

ID: 124605586

25-08-2026

Maria do Céu Patrão Neves

Professora Catedrática de Ética da UAc e presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV)

"Os hospitais têm muitas camas ocupadas com pessoas que delas não precisam"



Paula Gouveia
pgouveia@acorianooriental.pt

O Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV) propõe a criação de um regime de transição para os utentes com alta hospitalar que recusarem a transferência para uma unidade de cuidados continuados, exigindo-lhes "uma taxa semanal progressiva em prol da equidade" até à transferência.

O CNECV refletiu sobre o processo de Consentimento Informado proposto a pessoas que têm alta clínica hospitalar e que permanecem no hospital por reiteradamente recusarem o seu consentimento para a transferência para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). E fê-lo durante quase um ano, ouvindo muitas entidades, dado não só a complexidade do proble-

ma, mas também a sensibilidade humana do mesmo, estando em questão pessoas particularmente sensíveis.

Primeiramente o Conselho analisou a realidade atual. Ora, é do conhecimento comum, que os hospitais têm muitas camas ocupadas com pessoas que delas não precisam. Estas camas devem ser desocupadas para acolher doentes agudos que delas necessitam. Além disso, uma cama hospitalar custa ao erário público, isto é, a todos nós, contribuintes, uma média de cerca de 383€/dia (2025) por dia, enquanto uma cama na RNCCI custará, dependendo da tipologia dos cuidados prestados, entre 87,62€ e 120,87€ (2025) diários. Para além destes dois aspetos que não podem ser ignorados ou desvalorizados, existe um outro, mais importante, e que deveria ser determinante: uma pessoa interna-

da num hospital está potencialmente exposta a infeções hospitalares, multirresistentes, além de que não recebe os cuidados adaptados que lhe podem ser prestados na Rede. Ou seja, a situação é altamente negativa para quem permanece no hospital, depois de ter alta clínica. Então, por que o faz? E este foi o segundo ponto da nossa reflexão.

E quais as conclusões a que chegaram? O CNECV defende ainda que a vaga não seja a mais de 90 minutos de distância da residência do utente.

Neste segundo momento de reflexão identificámos, duas ordens de razões principais que conduzem à recusa de transferência para a Rede: as económicas, reais ou percecionadas; e as geográfico-relacionais.

As económico-financeiras prendem-se com o facto do internamento no hos-

pital ser gratuito e a permanência nas camas da rede exigir a comparticipação do próprio ou dos seus familiares, quando aquele não tem capacidade financeira. É verdade que a maioria dos utentes da rede não paga os serviços, porque o seu valor é comparticipado pelo Estado, mas também é verdade que entre ser cuidado sem pagar ou pagando, a opção é a de ficar onde não se paga, além de que a ideia de que os filhos poderão vir a ser chamados a pagar a permanência dos pais na rede também desmotiva estes à transferência. Afinal, não querem ser um peso para os filhos.

As razões geográfico-relacionais ou sociais decorrem frequentemente do facto das camas disponíveis na Rede ficarem muito distantes do local de habitação do próprio ou dos seus familiares e amigos, o que implica um corte nas re-

ID: 124605586

25-08-2026

lações afetivas. Este aspeto que, só por si, afeta muito negativamente a saúde mental e o bem-estar geral da pessoa que passa a viver numa unidade da RNCCI.

Eis por que, em relação a este segundo aspeto, o CNECV propõe que a transferência não seja equacionada para mais de 90 minutos de carro da residência habitual. Este é o limite que estabelecemos procurando um equilíbrio entre potencializar a disponibilidade de camas – raras na proximidade dos centros urbanos – e o imperativo de manter as relações afetivas.

Em relação às razões económico-financeiras, o CNECV também faz propostas concretas, exequíveis e tendentes a alterar a situação atual, nomeadamente a reavaliação do regime de comparticipação individual, tendo em atenção as capacidades financeiras do agregado familiar da pessoa em causa, deduzidos os encargos fixos anteriormente assumidos, e considerando que o agregado familiar integra, exclusivamente, para além do próprio, o seu cônjuge coabitante, ou seja, libertando os filhos dos ónus financeiro.

“

Se, mesmo assim, a pessoa hospitalizada se recusar a sair, será legítimo solicitar-lhe a mesma contribuição que pagaria na Rede.

Mas, então, onde entra a proposta de um regime de transição que prevê também “uma taxa semanal progressiva em prol da equidade”?

Analisada a situação atual, identificadas as principais razões para tal e propostas algumas medidas de resposta adequada, o CNECV centrou-se no tema cuja reflexão lhe foi solicitada pela Secretaria de Estado da Saúde: o do Consentimento Informado.

Rejeitamos, então, inequivocamente, a redução do Consentimento Informado a um mero documento a ser assinado, aliás, quer para a transição do hospital para a Rede, quer em qualquer outra circunstância. O Consentimento Informado é um processo de diálogo em que os responsáveis prestam informações objetivas e de forma clara, respondem às dúvidas e confirmam que a pessoa a quem se pede consentimento compreende a realidade explicada, as alternativas e as consequências das opções possíveis.

