível: <https://uni.cf/2Jfc5yf>

28 López OO, Escudero JY, Dary Carmona L. Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el taller Latinoamericano de determinantes sociales en salud, ALAMES. Medicina Social [Internet]. 2008 [acesso 14 setembro 2022];3(4):323-35. Disponível: <https://bit.ly/2WNcsIj> ; Sen A. Desenvolvimento como liberdade. São Paulo: Companhia das Letras; 2010.

29 Mooney G., Houston S. - Equity in Health Care and Institutional Trust: a Communitarian View. In *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 (5), 2008, p.1162-1167.

necessidades do conjunto da sociedade, aferindo avanços para uma sociedade mais justa”.³⁰

Na verdade, acreditamos que a equidade na utilização dos serviços de saúde é um desiderato nacional, mas um estudo de Óscar Lourenço³¹ evidencia que persistem fatores que condicionam a utilização dos serviços dos cuidados de saúde e que estes não refletem a necessidade efetiva dos cuidados prestados, o que de alguma forma, contraria os objetivos da política portuguesa de equidade na saúde. O estudo demonstrou ainda que o impacto do rendimento e das diversas variáveis demográficas sobre a utilização dos cuidados de saúde é bastante significativo, no caso dos utilizadores ocasionais do SNS. Relativamente aos utilizadores recorrentes, o impacto não é significativo, no que diz respeito à equidade no acesso aos cuidados de saúde. Do ponto de vista das políticas de saúde, o estudo recomenda que os utilizadores ocasionais, seja alvo de intervenção (in)formativa.³²

Assistimos, gradualmente nas últimas décadas, a “um aumento de melhoria da oferta dos serviços dos cuidados de saúde, a saber: primários, secundários e continuados”³³, realidade que não só advém do setor público, mas da contribuição da oferta do setor privado em serviços de cuidados de saúde, embora de uma forma mais seletiva. As grandes alterações que promoveram esta melhoria, derivam de diversos fatores, incluindo neles, “a legislação que define a estrutura do SNS, o sistema de financiamento, a evolução demográfica e as características da população, o crescimento económico, o investimento público e privado no setor dos serviços da saúde e da dinâmica do setor privado.”³⁴ Todavia, este aumento, em quantidade de recursos e de serviços de cuidados de saúde, parecem não estar a contribuir para uma justa e equilibrada distribuição de recursos. Isto mesmo é referido por Campos que afirma que “os portugueses desejam que o SNS possua meios materiais suficientes para uma distribuição equitativa dos recursos

humanos, materiais e financeiros, segundo as necessidades para proteger os problemas de saúde”³⁵.

Um estudo de Oliveira e Bevan conclui que os “hospitais públicos portugueses gastam mais recursos com a população mais idosa, mas também demonstraram que os hospitais centrais estão localizados onde a população tem menos necessidade de cuidados”.³⁶ O mesmo estudo revelou uma concentração elevada de médicos no distrito de Lisboa o que representa a existência de iniquidades. Estas iniquidades existentes no setor público da saúde, patentes noutros estudos, “atingem as pessoas com menor rendimento pois são estas que utilizam mais os sistemas de saúde público, sendo também a classe que representa níveis de necessidade superiores de utilização”³⁷.

Diversos autores têm dado o seu contributo para a questão das iniquidades, nomeadamente, estudos³⁸ que dizem respeito a consultas de clínica geral e de especialidade médicas, verificando-se que de ambos os estudos apontam para resultados semelhantes³⁹.

O padrão de iniquidade, no estudo Van Doorslaer⁴⁰ centra-se nas consultas de clínica geral e de especialidade que apresenta um nível de desigualdade relevante em número de consulta de especialidade. O estudo concluiu que, em Portugal, os cuidados primários favorecem os mais pobres e os cuidados em consultas de especialidades utilizado com mais frequência pelos mais ricos.

35 Ver: Campos, A. C. - *Reformas da Saúde – o fio condutor*. Coimbra: Almedina, 2008.

36 Oliveira, M.; Bevan, G. - Measuring geographic inequities in the Portuguese health care system: an estimation of hospital care needs. *In Health Policy*, 66, 2003, p. 277-293.

37 Simões, A.; Paquete, A.; Araújo, M. - Equidade Horizontal no sistema de saúde português: sector público vs sector privado. *In Associação Portuguesa de Economia da Saúde*. Documento de Trabalho:3, 2006.

38 Cf. Van Doorslaer, E., Koolman, X.; Jones, A. - Explaining income-related inequalities in doctor utilization in Europe. *In Health Economics*. Vol. 13 (7), 2004, p. 629-647.; Bago d’Uva, T., Jones, A.; Van Doorslaer, E. - Measurement of horizontal inequity in health care utilization using European Panel data. *In Journal of Health Economics*. Vol. 28 (2), 2009, p. 280-289.

39 Os resultados que obtiveram nos seus estudos foram semelhantes. Van Doorslaer *et al.*, (2004) compararam 13 países europeus, Bago d’Uva *et al.* (2009) seguiram entre 1995 e 2001 os mesmos indivíduos e Van Doorslaer *et al.*, (2006), em 2000, comparou 21 países da OCDE.

40 Van Doorslaer, E., Masseria, C.; Xander, K.- Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *In Canadian Medical Association Journal*. 174, 2006, p. 177-183

30 Coelho I.B. - Democracy Without equity: analysis of health reform and nineteen years of National Health System in Brasil, *In Ciência. Saúde colectiva*. Vol. 15 (1), 2010.

31 Cf. Lourenço O., Quintal C. - *A Equidade na Utilização de Cuidados de Saúde em Portugal: uma Avaliação em Modelos de Contagem*. Coimbra: Notas Económicas, 2007.

32 Cf. *Ibidem*.

33 Para este assunto ver: Simões, J. (coord.) - *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde - Um Percorso Comentado*. Coimbra: Almedina. 2010.; Santana, P. - *Geografias da saúde e do desenvolvimento evolução e tendências em Portugal*. Coimbra: Almedina, 2005.

34 Barros, P. - *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*. Coimbra: Almedina, 2009.

A ausência de equidade gera iniquidades em saúde e é necessário adotar medidas que reduzam as desigualdades em saúde. Tais medidas passam em primeiro lugar pelo “reconhecimento da iniquidade como desigualdade para prevenir a indiferença; depois pela preocupação e vontade de atuar por via de iniciativas isoladas com ações estruturadas suportadas por uma estratégia nacional a fim de evitar o bloqueio perante a complexidade ou mesmo a sua negação.”⁴¹

O dilema dos sistemas de saúde na verdade consiste na articulação equitativa e justa no direito ao acesso a cuidados de saúde e resulta da escassez de recursos. Esta dificuldade é descrita por Serrão do seguinte modo:

*“trilema ético, técnico-profissional e económico: i) os custos dos cuidados necessários de boa qualidade são cada vez mais elevados; (ii) os cuidados podem ser racionados até ao limite economicamente sustentável, mas esta decisão política é eticamente discutível; (iii) os cuidados podem continuar a ser para todos desde que de qualidade inferior para serem mais baratos, mas esta decisão é dificilmente aceitável pelos profissionais de saúde e pelos doentes. Ora a afetação de recursos deve processar-se de modo a promover uma distinção justa de benefícios.”*⁴²

“E as políticas de saúde devem promover, de todo o modo e em todo tempo a equidade, mas também a eficiência.”⁴³ Sabemos, porém, que as políticas de saúde atuais envolvem, sempre, uma escolha entre eficiência e equidade. Esta problemática, não desejável, implica, muitas vezes, promover uma destas dimensões e origina o sacrifício da outra.

A implementação de um sistema de saúde impõe que a afetação de recursos seja realizada segundo critérios consensuais; é fundamental reconhecer que, neste contexto, estabelecer prioridades e realizar opções são tarefas primordiais; a regulamentação da utilização dos recursos de um modo justo e eficiente é essencial para atingir o bem a da saúde da pessoa doente, como um dos seus direitos.

41 Abordagem da Iniquidade em Saúde (retirado de Dahlgren & Whitehead, 2006), cit in, Furtado, C.; Pereira, J. - *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2010.

42 Serrão, D. - *Ética e os custos em cuidados de saúde*, op. cit., p. 155-168.

43 Giraldes, M. - *Avaliação do SNS em Portugal: equidade versus eficiência*, op. cit., p. 21-44.

“A equidade enquanto princípio estruturante da afetação de recursos para a saúde, promove a igualdade de acesso de todos os cidadãos.”⁴⁴

Porém, a garantia de igualdade de acesso de todos os indivíduos aos cuidados de saúde passa, necessariamente, por uma definição de prioridades, sendo estas legítimas do ponto de vista ético⁴⁵, que impõe critérios de justiça e transparência⁴⁶.

A maior parte da literatura publicada sobre a equidade na saúde salienta a equidade no acesso, relacionando a mesma com a utilização e financiamento dos diversos serviços de saúde.⁴⁷ A extensão das desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde é, aparentemente, sensível a questões como se o acesso está ou não ajustado para as diferentes necessidades de saúde e qual o tipo de cuidados médicos a ser estudado (cuidados de saúde primários, cuidados de saúde da especialidade e cuidados de saúde hospitalares).

Verifica-se, neste sentido, que o sistema de saúde público não tem possibilidade de providenciar cuidados de saúde de acordo com as necessidades individuais, provocando uma obstrução no que se refere a alguns pontos críticos. Assim, qualquer alteração pontual, à partida não terá repercussões no funcionamento global da saúde o que leva a constatar que apenas as medidas de carácter sistémico poderão permitir resolver determinadas problemáticas, como por exemplo a dos tempos de espera. Os diferentes princípios éticos podem necessitar de ser revistos com eficácia e eficiência no que refere à prioridade aos cuidados de saúde.

44 Enquanto opção política e ideológica o conceito de equidade pode ter várias implicações económicas e sociais: equidade na afetação de recursos, equidade na prestação de cuidados de saúde, e ainda equidade no pagamento desses cuidados de saúde. Ver EMANUEL, E. - *Justice and managed care: Four principles for the just allocation of health care resources*, Hastings Center Report May/June, 2000, p. 8-16.

45 Chang, W-C - The meaning and goals of equity in health. In *Journal of Epidemiology and Community Health*. Vol. 56, 2002, p. 488-491.

