



Instituto Politécnico de Tomar

Escola Superior de Gestão de Tomar

Jorge Miguel Moutinho Mesquita

**Os principais ilícitos e irregularidades no
sector da saúde e as entidades de
supervisão, regulação e de investigação:
Propostas de acção**

Dissertação de Mestrado

Orientado por:

Dr.ª Paula Alexandra da Cruz Silva Pina de Almeida

(IPT – Instituto Politécnico de Tomar)

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Tomar para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão de Recursos de Saúde



Declaração de autoria de trabalho

Declaro ser o autor deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto, nas notas de rodapé e constam da listagem de referências incluída.

Instituto Politécnico de Tomar, Junho de 2016

Jorge Miguel Moutinho Mesquita

Endereço electrónico: <jrgmgl.mqt@gmail.com>

De acordo com a legislação em vigor (Lei n.º 16/2008, de 01 de Abril), não é permitida a reprodução de qualquer parte desta dissertação, salvo solicitação escrita do requerente e autorizada pelo autor.



***“Agora sabemos, que a maior doença de todas não é uma doença.
É a corrupção.***

Mas há uma vacina para isso, chama-se transparência.”

(Paul David Hewnson¹, in Ted 2013: *“As boas notícias sobre a pobreza (Sim, há boas notícias)”*)

“Os médicos têm mais medo dos jornalistas do que dos tribunais.”
(Guilherme Oliveira²)

¹ Conhecido por Bono Vox – vocalista da banda irlandesa U2;

² Jurista e responsável científico do Centro de Direito Biomédico da Universidade de Coimbra;



Agradecimentos

Tendo em conta a importância que este trabalho de investigação acarreta para mim, tanto ao nível de perspectivas profissionais como ao nível de motivação intrínseca, começo por agradecer em primeiro lugar à minha família que vivem em Trás-os-Montes. Obrigado por compreenderem o facto e motivação que me levou de abdicar muitas vezes de estar com eles nestes três últimos anos, a somar ainda os anos de licenciatura, que em ambos os casos reconciliei com o meu trabalho em Lisboa, pois foram muitos dias longe de casa, muitas das vezes passavam-se meses, sem lhes conseguir fazer uma visita, que nem sempre é fácil de digerir.

Agradeço em particular, pelo apoio constante e amizade, durante estes dois últimos anos, à minha orientadora Dr.^ª Paula Almeida, nunca esquecendo aquele que começou por ser o orientador, agora aposentado, Dr. Manuel Baeta Neves, por terem aceitado o convite e pelo contributo dado na recolha, análise e tratamento de informação, pelos conselhos e orientações ao longo do decurso de elaboração desta dissertação.

Também uma palavra especial de reconhecimento ao Professor Dr. Jorge Simões, que coordenou este curso desde o início, gerindo as solicitações de cada aluno e pela sua permanente disponibilidade, de forma a dar a todos, o maior incentivo e orientação.

Agradeço a todos os Professores deste Mestrado, pois devido à sabedoria, competência, experiência de vida e também alguma paciência, nos transmitiram todo o saber adequado à nossa formação.

Por fim, a todos os colegas de Mestrado, que sempre demonstraram, ou melhor, demonstramos, ser uma turma unida (agora desunida), com espírito de equipa em aprender, empreender, pela entreaajuda, *networking* e o bom relacionamento no seio da equipa, valores que sempre estiveram connosco desde o princípio, que fará de nós bons líderes e bons gestores de saúde (certamente para alguns, mas oxalá para todos).

Por fim uma palavra de apreço às várias pessoas que me receberam, deram conselhos e ainda facultaram informação, sendo eles:



- Luís de Sousa – Presidente da TIAC, o meu obrigado pela oportunidade assistir à escola de verão (2013), sobre o mote *“Transparência e integridade: Como sair da crise?”* (por cada dia presente, o meu pensamento dizia: *‘Este não é o meu país, não é o país que eu julgava conhecer (...), mas, este, é realmente o país minado de corrupção em que eu vivo e não me revejo’*);
- António Maia – Técnico superior do CPC, por me ter recebido, pelas sugestões e fornecimento de literacia sobre corrupção;
- Ao Inspector Paulo Alexandre Silva e à Sr.ª Subinspectora-Geral Maria Edite Soares Correia – IGAS, pelo acolhimento e informação facultada.