No caso específico do consentimento para a transferência, fomos mais longos... Consideráramos que, dado os condicionamentos aqui antes apontados e o facto de se estar em presença de pessoas bastante vulneráveis, importava

recomendar um processo de consentimento informado longo e tranquilo, sem pressões, em que, perante a recusa de propostas apresentadas, não se fechasse o processo de diálogo. A recusa de consentimento deve ser um estímulo para procurar entender mais cabalmente as razões da recusa, as emoções associadas à mudança, os receios, por vezes infundados, outras vezes justificados e a deverem ser abordados. É preciso continuar a dialogar, a tentar compreender e, sobretudo, a disponibilizar outras soluções que respondam às ansiedades da pessoa.

E – repare – só depois de realizado todo este longo percurso é que, finalmente, o Conselho se refere a “uma taxa semanal progressiva, até ao valor máximo correspondente ao respetivo internamento na RNCCI”. Ora, todo o procedimento que aqui descrevi sucintamente, já faz parte do processo de transição que preconizamos e que exige uma reforçada articulação entre o Serviço Nacional de Saúde (SNS) – sob cuja tutela está o utente da unidade hospitalar – e o Sistema da Segurança Social – sob cuja tutela está o utente da Rede – numa mais próxima articulação dos cuidados a prestar e da proteção a garantir, na promoção de uma transição tranquila, e de uma maior convergência nas condições socioeconómicas de apoio.

É, pois, apenas quando todas estas etapas já foram percorridas e, principalmente, depois de um longo e flexível processo de Consentimento Informado realizado, se a recusa de transição para a Rede se mantiver, perante a existência de cama a menos de 90 minutos da residência habitual e sem custos desproporcionados, que a hipótese de uma taxa moderadora poderá ser equacionada.

E como é que essa taxa promove a equidade?

A equidade corresponde a uma distribuição proporcionada de benefícios e prejuízos entre os cidadãos. Se considerarmos duas pessoas hospitalizadas, mas já com alta clínica, em que uma aceita ser transferida para a Rede, tal como é recomendável, pagando o que lhe é economicamente suportável, e a outra recusa as mesmas condições porque pretende manter-se sem nada pagar, estaremos perante uma situação justa ou injusta? É fácil de concluir que, se as condições devidas forem disponibilizadas, com um pagamento proporcional às posses de cada um, a transferência para a Rede deve ser feita, libertando as camas hospitalares para quem mais precisa – o que é uma questão de justiça para com os doentes graves, para com os cidadãos em geral. Se, mesmo assim, a pessoa hospitalizada se recusar a sair, será legítimo solicitar-lhe a mesma contribuição que pagaria na Rede, a mesma que outras, na mesma situação clínica, pagam na Rede – o que é uma questão de equidade para outros utentes nas mesmas circunstâncias. ■



FRANCISCA BRANCO

“Compete ao Governo criar condições favoráveis para a criação de mais camas”

Em Portugal, e em particular nos Açores, no que se refere aos “casos sociais” dos hospitais, não estamos mais perante um problema de falta de vagas em cuidados continuados e lares do que em recusa efetiva dessa vaga?

É do conhecimento comum que não existem vagas suficientes para as necessidades identificadas. Mas não havendo camas, também não há recusa, não é? A recusa que o Conselho analisa é a que se refere a uma cama vaga, na tipologia de cuidados adequados, a preço proporcional às posses e a um máximo de 90 minutos de distância da residência habitual.

Se estas condições não forem disponibilizadas, a pessoa em causa permanecerá no hospital. Compete, pois ao Governo, nacional e regional, criar condições favoráveis para a criação de mais camas, de acordo com as necessidades da população.

Há outras medidas que poderão ajudar a minimizar este problema que, na maior parte dos casos, não depende efetivamente do utente, mas sim das famílias e da falta de resposta do Estado?

Estas situações dependem de uma confluência complexa de fatores e de circunstâncias, algumas das quais imprevisíveis. O Estado social tem certamente a obrigação de cuidar dos seus

cidadãos em situação difícil. Mas também não é realista colocar todo o ónus no Estado pois este jamais poderá acudir plenamente a todos, a partir dos impostos da população ativa.

Colocar o ónus na família, para além dos co-habitantes, não me parece legítimo... Há muitas famílias fragmentadas e distantes geográfica e afetivamente. Por exemplo, vamos pedir a um filho abandonado pelo pai após um divórcio, que, 20 ou 30 anos depois, sem contacto com o pai, o acolha na sua casa ou lhe pague um lar...?

E o que estamos nós a fazer hoje, enquanto estamos saudáveis e trabalhamos, para acautelar a nossa velhice ou eventuais situações de dependência?

Quanto mais estivermos todos conscientes do problema, da sua gravidade e da urgência de o mitigar, mais depressa e com mais sucesso o conseguiremos ir minimizando. Não há varinhas de condão. E sobretudo, não podemos pensar numa solução idêntica para todos os casos. Cada caso diz respeito a uma pessoa diferente, diferente de qualquer outra pessoa e que tem de ser respeitada na sua singularidade. A exigência ética para que o Conselho chama também a atenção é a de manter a pessoa no centro de todo o processo que lhe diz respeito, no desenhar de uma solução personalizada também. ■

ID: 124605586

25-08-2026

“Os hospitais têm muitas camas ocupadas com pessoas que delas não precisam”

PÁGINAS 6 E 7



FRANCISCA BRANCO