46 Ainda que, como refere, aliás, Daniel Serrão, o racionamento dos cuidados de saúde, num sistema geral e universal pago pela solidariedade fiscal e gratuito no momento do uso ... não pode ser pelo preço. Dada a natureza singular do bem saúde, e ainda segundo este autor, tal racionamento criaria desigualdades de acesso, social e eticamente inaceitáveis numa sociedade democrática e justa. SERRÃO, D. - *A ética médica e os custos dos cuidados de saúde*, op. cit., p. 155-168

47 Macinko, J.; Starfield - BInternational Journal of Equity on Health. In *BioMed Central*, 1: (1). 2002.

4.1. Nota breve sobre o Papel do SNS e do Setor Privado

O SNS garante acesso universal, mas enfrenta limitações estruturais e desigualdades regionais (Acta Médica Portuguesa, 2025). O setor privado pode ampliar a oferta, mas precisa de ser regulamentado para não acentuar desigualdades. Gomes (2024) sugere que a articulação entre público e privado deve seguir critérios de justiça distributiva e equidade, priorizando populações vulneráveis na distribuição justa de recursos, a saber:

- 1) Alocação baseada em necessidades individuais e sociais (Sen, 1999);
- 2) Regulação do setor privado para complementar o SNS sem duplicação de serviços (Acta Médica Portuguesa, 2025);
- 3) Participação comunitária nas decisões de prioridades de saúde (Redalyc, 2022);
- 4) Planeamento baseado nas capacidades, garantindo liberdade efetiva de acesso (Sen, 1999);
- 5) Consideração da integridade, vulnerabilidade e dignidade humana (Redalyc, 2022);
- 6) Aplicação de equidade horizontal e vertical (Braveman & Marmot, 2009);
- 7) Tomada de decisão ética transparente e participativa (SciELO, 2021);
- 8) Accountability e monitorização contínua das políticas de alocação (Acta Médica Portuguesa, 2025).

4.2 Bioética e o Acesso Justo aos Cuidados de Saúde

A bioética fornece um quadro para avaliação das decisões justas na alocação de recursos, baseando-se em princípios fundamentais: beneficência, não maleficência, autonomia, integridade, vulnerabilidade e dignidade humana⁴⁸. Estes princípios orientam e exigem a alocação de recursos de forma justa, equilibrando equidade horizontal vertical⁴⁹, para a tomada de

48 Redalyc. (2022). Dilemas éticos no direito de acesso aos cuidados de saúde. <https://www.redalyc.org/pdf/783/78380251008.pdf> ; Siqueira-Batista, R. (2022). Contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 101–110. <https://www.redalyc.org/pdf/630/63010120.pdf>

49 Braveman, P., & Marmot, M. (2009). Social determinants of health: the solid facts. World Health Organization.

decisão prudente. Isto é, pode não ser a decisão ideal, mas a menos prejudicial. As decisões na alocação de recursos, após ponderação de valores éticos na distribuição dos mesmos, exigem avaliação criteriosa de múltiplos princípios, incluindo os princípios acima referenciados e participação comunitária, como indicam diversos estudos recentes que destacam que processos transparentes e participativos aumentam a legitimidade e eficácia das decisões⁵⁰. A aplicação prática dessas diretrizes é crucial em contexto de escassez, como listas de espera prolongadas ou crises sanitárias⁵¹.

5. Conclusão

Inspirados em Aristóteles, Rawls, Amartya Sen, a justiça não deve aspirar simplesmente a igualdade formal (tratar todos iguais), mas considerar diferenças de necessidades, circunstâncias e capacidade. A equidade deve ser vista como meio para alcançar a igualdade no acesso aos cuidados de saúde, reconhecendo que indivíduos são diferentes e, portanto, requerem respostas adequadas às suas situações específicas. A justiça como equidade tem uma relação direta com a dignidade humana e com o princípio de que todos devem ter acesso aos cuidados de saúde necessários.

Em Portugal é necessário desenvolver uma estratégia nacional para promover a equidade no acesso à saúde, que envolva todos os setores (público e privado). É importante evitar que o tema fique no plano ideológico ou retórico, mas que se traduza em ações concretas, políticas estáveis, articulação normativa/institucional. A equidade é mais eficaz que a igualdade pura para garantir um acesso justo, tratando de forma desigual pessoas desiguais, de forma a nivelar condições. Promover equidade requer políticas integradas, sensíveis às desigualdades existentes, reconhecimento das necessidades diversas.

Relação entre ‘justiça’ e ‘equidade’: A Justiça é um conceito filosófico amplo; pode referir-se a justiça distributiva, justiça social, justiça nos direitos. Inclui princípios que determinam o que cada pessoa merece. Equidade

50 Acta Médica Portuguesa. (2025). Equidade no acesso aos cuidados de saúde em Portugal. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/21668> - SciELO. (2021). Tomada de decisões dos profissionais de saúde na COVID-19. <https://www.scielo.br/pdf/reben/v74n2/1413-8123-reben-74-02-309.pdf>

51 Redalyc. (2022). Dilemas éticos no direito de acesso aos cuidados de saúde. <https://www.redalyc.org/pdf/783/78380251008.pdf>

é mais focada na dimensão prática da justiça: como distribuir de modo justo, levando em conta desigualdades, vulnerabilidades, diferenças individuais ou grupais. A equidade é, nesta medida, uma expressão concreta da justiça — a justiça exige equidade para se tornar real no acesso à saúde.

Desafios e questões práticas: Alguns dos obstáculos ou dilemas que emergem desse enquadramento: Definir critérios objetivos para identificar quem necessita mais, quem está em desvantagem. Decidir como alocar recursos escassos: quem recebe primeiro? em que regiões? com quais prioridades? Superar desigualdades territoriais, socioeconómicas, culturais. Garantir que políticas não fiquem reféns de ideologias, mas se baseiem em evidência, transparência, participação. Avaliar o impacto real das leis, regulamentos, financiamentos e modelos de gestão no acesso equitativo.

Implicações éticas e políticas: O reconhecimento de saúde como direito fundamental implica obrigações do Estado (não só de prestação de cuidados, mas de financiamento justo, regulação, fiscalização). É importante:

- a) tornar visível a discriminação e assimetrias (raça, género, localização geográfica, condições económicas), para as mitigar nas políticas;
- b) incluir agentes diversos na formulação e implementação – profissionais de saúde, gestores, usuários, comunidades;
- c) transparência e *accountability* nos sistemas de saúde – saber quem decide, com que critérios, e como se mede o sucesso em termos de equidade.

É necessária uma estratégia nacional, mas que não pode nem deve ficar refém de políticas ideológicas. Pelo contrário, deve envolver todos os setores da saúde, incluindo o setor privado, este que, na realidade, está em zonas em que o SNS confere algumas iniquidades/desigualdades, nomeadamente ao nível de consultas de especialidade, tempo de espera, acessibilidade e intervenções ou terapias (referidas em estudos aqui citados), de forma a promover a equidade no acesso aos cuidados de saúde como “equidade horizontal”⁵², isto é, tratamento igual para pessoas em iguais condições sem

qualquer efeito distributivo associado a diferenças de estratos sociais”⁵³ que ultrapassam a relação biomédica e abrangem questões sociais, sanitárias, económicas e ambientais, como exclusão social, vulnerabilidade, pobreza e discriminação.

52 Smith (2001) propõe um conceito de equidade no acesso aos cuidados de saúde numa noção objetiva, independente do julgamento ético, não considerando a questão da equidade vertical, justificando que a questão da equidade vertical é menos abordada e dá origem a questões profundas de julgamento ético relacionadas, por exemplo, na medida em que um elemento de eficácia deve ser sacrificado em busca de um objetivo: a equidade vertical.

53 Simões, A.; Paquete, A.; Araújo, M. - Equidade Horizontal no sistema de saúde português: sector público vs sector privado. In *Associação Portuguesa de Economia da Saúde*. Documento de Trabalho:3. Ver ainda: Simões, J. Prioridades em Saúde. [Em linha] Lisboa: Saúde SA. (2010) [Consultado 20 abr. 2020]. Disponível em <http://saudesablogspot.com/2010/01/prioridades-em-saude.html>; Simões, J.; Ferrinho, P. – Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Pensar saúde [Em linha] Lisboa : Alto Comissariado da Saúde. 2010. [Consultado 20 Abr. 2020]. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/02/Boletim-Pensar-Saude-Nº01.pdf>

QUANDO O IMPOSSÍVEL NOS CHAMA

António Ferreira da Silva, SJ¹

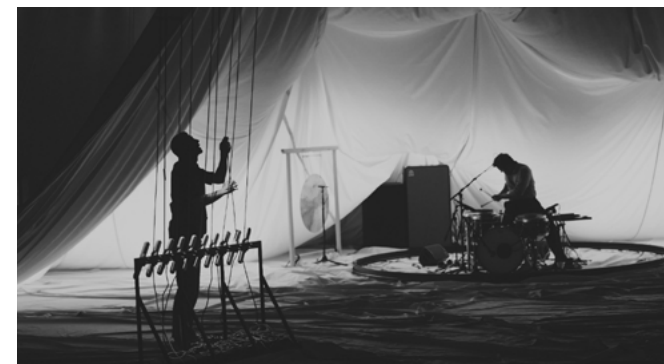


Figura 1 - Na Medida do Impossível, Tiago Rodrigues [Culturgest]

Não sei o que me levou à Culturgest, numa quinta-feira de janeiro, para ver a peça de Tiago Rodrigues, mas não me esquecerei jamais de como de lá saí, de como as minhas entranhas se revolveram, de como sobrevivi a uma ressaca emocional de três semanas, de como guardo até hoje as

¹ Nascido no Porto, em 1994, completou os estudos de Medicina no ICBAS em 2018, ano em que entrou na Companhia de Jesus. Fez os primeiros votos como Jesuíta em 2020 e, em Braga, estudou Filosofia e Humanidades, onde redescobriu o interesse pela literatura e pelas artes visuais. Fez o Internato de Formação Geral de Medicina no Centro Hospitalar Barreiro Montijo em 2023. Lecionou na Católica Medical School, da UCP, aos 1.º e 2.º anos, nos anos letivos de 2022/2023 e 2023/2024. Apesar de não exercer medicina atualmente, mantém-se um verdadeiro apaixonado pela humanização dos Cuidados de Saúde, continuando a sua formação como Diretor Adjunto do Centro Universitário Manuel da Nóbrega, em Coimbra.

seguintes palavras «O vosso espectáculo devia ter três actos. Acto I: Eu vou salvar o mundo. Acto II: Eu não vou salvar o mundo. Acto III: O mundo não pode ser salvo.»(1)

“Na Medida do Impossível” trata-se de uma peça de teatro, estreada em Genebra, em 2022, que percorreu o mundo numa digressão de dois anos, por 120 países. Em março de 2025, foi transcrita e publicada pela editora Tinta-da-China, num texto simples, sem didascálias ou notas anexas, entregando-nos à crueza do texto, análogo à crueza do trabalho das 4 personagens da peça, trabalhadores da saúde em missões humanitárias. Na verdade, filho de um jornalista e de uma médica, Tiago Rodrigues, perante a impossibilidade da violência deste mundo, optou por contar histórias sobre o cuidado. Para isso, entrevistou várias pessoas que trabalham no Comité Internacional da Cruz Vermelha e nos Médicos Sem Fronteiras, instituições com forte presença em missões humanitárias ligadas à saúde em países aos quais o dramaturgo chamou “Impossível”. Esse longínquo mundo onde a guerra, a fome e a violência destroem o futuro e a esperança de muitos. Numa peça isenta de moralismo ou sentimentalismo, “Na Medida do Impossível” é um testemunho fiel e cru da experiência quotidiana e íntima daqueles que recusam o título de ‘herói’, fazendo, no entanto, da própria vida uma experiência constante do limite, do abismo e, consequentemente, da transcendência.

Nessa quinta-feira de janeiro, algo me lançou para a sala da Culturgest, empurrado por um impulso pouco consciente e pouco preparado para a liturgia que se seguiria.