No fundo, este trabalho é a minha vingança: vingança pelos três anos de licenciatura, a que se juntam outros três para o mestrado (um ano de aulas, mais dois de elaboração da dissertação), vingança às noites de serviço e aulas diurnas, vingança às consecutivas viagens entre o serviço e aulas (Lisboa-Tomar-Lisboa), vingança ao cansaço e ao limite.

Este trabalho veio a suprimir uma falha na minha aprendizagem, pois ao longo destes anos académicos foram várias as disciplinas do ramo direito ligadas à gestão³ (nem outra coisa poderia ser, claro!), não se abordando os ilícitos relacionados com arte da prática médica e, ainda o *‘monstro’* da corrupção, capaz de destruir um povo, uma nação ou uma Democracia. Veio também acrescentar algo mais à minha vertente profissional, que trabalha com o Código Penal 24 horas para combater a *‘ladroagem’* e proteger o cidadão, sobretudo nos crimes contra a propriedade e integridade física.

Afirmo peremptoriamente que em ambos os casos, a responsabilidade médica penal e a corrupção, parti do zero, sem saber o que iria encontrar, o que explorar e para onde caminhar, mas lancei mãos à obra, que custou a erguer, mas fez-se. É caso para dizer que fiz outra pós-graduação.

Termino como comecei, para todos os que me ajudaram, o meu profundo agradecimento, com a consciência de um modo íntegro os recompensar no futuro.

³ Direito administrativo, das obrigações, comercial, do trabalho e ainda Direito e ética na saúde;



Resumo

OBJECTIVO: Pretende-se fazer uma enunciação dos principais ilícitos criminais, práticas e irregularidades, verificados no sector da saúde em Portugal no momento actual (2007-2015). As práticas em referência são cometidos por um conjunto de actores, desde: profissionais de saúde⁴, fornecedores, e até pelos próprios pacientes, que têm entre eles um complexo relacionamento, contrariando as normas e regulamentos vigentes, nas variadas redes de prestadores de saúde⁵ (público, privado ou social). Não se propõe um estudo sobre os ilícitos, praticas e irregularidades por cada autor ou sector, trata-se sim, de apresentar em sentido lato, uma visão holística, exemplificando com as várias notícias dos órgãos de comunicação social. De modo a repor a normalidade, o funcionamento, a segurança, a qualidade e ainda a sancionar ou exercer o poder punitivo contra estes diversos actores, estão na primeira linha de combate um conjunto de entidades oficiais de supervisão (IGAS, ACSS/CCF), regulação (ERS), judicial (TdC/CPC) e de investigação criminal (PGR/MP/DCIAP, PJ), que este estudo também tem por missão dar a conhecer e descrever, quanto: às suas competências e atribuições, actividade realizada e por fim uma descrição sumária de algumas acções noticiadas pelos *Média*.

RESULTADOS: O crime de corrupção e conexos é o mais expressivo (75), comparativamente aos crimes relacionados com cuidados clínicos (29). As práticas de falsificação, fraude e burla predominam nos crimes de corrupção. A prática comum passa pela emissão de receituário **falso**, através do recurso indevido do nome de certos pacientes, obtendo **fraudulentamente**, o valor monetário das elevadas taxas de comparticipação, **burlando** o SNS.

CONCLUSÕES: Sendo a saúde um dos sectores que envolve grandes verbas monetárias, relações complexas e de proximidade entre os diferentes agentes é com toda a transparência um sector vulnerável e ao mesmo tempo atrativo para a prática da corrupção. O ilícito mais visível é a corrupção, com a emissão de receituário falso.