Entrei, pois, numa sala de espetáculos tão larga e funda quanto a experiência que faria nas duas horas seguintes. Se, à entrada, corria um burburinho de quem esperava testemunhar uma peça de Tiago Rodrigues, famigerado encenador e o atual diretor do Festival d’Avignon, à medida que entrei nesta sala, fui silenciado por um batimento cardíaco grave que sentia debaixo dos meus pés.

Simultaneamente, toda a sala foi convidada ao silêncio. Aí ficámos, chamados a sincronizar o nosso coração com este som profundo que não cessava, muito antes do início da peça. Mal sabíamos nós que éramos já introduzidos na peça, como que num prelúdio do que aí viria. S. Inácio de Loyola bem nos aconselha, nos seus Exercícios Espirituais, a fazer «adições para melhor fazer os exercícios e para melhor achar o que se deseja»(2). Na verdade, eu mal podia antever a experiência espiritual que se avizinhava, e muito menos me apercebi de que esta já ia começando lentamente. Mas serviu de lição: para entrar no “Impossível”, é preciso um coração centrado

e preparado e, a maior parte das vezes, esse “Impossível” não precisa de ser um país distante perdido no meio da guerra, mas o hospital, o centro de saúde ou mesmo uma casa, onde cada pessoa, chamada ao cuidado, entra diariamente.

Baixaram as luzes, abriram-se as cortinas e ficámos entregues a uma tenda gigante, que se alicerçava suspensa por cabos, revelando a fragilidade do “Impossível”. Lentamente, foi-nos revelada a fonte daquele coração que já nos acompanhava há muito. Um baterista (Gabriel Ferrandini) surgiu por debaixo da tenda e adicionou ao bongo regular uns quantos sons ritmados, por vezes arbitrários, que nos apanharam suspensos no ar, ao longo de toda a peça. Eis que entraram em cena 4 pessoas, que, alternando entre português, francês e inglês, anunciaram que, no que toca a ação humanitária e ao cuidado, não existem fronteiras. No fundo, somos todos irmãos, chamados à responsabilidade de uns pelos outros e revelamo-nos cada vez mais humanos, quanto mais formos rostos do cuidado.

A certo momento, escutámos Natacha que, colando-nos à cadeira, nos escandalizou com as suas palavras assertivas: «Não gosto de teatro. Não gosto mesmo nada de teatro(...) então o que querem saber?» Seguiu-se-lhe Baptiste, lembrando que «há uma coisa importante a saber: nós não somos heróis.» Adrien conseguiu pouco mais do que pedir desculpa, porque estava nervoso, e dizer que não estava habituado a «falar para tanta gente». Por fim, Beatriz chegou atrasada, com uma ideia inovadora que acabou por vingar: «o vosso espectáculo podia passar-se numa tenda». Após um primeiro ato confuso, em que cada personagem se interrompia mutuamente, remetendo-nos para a confusão dos reais entrevistados, sublinha-se uma ideia de extrema importância – «mostrar a complexidade. O retrato que fazem do nosso mundo é sempre demasiado simplista. Bons e maus, civilizados e selvagens, ricos e pobres, vítimas e opressores, carrascos e salvadores, possível e impossível. Mas não é assim. Ou não é só assim. Nunca foi só assim. Vocês deviam poder mostrar a complexidade.» Um concelho sábio de Adrien, pois, na verdade, o nosso mundo cheio de possíveis insiste em encerrar o mundo numa binariedade insustentável, onde o diálogo não tem espaço. Progressista ou conservador, público ou privado, extrema-direita ou extrema-esquerda, católico ou ateu, toda a realidade é compartimentada em 2 possibilidades não dialogantes. E, no meio, temos a pessoa humana muitas vezes negligenciada.

É interessante ver como Aristóteles, no Livro V da sua Ética a Nicómaco(3), deixa claro que a justiça é a virtude por excelência, pois é a capacidade do ser humano de descobrir e eleger o meio-termo entre

extremos. Se “no meio está a virtude”, este meio é a justiça a ser aplicada. Contudo, não se trata de um meio aritmético, uma média, ou mesmo uma ‘mornice’ de quem não toma partido por nenhum dos extremos. É importante que a justiça seja extrema, ou seja, uma opção radical pela posição, virtude ou comportamento ajustados! Contudo, esta opção radical pela justiça traz importantes consequências: uma abertura incondicional ao diálogo (a única exceção será com aqueles que o recusam ostensivamente); um acolhimento radical do outro, na sua heterogeneidade; e a assunção de que a vida não é binária, mas intimamente complexa – se formos honestos, esta foi a vida de Jesus Cristo, que, por criticar o legalismo binário dos Fariseus e por acolher e comer com os pecadores, foi condenado à morte na cruz.

Voltando à peça, depois desta declaração de interesses inicial em mostrar a complexidade do mundo (Possível e Impossível), Tiago Rodrigues brindou-nos com histórias avulsas, contadas com intensidade e paixão. Histórias sobre pessoas, cujos detalhes garantem a complexidade do cenário do cuidado. Histórias nas quais «os lençóis brancos e limpos são a imagem da dignidade», mesmo no meio de uma «cidade que está totalmente destruída». Histórias que nos lembram de que «há pessoas que nunca conseguem recuperar | da descoberta de que não vão mudar o mundo». Histórias cantadas por Amália Rodrigues para afastar o medo e lacrar a esperança. Histórias acompanhadas por uma tenda cada vez mais alta. Histórias que nos levam a uma tempestade interior ao contemplar uma mãe que, perante a morte do filho, «pega delicadamente num canto do tecido que enrola a criança e tenta limpar o sangue da minha bata» - o gesto que, isso sim, é o «impossível». Histórias que nos lançam para dentro da realidade incarnada do sofrimento, do desespero, da morte, mas também da esperança. Histórias que, nessa encarnação na realidade, nos elevam através dos gestos delicados e amorosos do cuidado. Histórias que nos revelam os gestos de amor ajustados, isto é, a justiça do cuidado.

Quando a peça terminou, as luzes voltaram a acender-se como se de dia se tratasse, e, por uns demorados segundos, não houve um único movimento por parte de ninguém. «Um silêncio colectivo escolhido» invadiu a sala, como uma guerra suspensa. Ninguém se atrevia a retornar ao Possível, essa terra distante do Impossível, onde uma quinta-feira à noite é bom dia para ir ao teatro. Onde a sensação generalizada é a frustração por algo ser tão bem feito. Pairava entre o público uma irritação direcionada a esta peça provocadora que, na total despretensão, se revela um espelho capaz de apontar a nossa preguiça, tibieza, indiferença, desleixo, distância ou

acédia. Uma peça que grita que «se a fé não tiver obras, está completamente morta» (Tg 2, 17), enquanto nos relembra que as nossas obras são pouco mais que inúteis e que «não vais mudar o mundo e és imperfeito». Uma peça que antecipou as palavras dos Papas Leão XIV na Exortação Apostólica Dilexi te: «por sua natureza, o amor cristão é profético, realiza milagres, não tem limites, é para o impossível. O amor é sobretudo uma forma de conceber a vida, um modo de a viver. Assim, uma Igreja que não coloca limites ao amor, que não conhece inimigos a combater, mas apenas homens e mulheres a amar, é a Igreja de que o mundo hoje precisa.»(4)

Passou de tudo pelo meu coração no final da peça. Estive de malas feitas para partir para o Sudão, em missão humanitária, desejoso de contrariar a personagem da peça e salvar o mundo. Lancei-me para um curso de Medicina Narrativa, na esperança de aprender a acolher melhor as histórias dos doentes, a ver nelas o impossível. Desejei estudar teologia com afinco para, de uma vez por todas, responder à questão última do mal. Mas acima de tudo, decidi entregar-me à vida. Sim, saí daquela sala com uma vontade enorme de viver. Aliás, enquanto viver, quero gritar a possibilidade da salvação do mundo, quero ser instrumento dessa salvação por vezes demasiadamente subtil. Quero ser como a mãe que, diante da morte do filho, tem a coragem de escolher a delicadeza e o cuidado como forma de salvação do outro. Quero que o mundo não esqueça o cuidado e que esse seja o critério diário da justiça possível, num mundo crescentemente impossível.

Referências

1. Rodrigues T. Na Medida do Impossível. Lisboa: Tinta-da-China; 2025.
2. S. Inácio de Loyola. Exercícios Espirituais. 3a ed. Baptista SJ F de S, editor. Braga: Livraria A.I.; 1999.
3. Aristóteles. Ética a Nicómaco. Lisboa: Quetzal; 2024. 360 p.
4. Papa Leão XIV. Exortação Apostólica Dilexi te [Internet]. Roma; 2025. Disponível em: https://www.vatican.va/content/leo-xiv/pt/apost_exhortations/documents/20251004-dilexi-te.html

“QUERO DEIXAR O HOSPITAL”

A alta contra parecer médico – questões de natureza jurídica¹

Paula Ribeiro de Faria²

I. O doente que recusa a alta médica.

Vamos falar apenas dos casos de alta contra parecer médico, embora também se pudesse discutir o problema – contrário a este – que se coloca quando o doente pretende permanecer no hospital, mas se recusa a submeter-se ao tratamento prescrito pelos médicos, insistindo em realizar outro que não é clinicamente indicado. Nestas situações, o doente ocupa uma cama que podia ser utilizada por outro doente, também com necessidade de internamento, mas que aceita o plano terapêutico proposto pelos médicos. Esta questão, que é mais deontológica e económica do que jurídica é, na verdade, particularmente complexa, uma vez que o doente que recusa o tratamento indicado pelos médicos e que pretende sujeitar-se a outro, tem efetivas necessidades de tratamento, pelo que a alta forçada pode envolver graves consequências para a sua saúde e para a sua vida. Por outro lado, não é razoável impor ao médico a obrigação de realizar um tratamento que não considera o mais adequado, apenas porque

¹ O texto deste artigo corresponde, com algumas alterações, à sessão de formação em *Alta clínica contra parecer médico*, organizada pela Comissão de ética do Hospital das Forças Armadas – Pólo do Porto, que teve lugar no Hospital das forças armadas, Hospital Rei D. Pedro V, no dia 12 de abril de 2024.

² Maria Paula Ribeiro de Faria é Professora Catedrática de Direito Penal da Faculdade de Direito da Universidade Católica Portuguesa – Escola do Porto, e investigadora do CEID, Centro de Estudos e Investigação em Direito da mesma Faculdade.

o doente o quer fazer. Alguns autores entendem que nestas situações o doente deve ser informado e confrontado com todas as opções terapêuticas viáveis, e se as recusar deve abandonar o hospital, uma vez que o exercício da sua autonomia passa a conflitar com princípios básicos de justiça e de distribuição dos recursos hospitalares, e com a liberdade científica do médico³.

2. O abandono hospitalar.

A alta contra parecer médico tem lugar quando o utente deixa o estabelecimento prestador de cuidados de saúde contra a indicação expressa do médico, assumindo a responsabilidade por eventuais complicações que possam decorrer da sua decisão, o que tem de constar do processo clínico, devendo o doente assinar o correspondente termo de responsabilidade. Importa distinguir este fenómeno do abandono hospitalar, que ocorre quando o utente sai das instalações do estabelecimento de saúde por sua iniciativa, mas sem dar conhecimento a ninguém. Trata-se, assim, de uma situação de facto, em que não chega a existir o contacto formal entre o médico e o doente que caracteriza a alta contra parecer médico, limitando-se o doente a desaparecer, sem que seja possível muitas vezes determinar o momento exato da sua saída.

O abandono em contexto hospitalar ocorre com alguma frequência nos estabelecimentos de saúde nacionais. Um estudo realizado por quatro investigadores das ciências da enfermagem⁴ concluiu que durante o ano de 2018 acorreram ao serviço de urgência do hospital central da zona Centro objeto da investigação 85.596 utentes, tendo-se registado uma taxa de abandono de 3,04% (2599 utentes). Da análise da amostra, resultou que 1315 utentes (50,6%) eram do género masculino e 1284 (49,4%) eram do

género feminino. A idade média desses utentes era de 48,21 anos, sendo que 46,4% se encontravam na faixa etária dos 36-65 anos. Os meses com maior número de abandonos foram agosto (11,6%) e fevereiro (10,4%), e os episódios de abandono ocorreram com maior frequência durante o período da manhã (51,3%). A maioria dos doentes abandonou o serviço de urgência após a avaliação na triagem médica (78,7%). Os utentes classificados como urgentes (pulseira amarela) apresentaram a maior prevalência de abandono (39,6%), enquanto a prioridade clínica “pouco urgente” representou 37,9% do total de abandonos registados.

Nem sempre o abandono em contexto hospitalar resulta de uma decisão consciente e livre dos doentes. O número de pessoas com demências e perturbações psiquiátricas tem vindo a aumentar, e muitos casos de fuga estão relacionados com essas condições clínicas, podendo os estabelecimentos hospitalares e os profissionais de saúde ser responsabilizados pelo desaparecimento dos doentes e pelos eventuais danos que estes venham a sofrer na sequência da sua saída, ainda que os fundamentos dessa responsabilidade variem consoante as circunstâncias do caso. Desde logo, há um número significativo de situações em que os estabelecimentos não cumprem adequadamente as suas obrigações relativamente ao acompanhamento dos doentes. Durante o ano de 2023 foram apresentadas à Entidade Reguladora da Saúde (ERS) 994 queixas relacionadas com o acompanhamento durante a prestação de cuidados de saúde⁵. Em muitos destes casos, os estabelecimentos de cuidados de saúde recusaram a presença de familiares ou de outras pessoas que queriam acompanhar os doentes, pelo que estes acabaram por permanecer desacompanhados no hospital, contra o que estabelece a lei vigente, que consagra o direito – e o correspondente dever para os estabelecimentos – ao acompanhamento por familiar ou outra pessoa livremente escolhida pelo utente. Este direito encontra-se consagrado na Base 2, alínea h), da Lei de bases de saúde, Lei nº 95/2019, de 4 de setembro, e na Lei dos direitos e deveres dos utentes do serviço nacional de saúde, Lei n.º 15/2014 de 21 de março, cujo art. 12º, nº 1, alínea a), dispõe que “nos serviços do SNS: a) É reconhecido e garantido a todos o direito de acompanhamento por uma pessoa por si indicada, devendo ser prestada essa informação na admissão do serviço”). O direito ao acompanhamento é reforçado no caso de menores, grávidas e doentes cuja situação

3 EISENBERG, Leah, *A different type of “Against Medical Advice”: when patients refuse discharge*, in *The American Journal of Bioethics*, 2021, Vol. 21, nº 7, págs. 71-72. Este artigo discute a situação de um jovem adulto que relativiza a gravidade de uma infeção que o afeta e que exige tratamento, e que entende que tem de se manter no hospital para combater um eczema. Os médicos querem sujeitá-lo a um tratamento endovenoso com antibióticos que poderia fazer numa unidade externa de prestação de cuidados, o que o doente recusa afirmando que não é um “velho inválido”. Embora pudesse receber tratamento em casa, essa opção não resultou, tendo piorado da doença. Consultar também sobre o mesmo caso SHELTON, Wayne, *When a Chronically Ill Patient Disagrees with the Discharge Recommendation: The limits of patient autonomy*, in *The American Journal of Bioethics*, 2021, Vol. 21, nº 7, págs. 83-84.

4 Bernardete, Paula/Cunha, Madalena/Vicente, Ana Rita/Mota, Mauro, *Alta contra parecer médico no serviço de urgência*, ESEL, 2021.

5 <https://www.publico.pt/2024/01/21/sociedade/noticia/sozinhos-doentes-demencia-desaparecem-saem-acompanhamento-hospital-2077596> (consultada pela última vez em 6 de novembro de 2025).

clínica não lhes permite escolher livremente o acompanhante, devendo nestes casos os serviços promover o exercício desse direito, podendo para o efeito solicitar a comprovação da relação de parentesco, ou da relação invocada com o utente (embora o art. 13º, nº 2, da Lei dos direitos e dos deveres dos utentes estabeleça que a natureza da relação estabelecida com o utente não pode servir de base à recusa do acompanhamento: os serviços não podem recusar a presença do acompanhante apenas por se tratar, por exemplo, de um primo, ou de um vizinho do doente).

No entanto, em muitas outras situações, o doente com dificuldades cognitivas apresenta-se desacompanhado no hospital. Nestas hipóteses, tem aplicação o art. 13º, nº 2, da Lei dos direitos e deveres dos utentes do serviço nacional de saúde, que estabelece que a “administração do estabelecimento de saúde deve diligenciar para que seja prestado o atendimento personalizado necessário e adequado à situação”, uma formulação que se mostra, todavia, extremamente vaga. Nos episódios ocorridos em 2019, que envolveram o desaparecimento de doentes com perturbações mentais dos hospitais de Portimão e de Faro, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) entendeu que as instituições deveriam implementar procedimentos de segurança internos capazes de garantir a avaliação das condições mentais dos doentes e de assegurar o seu internamento compulsivo quando necessário, podendo justificar-se mesmo a colocação de pulseiras eletrónicas nos doentes adultos como meio para prevenir eventuais fugas.

Em relação aos doentes com perturbações cognitivas, pode colocar-se o problema da violação de deveres de vigilância por parte dos estabelecimentos e dos profissionais de saúde, o que pode dar origem à sua responsabilidade civil nos termos do art. 491º do Código Civil, e de acordo com a lei da responsabilidade civil extracontratual do Estado, embora esta responsabilidade apenas se deixe concretizar quando a fuga do doente ou os danos que vem a sofrer sejam objetivamente previsíveis, o que é mais comum em estabelecimentos de natureza psiquiátrica do que noutros contextos hospitalares (nos restantes estabelecimentos de saúde entende-se que o médico tem o dever de vigiar e de acompanhar o tratamento do doente, mas não o de exercer vigilância constante sobre o seu comportamento). Em 2015⁶ e em 2016⁷,

o Tribunal Central Administrativo Norte foi chamado a decidir dois casos de defenestração de doentes psiquiátricos, tendo afastado a responsabilidade dos estabelecimentos nas duas situações, uma vez que entendeu que não era previsível que os doentes se atirassem da janela, razão pela qual não se exigia a adoção de medidas excecionais de imobilização e de isolamento (num dos casos, a doente atirou-se da janela quando ficou sozinha por alguns minutos numa sala de convívio).

O Tribunal Central Administrativo Sul também entendeu, no Acórdão de 21 de junho de 2012⁸, que “ (...) perante a não invocação de qualquer razão especial para vigiar a senhora ou a existência de alguma razão de ordem médica específica para reforçar ou impor a sua observação em permanência, não pode dar-se por verificada, no caso, a violação de um dever de vigilância ou de regras técnicas de tratamento adequadas à sua situação não sendo imputável aos agentes do réu o desrespeito pelas regras de prudência comum exigíveis a um funcionário zeloso”. No caso sub judice, não ficou provado “ que os funcionários do R. tivessem conhecimento de uma razão específica para manter em constante vigilância o doente, prestando-lhe maior atenção à que era dispensada aos demais doentes”. A idade avançada não permite per se a representação do perigo de fuga de um utente. A especial assistência /vigilância que a idade destes utentes poderá reclamar está circunscrita ao plano clínico. O Alzheimer, como é do domínio corrente, e como houve o cuidado de precisar na sentença recorrida, é uma doença que se caracteriza pelo “agravamento lento e progressivo das faculdades do doente” e que assume a forma de demência pré-senil, através de alterações degenerativas generalizadas do cérebro. Porém, conhece vários estágios de evolução e dá azo a circunstâncias psíquicas heterogêneas e pouco consistentes. Assim, só o efetivo conhecimento do estágio de evolução da doença em que o seu portador se encontra permite a representação efetiva dos riscos potenciais”. No caso sub judice, não ficou porém provado que tivesse sido mencionado ao recorrido que o pai da recorrente Eugénia sofria da doença de Alzheimer. No contexto descrito, o Tribunal considerou que a referência ao facto do doente já ter sido assistido no Hospital e ser conhecido da médica que o examinou, não permitia concluir, com suficiente rigor

6 Acórdão do Tribunal Central Administrativo Norte, de 22 de maio de 2015 (Processo nº 01224/06.2BEPRT).

7 Acórdão do Tribunal Central Administrativo Norte, de 17 de junho de 2016 (Processo nº 00224/10.2BECBR).

8 Acórdão do Tribunal Central Administrativo Sul, de 21 de junho de 2012 (Processo nº 8532/12).

e certeza, que tal impusesse a adoção de especiais e reforçados cuidados de vigilância e assistência ao paciente⁹.

Foi também esta a conclusão do Tribunal Europeu dos Direitos do Homem (TEDH) no caso Fernandes Oliveira contra Portugal (Processo nº 78103/14), que absolveu o Estado português num caso relativo a um doente com problemas mentais que se suicidou durante um internamento psiquiátrico voluntário subsequente a uma tentativa de suicídio. Neste caso, o Tribunal entendeu que ainda que o risco de suicídio não pudesse ser totalmente excluído, o Hospital tinha atuado de forma adequada ao risco evidenciado pelo estado mental instável do doente, sendo impossível de prever com certeza o seu suicídio. Por conseguinte, o TEDH considerou acertada a decisão do tribunal administrativo nacional, que concluía pela não previsibilidade do suicídio em causa, entendendo que não tinha havido violação dos deveres das autoridades relativamente ao regime de internamento do doente. De acordo com o mesmo Tribunal, “a obrigação positiva que recai sobre Estado deve ser interpretada de forma a não impor às autoridades um fardo insuportável ou excessivo”.

Questão diferente, mas relacionada com a anterior, diz respeito aos doentes diagnosticados com demência ou outras perturbações psiquiátricas, que necessitando de cuidados de saúde e tendo de permanecer no hospital, não se encontram em condições de receber alta sem acompanhamento no fim do internamento, não comparecendo qualquer cuidador ou familiar para os ir buscar. Esta problemática, que constitui reflexo de uma sociedade cada vez mais envelhecida, revela as dificuldades das famílias e dos cuidadores em garantir o cuidado e o tratamento adequados das pessoas doentes e idosas, e exige uma articulação eficaz entre o sistema de saúde e a segurança social, de forma a garantir respostas institucionais e comunitárias de apoio adequadas. Não se afigura conveniente a criminalização destes comportamentos – o abandono dos doentes nos hospitais – sem que existam alternativas sociais adequadas, uma vez que esta criminalização pode dissuadir as famílias de recorrer aos serviços hospitalares,

mantendo os mais velhos e doentes em casa, sem cuidados, e expostos a maiores riscos, o que não é, evidentemente, desejável.