PALAVRAS-CHAVE: Ilícitos na saúde, irregularidades na saúde, fraude na saúde, corrupção na saúde, PPP no sector da saúde, integridade na saúde, fiscalização, inspecção, auditoria, regulação.

⁴ Por uma questão de simplificação consideram-se: Médicos, Médicos Dentistas, Farmacêuticos, Psicólogos Clínicos, Nutricionistas, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, Delegados de Informação Médica (DIM);

⁵ Por uma questão de simplificação consideram-se: Hospitais, Centros de Saúde, Urgências, Clínicas, Consultórios;



Abstract

GOAL: It is intended to make a statement of the main criminal acts, practices and irregularities observed in the health sector in Portugal at the moment (2007-2015). The practices in reference are committed by a group of actors from: health professionals⁶, suppliers, and even by the patients themselves, who have between them a complex relationship, contrary to the current rules and regulations, in the various health care providers⁷ networks (public, private or social). It is not proposed a study on unlawful, practices and irregularities by each author or sector, it is rather to present in a broad sense, an holistic view, exemplifying with various news from the media. In order to restore normality, operation, safety, quality and even to sanction or exercise punitive power against these various actors, they are at the forefront of fighting a number of supervision officials (IGAS, ACSS/CCF), regulation (ERS), judicial (TDC/CPC) and criminal investigation (PGR/MP/DCIAP, PJ), which this study also has the mission to inform and describe, as: their powers and duties, activity performed and finally a brief description of some actions reported by *Media*.

RESULTS: The crime of corruption and related is the most expressive (75), compared to crimes related to clinical care (29). The forgery practices, fraud and swindling predominate in corruption crimes. The common practice passes by issuing false prescriptions, through the improper use of the name of certain patients, obtaining, fraudulently, the monetary value of the high reimbursement rates, bypassing the NHS.

CONCLUSION: As health is one of the sectors involving large monetary funds, complex relationships and proximity between the different actors is, in all transparency, a vulnerable sector and at the same time attractive for the practice of corruption. The most visible crime is corruption, by issuing false prescriptions.

KEY WORDS: Unlawful health, irregularities in health, health fraud, corruption in health, PPPs in the health sector, integrity, health, supervision, inspection, audit, regulation.

⁶ For the sake of simplicity be considered as: Doctors, Dentists, Pharmacists, Clinical Psychologists, Nutritionists, Diagnosis and Therapy Technicians, Medical Information Delegates (MID);

⁷ For the sake of simplicity be considered as: Hospitals, Health Centres, Emergency Room, Clinics, Offices;



Índice

Agradecimentos	iv
Resumo.....	vi
Abstract	vii
Lista de abreviaturas	xii
Terminologias específicas	xiv
Breves notas	xvi
Introdução.....	1
1. Enquadramento geral do trabalho de investigação	6
2. A responsabilidade penal	9
2.1. Análise dos principais crimes relacionados com a prática de cuidados de saúde	15
2.1.1. Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos	16
2.1.2. Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários.....	29
2.1.3. O consentimento	32
2.1.4. O dever de esclarecimento.....	50
2.1.5. Violação de segredo médico	55
2.1.6. Atestado falso.....	62
2.1.7. Recusa de médico.....	66
2.2. Análise ao fenómeno da Corrupção e Infracções Conexas.....	74
2.2.1. Reflexão numa dimensão sócio-legal	77
2.2.2. No Sistema de Saúde	90
2.2.2.1. Dados gerais do fenómeno no Sector da Saúde.....	91
2.2.2.2. Os casos: Corrupção e fraude na prescrição, consultas e cirurgias.....	96
2.2.2.3. As Parcerias Público-Privadas no sector da saúde (PPP)	116
2.2.2.4. Resultados e implicações da corrupção.....	129
3. As principais entidades de supervisão, regulação, judicial e de investigação.....	133
3.1. IGAS – Inspeção-Geral das Actividades em Saúde	133
3.1.1. Enquadramento.....	133
3.1.2. Actividade realizada	136
3.2. ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde	140
3.2.1. Enquadramento.....	140
3.2.1.1. CCF - Centro de Conferência de Facturas da ACSS	141
3.2.1.2. Actividade realizada.....	142
3.3. ERS – Entidade Reguladora da Saúde	144
3.3.1. Enquadramento.....	144
3.3.2. Actividade realizada	145
3.4. TdC – Tribunal de Contas	148
3.4.1. Enquadramento.....	148
3.4.2. Actividade realizada	150