3. A alta contra parecer médico.

Mas vejamos agora a questão da alta contra parecer médico. A alta contra parecer médico – designada na literatura anglo-saxónica pela sigla DAMA (Discharge Against Medical Advice) - constitui uma realidade com que os profissionais de saúde se deparam frequentemente, tanto em Portugal como noutros países. Esta forma de alta é uma manifestação da autodeterminação do doente ou dos seus representantes legais, autodeterminação que representa um valor fundamental reconhecido pela Convenção dos Direitos do Homem e a Biomedicina, pela Constituição da República Portuguesa, pelo Código Penal e pelo Código Civil, pela Lei que consagra os direitos e deveres do utente no serviço nacional de saúde, pelo Regulamento Deontológico dos médicos, e pela própria Entidade Reguladora da Saúde (ERS)¹⁰, mas que colide com o princípio da beneficência que orienta a atuação do médico, uma vez que o doente deixa de realizar um tratamento que era medicamente indicado e necessário para garantir a sua saúde e por vezes a própria vida. Uma vez que estas situações colocam o médico perante o risco da sua responsabilização profissional e jurídica, a principal preocupação dos estabelecimentos de saúde e dos próprios médicos tem consistido em demonstrar a capacidade decisória do doente e em comprovar que este foi exaustivamente esclarecido sobre as consequências da alta “antes do tempo”, remetendo todas as consequências nefastas da recusa de tratamento para a esfera de autodeterminação do doente, ficando na sombra outras questões de ordem ética e prática que envolvem estas altas. Na verdade, o problema colocado por estas altas não se restringe à verificação da capacidade do doente para decidir da não realização do tratamento e da saída do hospital, mas envolve também a necessidade de garantir que estes doentes recebem o

9 Sobre a omissão da vigilância de doentes psiquiátricos, pode-se conferir também o Acórdão do Tribunal Central Administrativo Norte, de 20 de outubro de 2017 (Processo nº 01974/13.7BEPRT), que absolveu o Hospital de Magalhães Lemos numa ação de responsabilidade civil extracontratual. O Tribunal entendeu que o pessoal do hospital adotou todas as medidas razoavelmente exigíveis para evitar a fuga do doente, não existindo previsibilidade de fuga quando este se deve à prática de atos de violência pura. Já em 2009, o Supremo Tribunal Administrativo, Acórdão de 29 de janeiro de 2009 (Processo nº 0966/08), afirmava que o “dever de vigilância só existe em relação a perigos representáveis por um observador prudente”.

10 A Norma da Direção Geral de Saúde n.º 015/2013, de 3 de outubro de 2013, atualizada em 4 de novembro de 2015, dirigida às Administrações Regionais de Saúde, aos dirigentes das unidades de saúde e aos profissionais de saúde do sistema de saúde, impõe a utilização de formulários específicos para a obtenção do consentimento informado em determinados casos, entre os quais se incluem as situações de recusa de internamento ou de realização de ato ou intervenção médica. De acordo com o nº 10, alínea a) da referida norma, essa recusa deve ficar obrigatoriamente documentada no processo clínico, uma vez que implica a não realização de um procedimento que é proposto no melhor interesse do doente (formulário próprio).

tratamento e acompanhamento adequados após a alta. O médico deve, por isso, abordar o doente, procurando compreender as razões que o levam a querer abandonar o estabelecimento de saúde e o tratamento, e esforçar-se por minimizar, tanto quanto possível, as consequências negativas para a sua saúde que podem resultar da alta, e que podem ser particularmente graves quando estão em causa mulheres grávidas, uma vez que nestes casos não está apenas em jogo o seu interesse, mas também a proteção da vida e da saúde do nascituro. Esta abordagem pode revelar-se extremamente difícil no caso de doentes cujo tratamento e acompanhamento envolve o funcionamento de equipas multidisciplinares, como os doentes toxicodependentes, porque estes pedidos de alta são normalmente inesperados e podem ser dirigidos a membros mais jovens das equipas médicas que não conhecem bem o doente e que podem não ter tempo para recorrer a colegas mais experientes ou para reunir a equipa o que dificulta a gestão do processo de alta.

Um estudo realizado na clínica Mayo concluiu que as altas contra parecer médico têm prevalência entre a população mais jovem, encontrando-se frequentemente associadas a síndromes de abstinência alcoólica e de drogas, à inexistência de seguro de saúde ou a coberturas de seguro reduzidas¹¹. Verificou-se, ainda, uma maior incidência destas situações entre utentes oriundos de contextos socioeconómicos desfavorecidos e com baixa literacia em saúde, entre pessoas com crianças ou pais a cargo, bem como entre indivíduos com perturbações de saúde mental. Este estudo identificou ainda fatores como a perceção de discriminação por parte dos profissionais de saúde e a discordância quanto ao plano de alta, como elementos que contribuem para este tipo de decisão. Ainda se comprovou que a taxa de reingresso a 30 dias nas urgências (e os custos da readmissão são superiores em 56% aos dos doentes que não têm de ser readmitidos) e a mortalidade destes doentes é duas vezes mais elevada do que nas restantes altas. Os doentes com asma que tiveram alta contra parecer clínico apresentam uma taxa de readmissão na urgência quatro vezes superior ao normal num período de 30 dias (21.7% vs 5.4%) e um risco de readmissão hospitalar três vezes superior ao normal em 30 dias (8.5% vs 3.2%). Um outro estudo concluiu que em quase 100,000 doentes admitidos com enfarte agudo do miocárdio os doentes que tiveram alta contra parecer médico apresentaram um risco de morte ou de readmissão por enfarte do miocárdio ou angina instável 40% superior no período de 2 anos posterior à alta. As altas contra parecer médico constituem um problema de saúde pública, uma vez que podem ter consequências graves para a saúde e

para a vida dos doentes, mas também têm consequências nefastas para o erário público, tendo em conta que terminam normalmente na readmissão do doente (cujo estado de saúde entretanto se agravou) pelo que a sua resolução deve ser considerada prioritária pelas entidades reguladoras, devendo ser estudado de forma a diminuir a sua incidência (a título preventivo e não prospetivo).

4. A importância da autonomia do doente na prestação de cuidados de saúde.

Os requisitos de um consentimento eficaz. A realização de qualquer intervenção médica exige que o doente seja previamente esclarecido sobre a razão de ser, a natureza e as consequências da intervenção ou tratamento, e que tenha prestado o seu consentimento para a realização da intervenção. Além disso, a lei impõe como condição de eficácia do consentimento que o doente seja maior, livre e capaz (conferir os arts. 21º a 24º do Regulamento Deontológico relativos à obtenção do consentimento do doente, e os arts. 38º e 149º do Código Penal). Tratando-se da realização de intervenções e tratamentos médicos em menores ou outros incapazes o consentimento deve ser prestado pelos detentores das responsabilidades parentais, ou pelo representante legal ou acompanhante de maior, quando exista (Lei nº 25/2012, de 16 de julho). Quando o maior incapaz não se faz acompanhar por nenhuma destas pessoas, mas por um familiar, cuidador ou amigo, estas pessoas devem ser auscultadas como forma de alcançar o conteúdo da vontade do doente, isto é, como forma de interpretar o sentido da sua vontade efetiva. Isto não significa que o doente não deva ser esclarecido e ouvido, uma vez que mesmo uma pessoa incapaz – excetuando os casos em que esteja impossibilitada de comunicar –, tem sempre uma ideia do que quer e do que não quer em termos de prestação de cuidados de saúde, embora deva ter sempre o apoio do acompanhante para formular adequadamente a sua vontade (o acompanhante é aqui entendido em termos amplos como a pessoa que acompanha o incapaz ao hospital)¹². Veja-se, por exemplo, o que diz o artigo 7º, alínea

12 Estas pessoas têm o direito a receber informação sobre o estado do doente de acordo com o art. 15º, nº 1, da Lei dos direitos e deveres do utente Lei nº 15/2014, de 21 de março, a não ser que o doente se tenha manifestado expressamente contra a revelação da informação. Em caso de divergência entre o médico e os representantes das pessoas em contexto de doença avançada ou fim de vida ou os próprios doentes estabelece o art. 11º, nº 1, da Lei 31/2018, de 18 de julho, a possibilidade de recorrer aos conselhos de ética das entidades prestadoras de cuidados de saúde.

11 ALFANDRE, David J., *I'm going home: Discharges against medical advice*, in Mayo Clinic Proceedings, 2009, March, 84, 3, págs. 255 e ss..

d), da Lei da Saúde Mental, que estabelece que as pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental têm o direito de “ver respeitadas a sua vontade e preferências, expressas no momento ou antecipadamente, sob a forma de diretivas antecipadas de vontade ou através de procurador de cuidados de saúde ou de mandatário com vista a acompanhamento”.

5. Os doentes maiores incapazes.

São mais difíceis de resolver as situações em que o doente maior se mostra incapaz de revelar uma vontade consistente, e comparece desacompanhado no hospital. Nestes casos, gorados os esforços de saber se existem e quem são os seus acompanhantes legais, os profissionais de saúde devem proceder ao tratamento quando o doente se mostre de acordo com a sua realização, e esta seja necessária para preservar a sua saúde e a sua vida (também aqui o doente deve ser esclarecido na medida das suas capacidades, de acordo com o artigo 8.º da CDHB, que prevê a atuação médica em “situações de urgência”, e o princípio geral da necessidade da intervenção consagrado no art. 34º do Código Penal, sendo possível pedir o suprimento judicial do consentimento nos termos do art. 21º, nº 7, do Regulamento Deontológico, quando exista tempo para isso)¹³. Mas o que fazer quando o doente que dá sinais de demência e de incapacidade não quer o tratamento, ou quer sair do hospital, colocando em perigo a sua vida ou a sua saúde? Há quem defenda que quando o doente mostra sinais de confusão ou demência, ou qualquer tipo de limitação cognitiva, não sendo possível encontrar os familiares ou cuidadores que lhe permitiriam conhecer os motivos que o levam a recusar o tratamento, é sempre necessário fazer preceder a alta de uma avaliação psiquiátrica, mas há posições mais moderadas que defendem a utilização de uma sliding scale na avaliação da capacidade. Isto é, quanto mais elevado for o risco da alta contra parecer clínico mais seguro deve estar o médico da capacidade de decisão do doente (mais elevado deve ser o standard de capacidade). Isto significa

13 Não está em causa o chamado consentimento presumido, isto é, não se trata de permitir aos profissionais de saúde intervir de acordo com a vontade presumida do doente, realizando as intervenções que se mostram de acordo com o seu interesse objetivo, uma vez que o consentimento presumido pressupõe sempre que se trata de pessoas capazes que se encontram temporariamente incapazes de consentir (arts. 157º, nº 2, do CP, e art. 21º, nº 4, do RD). É tratado com base no consentimento presumido, o *motard* que entra na urgência com necessidade de ser operado e que não se pode manifestar.

que podemos ter doentes com perturbações mentais com capacidade para recusar uma transfusão sanguínea capaz de melhorar o seu estado de saúde, mas sem capacidade para recusar uma transfusão necessária para lhes salvar a vida. Mas pergunta-se: os médicos devem permitir que um doente, que pode colocar os seus bens jurídicos em risco ou os de terceiros pessoas, abandone o hospital?

Pode justificar-se recorrer às normas que regulam o internamento involuntário de urgência na Lei de saúde mental (art. 15º, nº 1, da Lei de Saúde mental), em todos os casos em que a falta de tratamento envolva um perigo para a vida ou para a saúde do doente, sendo necessário proceder à sua avaliação psiquiátrica (arts. 28º e 29º da Lei de Saúde mental), e sendo a decisão de tratamento involuntário posteriormente validada por um juiz. O tratamento tem de ser a única forma de garantir o tratamento, tem de ser adequado a prevenir o perigo e tem de ser proporcional à gravidade da doença e à importância do bem jurídico ameaçado. Nestes casos, diz a lei que as declarações antecipadas de vontade não podem funcionar quando sirvam para manter o perigo para o próprio ou para terceiros (art. 10º, nº 4).

6. Os pressupostos de legitimidade da alta contra parecer clínico.

Regressando aos casos de alta contra parecer médico de doentes capazes, importa advertir que o desrespeito pela vontade destes doentes pode conduzir à responsabilidade civil e penal do profissional de saúde (conferir o art. 157º do Código Penal que prevê o crime de intervenções arbitrárias, e as normas que regulam a responsabilidade civil dos profissionais de saúde e dos estabelecimentos hospitalares). Isto significa que o médico tem de atender à vontade do doente plenamente capaz que não quer prosseguir o tratamento mesmo correndo risco de vida, embora tenha de garantir que esta decisão é plenamente informada e que fica comprovado que a alta ocorre contra o seu parecer clínico. O médico deve assim começar por averiguar se a decisão do doente é verdadeiramente livre, isto é, se não é condicionada por um medo irracional do tratamento, ou por encargos de natureza laboral ou familiar, procurando ajudar a contornar estas dificuldades sempre que possível. Também está obrigado a esclarecer exhaustivamente o doente sobre o diagnóstico e a prognose da doença, as alternativas terapêuticas existentes, e os riscos da sua decisão, incluindo o risco de vida caso este exista, devendo ainda informar o doente de que pode regressar a qualquer momento para retomar o tratamento. Se o

doente estiver a meio de uma intervenção ou tratamento e quiser ser transferido para outra unidade de saúde deve ser informado que a transferência estará sempre sujeita às regras de acesso ao outro estabelecimento pelo que pode haver atrasos e a intervenção não ser imediatamente retomada em termos clinicamente desejáveis. Feitos os esclarecimentos necessários, o médico deve certificar-se de que o doente compreendeu integralmente as consequências da alta contra parecer médico, podendo pedir-lhe para explicar pelas suas próprias palavras o diagnóstico e as consequências da interrupção ou não realização do tratamento (não basta dizer que percebeu, é necessário garantir que percebeu efetivamente o que está em causa).

O documento de alta é um documento narrativo cuja estruturação e redação integra as competências clínicas do médico responsável pelo tratamento do doente, e que é particularmente exigente nos casos de alta contra parecer clínico. O médico não só deve descrever (sinopse) os momentos essenciais do percurso clínico do doente dentro do estabelecimento de saúde, como deve garantir que a alta é concedida nas melhores condições possíveis e que outros profissionais de saúde ou cuidadores que venham a ser responsáveis pelo follow up do doente podem confiar neste documento, por exemplo, para o efeito de administração de medicamentos, realização de fisioterapia, ou outras intervenções, podendo o médico criar um plano de cuidado alternativo aquele que considerava que era o mais adequado se o doente continuasse a seu cargo¹⁴. O doente tem de assinar o documento (termo de responsabilidade) se possível na presença de testemunhas, um familiar ou outro profissional de saúde diferente daquele que concede a alta (art. 342º, nº 2, do CC). No nosso país, os registos de alta são regulados pelo Despacho nº 2784/2013 (SPMS – os serviços partilhados do Ministério da Saúde) que impõe requisitos específicos ao documento de alta contra parecer clínico.

7.A recusa de tratamento em relação a menores.

Partimos do princípio de que o doente é maior de 18 anos. Os menores podem consentir em intervenções médicas realizadas no seu interesse a

14 SWOTA, Alissa Hurwitz, *Changing policy to reflect a concern for patients who sign out against medical advice*, in American Journal of Bioethics, March, Vol. 7, nº 3, 2007, págs. 32 e ss., pág. 33, sugere que seja obrigatória a realização de um telefonema ou o envio de um email ao doente uma semana após a concessão da *alta contra parecer clínico* para clarificar ou reforçar detalhes que possam ter sido apressados ou descuidados no momento da alta (é um *follow-up* não invasivo destinado a garantir um nível de cuidado adequado).

partir dos 16 anos, mas esta regra não deve valer em relação à recusa de atos médicos que comprometa os seus interesses, devendo exigir-se nesse caso como idade mínima os 18 anos de idade, não podendo os pais recusar da mesma forma a realização de intervenções médicas quando estas sejam necessárias para salvaguardar a vida ou a integridade física essencial dos filhos (por exemplo, a mobilidade do menor, ou a sua capacidade de visão). De outra forma, estar-se-ia a permitir um abuso das responsabilidades parentais, ou o exercício destas faculdades fora do seu fim, que será sempre o melhor interesse do menor. Vamos supor então que um menor deseja abandonar o hospital e não quer continuar internado, mas que o abandono do tratamento que estava a fazer compromete de forma severa as suas possibilidades de cura ou põe em risco a sua vida. Que valor tem esta recusa? O menor não pode recusar uma intervenção no seu interesse e os pais também não, o que pode obrigar os médicos a recorrer aos tribunais quando pais e filhos desejam uma alta médica que coloca em perigo bens essenciais do menor. O art. 11º da Lei dos direitos e deveres do utente no serviço nacional de saúde, relativo às condições em que os representantes legais de menores e incapazes podem recusar assistência, está ainda por regular, mas estando em risco a vida ou a integridade física do menor qualquer pessoa está obrigada a intervir em defesa dos seus interesses, de acordo com o regime da Lei de proteção das crianças e jovens em risco, Lei nº 147/99 de 1 de setembro¹⁵, devendo o médico ponderar de acordo com as suas obrigações deontológicas, e o art. 21º, nº 7, do Regulamento Deontológico dos médicos “a necessidade de requerer ao tribunal o suprimimento judicial do consentimento do doente”.

15 O art. 5º, alínea c) desta lei define situação de emergência (“a situação de perigo atual ou iminente para a vida ou a situação de perigo atual ou iminente de grave comprometimento da integridade física ou psíquica da criança ou jovem, que exija proteção imediata nos termos do artigo 91.º, ou que determine a necessidade imediata de aplicação de medidas de promoção e proteção cautelares). E o art. 66º, nº 1, diz que “Qualquer pessoa que tenha conhecimento das situações previstas no artigo 3.º pode comunicá-las às entidades com competência em matéria de infância ou juventude, às entidades policiais, às comissões de proteção ou às autoridades judiciais”, e o nº 2 que a comunicação é obrigatória para qualquer pessoa que tenha conhecimento de situações que ponham em risco a vida, a integridade física ou psíquica ou a liberdade da criança ou do jovem. Finalmente, o art. 91º, nº 4, estabelece que se não houver consentimento dos pais, e numa situação de urgência, o MP através da polícia ou das entidades com competência em matéria de infância ou da juventude instaura processo judicial urgente.

8. A autonomia do profissional de saúde.

É claro que a prestação de cuidados médicos não é dominada apenas pela liberdade do doente, embora esta tenha um peso essencial na relação entre o doente e o médico, uma vez que a prestação de cuidados de saúde tem por objetivo o interesse do doente, e visa garantir a sua saúde e a sua vida. No entanto, o médico também dispõe de alguma margem de liberdade relativamente ao tratamento. Desde logo, o médico goza de liberdade científica e técnica no estabelecimento do diagnóstico e na escolha da via terapêutica mais adequada e, por outro lado, quando o doente se recusa a seguir as prescrições médicas, incluindo transfusões, o médico pode recusar-se a seguir o doente desde que haja médico de qualificação equivalente e desde que lhe forneça as informações necessárias (informando o doente), de acordo com os arts. 16º e 24º do RD.

Conclusões. A alta contra parecer clínico constitui uma realidade frequente nos hospitais e tem muitas vezes uma explicação psicológica (muitos destes doentes dão sinais prévios de stress que nem sempre são reconhecidos pelo médico, devido a medo, ansiedade, raiva e depressão), adquirindo contornos particulares no caso de doentes psiquiátricos (17,3%). Estudos realizados nos Estados Unidos demonstram que os doentes que são acompanhados por profissionais de saúde que desempenham o papel de “advogados” dos seus interesses, nomeadamente enfermeiros ou psicólogos, formulam menos pedidos de alta contra parecer médico. Muito embora com a consciência de que haverá sempre situações irresolúveis, parece importante reforçar a comunicação entre médico e paciente e incluir uma entrevista motivacional no processo de concessão de alta nestes casos em ordem a permitir ao médico perceber as razões do pedido do doente. A maior parte dos doentes que pedem alta contra parecer médico são ambivalentes quanto aos prós e aos contras da sua decisão, pelo que se for possível ao médico conhecer o seu ponto de vista e as razões que os levam a querer contrariar o parecer clínico, pode ser mais fácil estabelecer um plano com o doente e garantir de forma mais adequada o seu acompanhamento e a sua saúde.

Porto, 10 de novembro de 2025

A JUSTIÇA NA SAÚDE

Isilda Pegado¹

Sendo a Justiça um dos quatro Princípios basilares (e clássicos) da Bioética a par da beneficência e da autonomia, aquele tem implicações diretas na prestação de cuidados da saúde e no Direito que cada Ser Humano tem.

A Declaração Universal dos Direitos do Homem no seu art.º 25 (1948) e a Constituição Portuguesa no seu art.º 64 estabelecem o Direito de todos os cidadãos à proteção na saúde. A Constituição enuncia vários sistemas para obter tal fim como seja um serviço de saúde universal, tendencialmente gratuito, e ainda outras formas empresariais de prestar aqueles cuidados pugnando por meios preventivos que devem ser disponibilizados. Além dos imperativos constitucionais há ainda a Lei de Bases da Saúde (Lei 95/2019) que estando hierarquicamente abaixo daquelas, é no entanto mais programática e concretizadora. Por fim, temos centenas de instrumentos legislativos que, obedecendo ideologicamente àqueles quadros legais dão conteúdo às diferentes formas de agir.