3.5. CPC – Conselho de Prevenção da Corrupção	152
3.5.1. Enquadramento	152
3.5.2. Actividade realizada	154
3.6. PGR – Procuradoria-Geral da República.....	157
3.6.1. Enquadramento.....	157
3.6.2. MP – Ministério Público	158
3.6.3. Actividade realizada	159
3.7. PJ – Polícia Judiciária	161
3.7.1. Enquadramento.....	161
3.7.2. Actividade operacional.....	162
4. Metodologia e dados estatísticos.....	165
4.1. Delineamento da investigação	166
4.2. Caracterização do tipo de investigação	166
4.3. Forma de obtenção dos dados teóricos e estatísticos.....	168
4.4. Análise e interpretação de dados	171
4.4.1. Dados estatísticos dos ilícitos da pratica médica.....	173
4.4.2. Dados estatísticos dos ilícitos de corrupção e infracções conexas.....	177
5. Discussão	179
6. Propostas de acção.....	242
7. Limitações do estudo e linhas de investigações futuras	247
8. Conclusões.....	249
Referências.....	255
Anexos.....	285



Índice de Figuras

FIGURA 2 - CORRUPÇÃO E CRIMES CONEXOS	86
FIGURA 3 - ESQUEMA DE CONFLITO DE INTERESSES.....	105
FIGURA 4 - ENQUADRAMENTO HISTÓRICO (1975-2012).....	133
FIGURA 5 - CLIENTES / STAKEHOLDERS (IGAS)	135
FIGURA 6 - VISÃO GERAL DO ÍNDICE DE PERCEÇÃO DA CORRUPÇÃO (2012).....	301
FIGURA 7 - ÍNDICE GLOBAL DE COMPETITIVIDADE (2013)	301
FIGURA 8 - ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (2005-2012)	302
FIGURA 9 - ANÚNCIO PUBLICITÁRIO DO PRESTADOR PRIVADO SANFIL	302
FIGURA 10 - FOTOS DOS TITULARES DOS ÓRGÃOS PÚBLICOS.....	303
FIGURA 11 - DADOS ESTATÍSTICOS RECEBIDOS DA PGR	304

Índice de Gráficos

GRÁFICO 1 - TEMAS PRIORITÁRIOS PARA OS PORTUGUESES.....	297
GRÁFICO 2 - AS QUESTÕES MAIS IMPORTANTES COM QUE PORTUGAL SE DEPARA	297
GRÁFICO 3 - EVOLUÇÃO DOS ENCARGOS POR TRIMESTRE NO SECTOR DA SAÚDE (2011-2014).....	298
GRÁFICO 4 - PREVISÃO DA EVOLUÇÃO DOS ENCARGOS PLURIANUAIS - MINISTÉRIO DAS FINANÇAS	298
GRÁFICO 5 - PREVISÃO DA EVOLUÇÃO DOS ENCARGOS PLURIANUAIS - TdC.....	298
GRÁFICO 6 - CONFIANÇA NAS INSTITUIÇÕES NACIONAIS EM PORTUGAL E NA UE-25	299
GRÁFICO 7 - INVESTIMENTO EM PPP A NÍVEL MUNDIAL	299
GRÁFICO 8 - ENCARGOS PÚBLICOS COM PPP EM PERCENTAGEM DO PIB	300