Toda esta teia legal procura ser a resposta ao princípio da Justiça que, não teria qualquer questão subjacente, se a alocação de recursos fosse ilimitada e se as capacidades humanas fossem perfeitas. Mas, assim não é. O Estado tem limites ao uso dos dinheiros públicos (pagos com os impostos dos cidadãos) e nem sempre as condições humanas são as desejáveis – quer

¹ Jurista, Presidente da Federação Portuguesa pela Vida, Deputada à Assembleia da República na IX Legislatura.

do lado dos utentes, quer do lado dos prestadores de cuidados. A natureza humana não é perfeita. Precisamos da Lei.

Estarão essas Leis adequadas ao tempo presente? Ou permitem um abusivo entendimento dogmático? A clareza nos critérios legais é fundamental. Mas não basta. É necessária uma cultura moral, no caso concreto que está muito para além dos limites e critérios da Lei.

A Lei, feita a partir dos valores de Justiça e equidade, que atenda à igual dignidade de todas as pessoas pode, contudo, dar lugar a práticas, usos e costumes que conseguem ofuscar e até subverter os critérios legais.

Podemos começar por questionar o dever moral que cada um tem de prover à sua saúde através de comportamentos saudáveis, ou se todos os utentes de determinado serviço e em certo dia terão mesmo necessidade de ali recorrer.

Podemos questionar, se aquele utente, abastado nos seus recursos, tem “direito” ao acesso gratuito, enquanto outro, mais carenciado vai aguardar longos meses pelo mesmo tratamento, porque não há recursos disponíveis. A circunstância de os cuidados serem “tendencialmente gratuitos” gera seguramente abusos (conhecidos) que são profundas injustiças para quem verdadeiramente precisa de ser tratado.

Questionamos até que ponto a eficiência, ou falta desta na gestão de recursos humanos e materiais, determina um serviço mais ou menos prestador de cuidados (com os mesmos recursos).

Até que ponto as opções políticas, que se traduzem em Leis são diretamente responsáveis pelo maior ou menor número de tratamentos? Haverá uma fórmula de política legislativa na área da saúde, que seja perfeita? Ou vamos lá por tentativas sucessivas? Até quando o pragmatismo pode/deve limitar a ideologia?

Parece-nos, por isso, que o critério de Justiça é obrigatório como pressuposto, mas também como necessidade metódica de aplicação prática.

Por fim, a Justiça não se faz com o vazio, é necessário haver um paradigma moral, para o ato médico, para o ato farmacêutico, para o ato de tratamento onde a responsabilidade seja um fator a considerar por todos.

A Justiça só será justa se responder ao caso concreto, não bastam as grandes opções ideológicas.

O “Bom Samaritano” despiu-se da sua condição para atender e cuidar daquele que estava caído.

RUBRICAS

ACÇÃO MÉDICA HÁ CINQUENTA ANOS

Walter Osswald ¹

A ONU proclamou 1975 como Ano Internacional de Mulher. A nossa revista deu, como era óbvio, grande significado ao documento em que a organização fundamenta o gesto, publicando-o e fazendo-o acompanhar por relatos de um congresso de juristas católicos reunidos em Roma sob o tema de “A mulher na sociedade de hoje” bem como da reunião de igual temática dos médicos católicos franceses.

Sublinhe-se que o Papa Paulo VI participou no evento romano acima referido, afirmando de forma clara o seu voto para que sejam reconhecidos em toda a sua plenitude os direitos civis femininos, tal como ao homem.

Este introito é importante, pois já nessa altura se começou a construir a falsidade da atribuição à Igreja católica de uma atitude doutrinal anti-feminista e até machista. Esta acusação inteiramente falsa (como aliás se depreende dos relatos dos acontecimentos que enunciamos) mantém-se até hoje, quando a única divergência entre católicos e organizações como a ONU, no que respeita a direitos da mulher reside na total oposição ao abortamento, falsamente elevado como direito da mulher ao seu corpo (colossal mentira, já que a biologia afirma sem dúvida que o feto não é nem pode ser parte do corpo feminino).

Este número de setembro de 1975 inclui ainda um artigo de Jerome Lejeune, o prestigiado investigador médico que abriu novos caminhos à genética clínica, ao identificar a trissomia 21 como causa da síndrome de

¹ Professor aposentado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Consultor do Instituto de Bioética da Universidade Católica do Porto.

Down. A sua reflexão filosófica a partir dos dados biológicos condensa-se na frase final do texto “No princípio existe uma mensagem. Esta mensagem está na vida e esta mensagem é a vida”.

Segue-se Mateus Ajassa, com uma notícia evocadora da memória de José Toniolo, o sociólogo que, no seu estudo sobre a família, a definiu como célula constitutiva da sociedade e órgão social por excelência.

Mais extenso e seguramente bem mais relevante é o contributo de Elizabeth Kübler – Ross, a médica suíça que dedicou o seu labor ao “Encontro com os moribundos”. Hoje considerado como um clássico dos estudos sobre os estados terminais da vida humana e largamente difundido e estudado, há cinquenta anos, foi sem dúvida, inovador e arrojado pôr em letra de forma um apelo veemente ao contributo do pessoal de saúde para a preparação para a morte digna e esperançosa dos seus doentes moribundos. Como bem diz no Editorial José Boléo – Tomé, trata-se “de um texto que merece ser lido, comentado, meditado e divulgado entre todos, para melhor podermos entender e ajudar os moribundos”.

Há ainda três belos textos de mulheres que não são médicas, mas familiares de profissionais da medicina: Maria Couto Soares, Ermelinda Simões Santos e Maria Osswald. Excelente contributo este para a celebração do Ano Internacional da Mulher!

BEATO LADISLAU BATTHYÁNY-STRATTMANN

Médico dos Pobres e Modelo de Fé

Marta Brum Feijão¹

Beato Ladislau Batthyány-Strattmann nasceu em 28 de outubro de 1870, em Dunakiliti, na Hungria, no seio de uma família da antiga nobreza. Desde a infância, manifestou o desejo de ser médico “para curar gratuitamente os doentes pobres”, um ideal que viria a realizar de tal maneira plenamente, que veio a ser conhecido como o “médico dos pobres”. Seguindo essa vocação, iniciou os estudos médicos em Viena, na Áustria, em 1896, e licenciou-se quatro anos depois, em 1900. A sua formação intelectual diversa (estudou várias outras áreas antes de se comprometer à medicina) preparou-o para um espírito amplo de serviço, sempre guiado pela compaixão e pela fé cristã que desde cedo o movia.

A 10 de novembro de 1898, Ladislau casou-se com a condessa Maria Teresa Coreth, uma mulher profundamente religiosa. Tiveram uma vida familiar exemplar, marcada pela fé, e foram abençoados com 13 filhos. A família era para Ladislau como uma pequena igreja: participavam diariamente na Santa Missa e rezavam juntos o terço todas as noites, assegurando uma educação cristã aos filhos. Paralelamente, Batthyány-Strattmann via a Medicina como um chamamento divino. Em 1902 fundou um hospital privado na sua propriedade, onde começou por exercer como clínico geral; pouco depois especializou-se em cirurgia e, eventualmente, em oftalmologia. Durante a Primeira Guerra Mundial, colocou a sua experiência e

¹ Aluna do 4º ano de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Católica Portuguesa. Membro da Equipa Editorial da revista *Acção Médica*.

conhecimento médico ao serviço dos feridos. Em 1915 herdou o título de príncipe e um castelo em Körmend, na Hungria, e não hesitou em, mais uma vez, converter parte dessa sua propriedade num hospital, desta vez, oftalmológico para atender doentes.

Fiel ao propósito original da sua vocação, atendia os pobres gratuitamente, pedindo como único “pagamento” que os doentes rezassem um Pai-Nosso por ele. Evidentemente, usou a riqueza e status que possuía não para proveito próprio, mas para erguer hospitais e cuidar dos necessitados. Não buscou bens materiais nem sucesso mundano: o seu objetivo principal era por os seus dons a render e servir a Deus através dos pobres e doentes. Tal como destacou o Papa João Paulo II, aquando da beatificação deste médico, jamais antepôs a carreira ou a riqueza terrena ao verdadeiro bem espiritual – via os enfermos como irmãos em Cristo e a medicina como um instrumento de caridade cristã.

Ladislau integrava profundamente a sua fé católica na prática clínica diária. Preocupava-se não só com a saúde física, mas também com a “saúde espiritual” de cada doente. Antes de cada cirurgia ou tratamento, era costume deste médico fazer uma pequena oração e pedir a bênção de Deus, ciente de que o êxito da cura não dependia apenas dele – “como médico, não realizava a obra sozinho” –, mas era um dom concedido pela graça divina. Considerava-se um instrumento de Deus na cura dos enfermos, e este entendimento traduzia-se num profundo respeito e amor por cada pessoa que tratava. A Eucaristia diária era a fonte da sua força espiritual e da sua missão: da Missa e da oração retirava o vigor para servir, mostrando aos que dele se acercavam que a fé era o motor da sua vida e do seu agir profissional. Com o seu exemplo, vemos como a ciência e a religião podem (e devem!) caminhar juntas, inspirando muitos outros médicos a viver a profissão como missão de serviço aos outros em nome de Cristo.

A maior prova de fé de Ladislau deu-se nos seus últimos anos de vida. Em 1930, foi-lhe descoberto um cancro agressivo que lhe causou intensos sofrimentos durante mais de um ano. Mesmo entre dores atrozes, manteve uma entrega serena. Numa carta, chegou a escrever: “Sou feliz. Sofro atrocemente, mas amo as minhas dores e consola-me o facto de as poder suportar por Cristo”.

Ladislau faleceu em Viena a 22 de janeiro de 1931, com fama de santidade entre aqueles que com ele se cruzaram.

O processo da sua beatificação foi aberto alguns anos depois e Ladislau Batthyány-Strattmann foi beatificado pelo Papa João Paulo II a 23 de março de 2003, em Roma. Na homilia dessa celebração, São João Paulo II

apresentou-o ao mundo como modelo de leigo, pai de família e médico santo, ressaltando o seu espírito de serviço e a caridade sem limites com que exerceu a profissão.

Hoje, o Beato Ladislau permanece uma inspiração viva para os profissionais de saúde, especialmente para os médicos católicos. O seu exemplo de vida familiar, dedicação aos pobres e fidelidade ao Evangelho encoraja-nos a ver a medicina não apenas como uma carreira, mas como uma missão cristã ao serviço da dignidade humana e da glória de Deus.