Índice de Tabelas

TABELA 1 - PRINCIPAIS CRIMES IDENTIFICADOS NO CÓDIGO PENAL.....	14
TABELA 2 - MANCHETES DE JORNAIS (INTERVENÇÕES E TRATAMENTOS MÉDICO-CIRÚRGICOS)	28
TABELA 3 - MANCHETES DE JORNAIS (INTERVENÇÕES E TRATAMENTOS MÉDICO-CIRÚRGICOS ARBITRÁRIOS) ...	31
TABELA 4 - MANCHETES DE JORNAIS (O CONSENTIMENTO)	49
TABELA 5 - MANCHETES DE JORNAIS (VIOLAÇÃO DE SEGredo MÉDICO).....	61
TABELA 6 - MANCHETES DE JORNAIS (ATESTADOS FALSOS)	65
TABELA 7 - SÍNTESE DESCRITIVA DOS HOSPITAIS PPP E PRINCIPAIS IRREGULARIDADES DETECTADAS	126
TABELA 8 - MANCHETES DE JORNAIS (IGAS)	139
TABELA 9 - MANCHETES DE JORNAIS (CCF).....	143



Os principais ilícitos/irregularidades no sector da saúde e as entidades de supervisão, regulação, judicial e de investigação: Propostas de acção

TABELA 10 - MANCHETES DE JORNAIS (ERS).....	147
TABELA 11 - MANCHETES DE JORNAIS (TDC).....	152
TABELA 12 - MANCHETES DE JORNAIS (CPC)	156
TABELA 13 - MANCHETES DE JORNAIS (PGR).....	160
TABELA 14 - MANCHETES DE JORNAIS (PJ)	165
TABELA 15 - SOLICITAÇÃO DE INFORMAÇÕES ÀS ENTIDADES.....	169
TABELA 16 - PROCESSOS-CRIME, FASE DE JULGAMENTO FINDOS NOS TRIBUNAIS-1ª INSTÂNCIA(2007-2013)	173
TABELA 17 - N.º DE ARGUIDOS, ABSOLVIDOS E CONDENADOS NOS TRIBUNAIS-1ª INSTÂNCIA (2007-2013) .	174
TABELA 18 - PROCESSOS-CRIME DE CORRUPÇÃO E CONEXOS NO QUADRIÉNIO (2009-2013)	177
TABELA 19 - CHECKLIST DAS LIMITAÇÕES E SUGESTÕES FUTURAS	247
TABELA 20 - INDICADORES DE SAÚDE (1981-2013)	287
TABELA 21 - ACTIVIDADE DO CONSELHO MÉDICO LEGAL (2001 - 2014).....	287
TABELA 22 - EXEMPLO DE CENÁRIOS SOBRE CONDENAÇÃO DE COMPORTAMENTOS E PRÁTICAS.....	288
TABELA 23 - INFLUÊNCIAS SOCIOGRÁFICAS NOS JULGAMENTOS DE CORRUPÇÃO	288
TABELA 24 - SELECÇÃO DE DIPLOMAS SOBRE CONFLITO DE INTERESSES E BOA CONDUTA	289
TABELA 25 - PERCEPÇÃO DAS PRINCIPAIS INSTITUIÇÕES AFECTADAS PELA CORRUPÇÃO (2007)	290
TABELA 26 - PERCEPÇÃO DA CONFIANÇA NAS INSTITUIÇÕES JUDICIAIS (2007)	290
TABELA 27 - PERCEPÇÃO DA EVOLUÇÃO DE OCORRÊNCIAS DE PRÁTICAS DE CORRUPÇÃO (2007).....	290
TABELA 28 - ESTIMATIVAS DE ENCARGOS TOTAIS FUTUROS PARA AS PPP JÁ EM MARCHA	291
TABELA 29 - ENCARGOS LÍQUIDOS NAS PARCERIAS EM SAÚDE FACE AO PREVISTO (2011)	291
TABELA 30 - DURAÇÃO DAS FASES DOS PROCESSOS CONCURSAIS DOS HOSPITAIS PPP	291
TABELA 31 - ENCARGOS GLOBAIS LÍQUIDOS ACUMULADOS NAS PPP (2T 2015)	292
TABELA 32 - ENCARGOS ACUMULADOS POR PPP NA SAÚDE (2T 2015)	292
TABELA 33 - RECURSOS HUMANOS DA PJ AFECTOS À INVESTIGAÇÃO E À UNCC (2008-2010).....	292
TABELA 34 - EXEMPLO DE TIPIFICAÇÃO DE CENÁRIOS ADVERSOS POR ÁREA FUNCIONAL	293
TABELA 35 - ENTREVISTA AO MINISTRO DA SAÚDE.....	294
TABELA 36 - DECLARAÇÃO DE PATRIMÓNIO E RENDIMENTOS - INCUMPRIMENTOS (2013).....	295
TABELA 37 - INVESTIMENTO PRIVADO EM COMPARAÇÃO AOS ENCARGOS DO ESTADO NAS PPP	296
TABELA 38 - RECURSOS HUMANOS AFECTOS À OPERACIONALIDADE POR ENTIDADE.....	296



Lista de abreviaturas

SIGLA	Designação
1T, 2T, 3T, 4T	Primeiro, Segundo, Terceiro ou Quarto Trimestre
ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ADSE	Protecção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas
AP	Administração Pública
ARS	Administração Regional de Saúde
ART.	Artigo
CA	Conselho de Administração
CCF	Centro de Conferências de Facturas da Maia
CDOM	Código Deontológico da Ordem dos Médicos
CIT	Contrato Individual de Trabalho
CP	Código Penal
CPC	Conselho de Prevenção da Corrupção
CPP	Código Processo Penal
CRP	Constituição da República Portuguesa
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CTFP	Contrato de Trabalho em Funções Públicas
DCIAP	Departamento Central de Investigação e Acção Penal
DGPJ	Direção Geral da Política de Justiça
DGS	Direção Geral de Saúde
DIM	Delegado de Informação Médica
DL	Decreto-Lei
DR	Diário da República
EPE	Entidade Pública Empresarial
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
GRECO	Grupo de Estados Contra a Corrupção
IGAS	Inspecção - Geral das Actividades em Saúde
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica de Portugal
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
LOPTC	Lei da Organização e Processo do Tribunal de Contas
MAC	Maternidade Doutor Alfredo da Costa
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MJ	Ministério da Justiça



MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
N.º / n.º	Número
NUIPC	Número Único de Identificação do Processo-crime
OCDE	Organização para Cooperação e de Desenvolvimento Económico
OM	Ordem dos Médicos
OPC	Órgão de Polícia Criminal
PÁG.	Página
PGR	Procuradoria-Geral da República
PPP	Parcerias Público-Privadas
PPRIC	Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infracções Conexas
RH	Recursos Humanos
SEE	Sector Empresarial do Estado
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SS	Seguintes
STJ	Supremo Tribunal de Justiça
TdC	Tribunal de Contas
TIAC	Transparência e Integridade, Associação Cívica
TMRG	Tempo Máximo de Resposta Garantido
TRC	Tribunal de Relação de Coimbra
TRE	Tribunal de Relação de Évora
TRG	Tribunal de Relação de Guimarães
TRP	Tribunal de Relação do Porto
UC	Unidade de Conta
ULS	Unidade Local de Saúde
UNCC	Unidade Nacional Contra a Corrupção



Terminologias específicas

«**Acórdão**» quando a sentença é proferida por um Tribunal coletivo ou por um Tribunal de júri ou por um Tribunal de instância superior;

«**Arguido**» é a designação que no processo penal se dá a alguém que, por ser suspeito de ter praticado um crime, está a ser investigado. O suspeito nessa qualidade, goza de um estatuto especial, designadamente um conjunto de deveres e direitos, que lhe são explicados no acto da sua constituição formal;

«**Acto médico**» constitui a actividade de avaliação diagnóstica, prognóstica, de prescrição e execução de medidas terapêuticas relativa à saúde das pessoas, grupos ou comunidades. Constituem ainda actos médicos os exames de perícia médico-legal e respectivos relatórios, bem como os actos de declaração do estado de saúde, de doença ou de óbito de uma pessoa;