Bibliografia/Webgrafia

- Vatican News Service. *László Batthyány-Strattmann, M.D. (1870-1931)*. Vaticano; [citado em data de acesso]. Disponível em: https://www.vatican.va/news_services/liturgy/saints/ns_lit_doc_20030323_batthyany_en.html | Vatican
- “Blessed Ladislaus Batthyany-Strattmann”. Catholic Medicine. [citado em data de acesso]. Disponível em: <https://catholicmedicine.org/patron-saints/blessed-ladislaus-batthyany-strattmann> | catholicmedicine.org
- “László Batthyány-Strattmann”. Wikipedia (inglês). [citado em data de acesso]. Disponível em: https://en.wikipedia.org/wiki/L%C3%A1szl%C3%B3_Batthy%C3%A1ny-Strattmann | Wikipedia
- “Blessed Ladislaus Batthyany-Strattmann”. Clairval. [citado em data de acesso]. Disponível em: <https://www.clairval.com/en/blessed-ladislaus-batthyany-strattmann> | Abbaye Saint-Joseph de Clairval
- “Batthyány-Strattmann, H.S.H. Prince Edmond” (biografia relacionada). Maritime Views. [citado em data de acesso]. Disponível em: <https://www.maritimeviews.co.uk/biographies/batthyany-strattmann> | Maritime Views
- “The tomb of the ‘Doctor of the Poor’ (Diocese of Eisenstadt, Austria)”. COMECE. [citado em data de acesso]. Disponível em: <https://www.comece.eu/the-tomb-of-the-doctor-of-the-poor-dioce> | COMECE

RESUMOS

ASSOCIAÇÃO VALE DE ACÓR.....7

Padre Pedro Quintela

O presidente da Associação Vale de Acór, padre Pedro Quintela, apresenta este projecto que desde 1994 trabalha no âmbito da recuperação de dependentes, isto é, de Pessoas que se descobriram e confrontaram com a impotência e falência de si mesmas. Portanto, gente, por isso mesmo, incapaz de activar recursos pessoais e de reagir de um modo construtivo aos seus sofrimentos. Neste artigo são dados a conhecer a missão, desafios e objectivos da Associação Vale de Acór, mas também a equipa profissional multidisciplinar ao serviço, e os principais apoios e parcerias.

MEDICINA E JUSTIÇA EM SAÚDE: A QUESTÃO ÉTICA DA EQUIDADE 11

Carlos Costa Gomes

Partindo de Aristóteles, Rawls e Amartya Sen, o autor defende que a justiça não deve aspirar simplesmente a igualdade formal (tratar todos iguais), mas considerar diferenças de necessidades, circunstâncias e capacidade. A equidade deve ser vista como meio para alcançar a igualdade no acesso aos cuidados de saúde, reconhecendo que indivíduos são diferentes e, portanto, requerem respostas adequadas às suas situações específicas. A justiça como equidade tem uma relação direta com a dignidade humana e com o princípio de que todos devem ter acesso aos cuidados de saúde necessários. Neste sentido, a partir de uma reflexão da justiça nos cuidados de saúde públicos e privados, é concluído que a justiça distributiva deve ser combinada com equidade, considerando a heterogeneidade das necessidades individuais e sociais, de modo a traçar uma estratégia nacional de renovação dos cuidados de saúde.

“QUANDO O IMPOSSÍVEL NOS CHAMA”.....27

António Ferreira da Silva SJ

Na Medida do Impossível é uma peça de teatro do atual diretor do Festival d’Avignon, Tiago Rodrigues. Esteve em cena durante 2 anos, passando por mais de 120 países. Neste ano, o texto da peça foi editado e publicado pela editora Tinta-da-China. A partir da experiência de espetador e leitor, há todo um mundo interior que se remexe e que não pode ficar silenciado. Este artigo, longe de ser uma crítica literária ou cénica, procura ser espelho de um coração que, ao contemplar a denúncia da injustiça da guerra, das desigualdades e do sofrimento humano, deseja a justiça possível num mundo impossível.

“QUERO DEIXAR O HOSPITAL”. A ALTA CONTRA PARECER MÉDICO. QUESTÕES DE NATUREZA JURÍDICA.....33

Paula Ribeiro de Faria

A “alta contra parecer médico”, também designada por “alta a pedido”, ocorre quando o doente decide interromper o internamento num estabelecimento de saúde contra a opinião dos médicos, que consideram existir necessidade clínica de tratamento e de acompanhamento. Esta modalidade de alta, que representa entre um ou dois por cento do total de altas médicas, suscita inúmeros problemas aos profissionais de saúde, que se vêm confrontados com a necessidade de compatibilizar o direito de autodeterminação do doente com o dever médico de curar, e que temem ser responsabilizados por eventuais complicações de saúde decorrentes da alta prematura. Esta alta suscita particulares dificuldades de ordem prática tratando-se de doentes com demência ou perturbações psiquiátricas, sempre que não seja possível contactar os respetivos acompanhantes (ou não existam).

A JUSTIÇA NA SAÚDE.....49

Isilda Pegado

Podemos começar por questionar o dever moral que cada um tem de prover à sua saúde através de comportamentos saudáveis, ou se todos os utentes de determinado serviço e em certo dia terão mesmo necessidade de ali recorrer. Podemos questionar, se aquele utente, abastado nos seus recursos, tem “direito” ao acesso gratuito, enquanto outro, mais

carenciado vai aguardar longos meses pelo mesmo tratamento, porque não há recursos disponíveis. A circunstância de os cuidados serem “tendencialmente gratuitos” gera seguramente abusos (conhecidos) que são profundas injustiças para quem verdadeiramente precisa de ser tratado.

ACÇÃO MÉDICA HÁ CINQUENTA ANOS.....51

Walter Osswald

Este artigo recorda a edição de setembro de 1975 da revista *Acção Médica*, celebrando o Ano Internacional da Mulher, proclamado esse ano. O número incluiu reflexões sobre os direitos civis das mulheres, reforçados pela intervenção do Papa Paulo VI, e contestava a ideia — considerada falsa — de que a Igreja teria uma postura antifeminista. Entre outros artigos, a edição evocou o sociólogo José Toniolo e a sua visão da família como núcleo da sociedade. O contributo mais extenso foi o de Elizabeth Kübler-Ross, pioneira no estudo dos doentes terminais, sublinhando a importância de preparar uma morte digna. O número encerrava com três textos de mulheres familiares de profissionais da medicina.

SANTO DA REVISTA.....53

Marta Brum Feijão

O Beato Ladislau Batthyány-Strattmann (1870–1931), conhecido como o “médico dos pobres”, foi um nobre e médico húngaro que uniu fé e medicina numa vida de serviço. Formado em Viena, tratava gratuitamente os doentes, especialmente os mais pobres, vendo em cada um a presença de Cristo. Entendia a medicina como vocação e rezava antes de operar, unindo ciência e caridade. Mesmo na doença terminal, viveu o sofrimento com serenidade e fé. Beatificado por São João Paulo II em 2003, continua a ser um exemplo para os médicos católicos, mostrando que a medicina pode ser um verdadeiro apostolado cristão.

ABSTRACTS

ASSOCIAÇÃO VALE DE ACÓR.....7

Padre Pedro Quintela

VALE DE ACÓR ASSOCIATION - The president of Vale de Acór Association, Father Pedro Quintela, presents this project which since 1994 has been working in the field of recovery for addicts, that is, people who have discovered and confronted their own powerlessness and failure. Therefore, people who are unable to activate personal resources and react constructively to their suffering. This article outlines the mission, challenges, and objectives of the Vale de Acór Association, as well as the multidisciplinary professional team at its service and its main sources of support and partnerships.

MEDICINA E JUSTIÇA EM SAÚDE: A QUESTÃO ÉTICA DA EQUIDADE 11

Carlos Costa Gomes

MEDICINE AND HEALTH JUSTICE: THE ETHICAL ISSUE OF EQUITY - Drawing on Aristotle, Rawls, and Amartya Sen, the author argues that justice should not simply aspire to formal equality (treating everyone equally), but should take into account differences in needs, circumstances, and capabilities. Equity should be seen as a means to achieve equality in access to healthcare, recognizing that individuals are different and therefore require appropriate responses to their specific situations. Justice as equity has a direct relationship with human dignity and with the principle that everyone should have access to necessary healthcare. In this sense, based on a reflection on justice in public and private healthcare, it is concluded that distributive justice must be combined with equity, considering the heterogeneity of individual and social needs, in order to outline a national strategy for healthcare renewal.

“QUANDO O IMPOSSÍVEL NOS CHAMA”	27
António Ferreira da Silva SJ	

“*WHEN THE IMPOSSIBLE CALLS US*” - *Na Medida do Impossível* is a play by Tiago Rodrigues, the current director of the Festival d’Avignon. It ran for two years, touring more than 120 countries. This year, the script was edited and published by Tinta-da-China. From the experience of the spectator and reader, there is a whole inner world that stirs and cannot be silenced. This article, far from being a literary or theatrical critique, seeks to be a mirror of a heart that, in contemplating the denunciation of the injustice of war, inequality, and human suffering, desires a possible justice in an impossible world.

“QUERO DEIXAR O HOSPITAL”. A ALTA CONTRA PARECER MÉDICO. QUESTÕES DE NATUREZA JURÍDICA	33
Paula Ribeiro de Faria	

“I WANT TO LEAVE THE HOSPITAL.” DISCHARGE AGAINST MEDICAL ADVICE. LEGAL ISSUES. - “Discharge against medical advice,” also known as “discharge on request,” occurs when the patient decides to interrupt their stay in a healthcare facility against the opinion of the doctors, who consider that there is a clinical need for treatment and follow-up. This type of discharge, which accounts for between one and two percent of all medical discharges, raises numerous problems for healthcare professionals, who are faced with the need to reconcile the patient’s right to self-determination with the physician’s duty to heal, and who fear being held responsible for any health complications resulting from premature discharge. This discharge raises particular practical difficulties in the case of patients with dementia or psychiatric disorders, whenever it is not possible to contact their companions (or there are none).

A JUSTIÇA NA SAÚDE.....	49
Isilda Pegado	

JUSTICE IN HEALTHCARE - We can start by questioning the moral duty that each person has to look after their health through healthy behaviour, or whether all users of a particular service will actually need to use it on a given day. We can question whether that user, who is

wealthy, has the “right” to free access, while another, who is more disadvantaged, will wait long months for the same treatment because there are no resources available. The fact that care is “generally free” certainly leads to (known) abuses that are profound injustices for those who truly need treatment.

ACÇÃO MÉDICA HÁ CINQUENTA ANOS.....	51
Walter osswald	

This article recalls the September 1975 issue of *Acção Médica* magazine, celebrating International Women’s Year, which was proclaimed that year. The issue included reflections on women’s civil rights, reinforced by the intervention of Pope Paul VI, and challenged the idea—considered false—that the Church had an anti-feminist stance. Among other articles, the issue evoked sociologist José Toniolo and his vision of the family as the nucleus of society. The most extensive contribution was by Elizabeth Kübler-Ross, a pioneer in the study of terminally ill patients, emphasizing the importance of preparing for a dignified death. The issue ended with three texts by women related to medical professionals.

SANTO DA REVISTA.....	53
Marta Brum Feijão	

SAINT OF THE MAGAZINE - Blessed Ladislaus Batthyány-Strattmann (1870–1931), known as the “doctor of the poor”, was a Hungarian nobleman and physician who united faith and medicine in a life of service. Educated in Vienna, he treated patients—especially the poor—free of charge, seeing each as a person loved by God. He viewed medicine as a vocation, combining clinical skill with prayer and compassion. Even in illness, he embraced suffering as participation in Christ’s Passion. Beatified by Pope John Paul II in 2003, Batthyány-Strattmann remains a model for Catholic doctors, demonstrating that medical practice can be an authentic apostolate of charity and healing.

“Abre a tua boca em favor do mundo, em defesa dos abandonados; abre a boca, julga com justiça, defende o pobre e o indigente.”

(Provérbios 31: 8-9)



ACÇÃO
MÉDICA

PREÇO: 7,00€