«**Conluio**» consiste num acordo secreto em que as partes conspiram para praticar actos (ou omissões) com o intuito de enganar ou defraudar terceiros;

«**Crime conexo ou infracções conexas**» acto em que se obtém uma vantagem (ou compensação) não devida, sendo exemplos, o suborno, o peculato, o abuso de poder, a concussão, o tráfico de influência, a participação económica em negócio e o abuso de poder;

«**Crime**» é uma acção ou um comportamento voluntário típico, ilícito e culposo (ou, nalguns casos, culposos), do qual resulta a violação das normas penais (CP) ou legislação avulsa, isto é, todo o comportamento humano que lesa ou ameaça por em perigo bens jurídicos fundamentais, tais como: vida, integridade física, honra, liberdade, propriedade, património em geral, liberdade de

movimentação, entre outros; Caso se comprove, agente/indivíduo incorre numa pena ou de uma medida de segurança ou medida de correcção (são medidas que se aplicam a jovens delinquentes, com idade inferior a 16 anos - inimputável);

«**Cuidados de Saúde**» entende-se por cuidados de saúde aqueles que são prestados por profissionais de saúde aos pacientes (designadas por consultas), no sentido de avaliar, manter ou reabilitar o seu estado de saúde, incluindo actos como a prescrição, a dispensa e o fornecimento de medicamentos e dispositivos médicos.

«**Desfalque**» situação em que uma pessoa, que ocupa um cargo numa instituição, se apropria, de forma ilícita, de fundos ou bens que lhe foram confiados, para enriquecimento pessoal;

«**Detenção**» consiste na privação da liberdade de um indivíduo por um período máximo de 48 horas, com as seguintes finalidades: ser submetido a julgamento, ser presente ao juiz competente para interrogatório judicial, aplicação de uma medida de coacção, ou para assegurar a presença imediata do detido perante o juiz em acto processual;

«**Diagnóstico**» determinação da natureza de uma doença, após recolha das informações dadas pelo doente, do estudo dos seus sinais e sintomas, dos resultados dos exames laboratoriais;

«**Facto típico**» é o comportamento humano (acção ou omissão) que provoca um resultado (no sentido normativo do termo), e é previsto como infracção penal. É constituído, pela Conduta + Resultado + Nexos Causais + Tipicidade;

«**Investigação criminal**» compreende o conjunto de diligências que, nos termos da lei processual penal, se destinam a averiguar a existência de um crime,



Os principais ilícitos/irregularidades no sector da saúde e as entidades de supervisão, regulação, judicial e de investigação: Propostas de acção

determinar os seus agentes e a sua responsabilidade e descobrir e recolher as provas, no âmbito do processo;

«**Leges artis**» é um complexo de regras e princípios profissionais, acatados genericamente pela ciência médica, num determinado momento histórico, para casos semelhantes, ajustáveis, todavia, às concretas situações individuais;

«**Lesado/Ofendido**» titular do direito de queixa (vítima ou representante legal), que pode ser pessoa coletiva ou singular, que sofreu directamente danos pessoais ou patrimoniais, ocasionados pelo crime;

«**Órgão de Polícia Criminal (OPC)**» toda a entidade e agente policial a quem caiba desenvolver quaisquer actos de investigação criminal, cooperando com as autoridades judiciais no âmbito de um qualquer processo-crime; são órgãos de polícia criminal de competência genérica: a Polícia Judiciária (PJ), a Guarda Nacional Republicana (GNR) e Polícia de Segurança Pública (PSP); a competência específica cabe aos restantes órgãos de polícia criminal (ASAE);

«**Pena**» é o sacrifício imposto ao violador de uma norma, em atenção à sua culpa;

«**Prestador de cuidados de saúde**» profissional ou instituição (pública, privada ou social) envolvida directamente na prestação de cuidados de saúde. Excluem-se as instituições que financiam, pagam ou reembolsam os cuidados de saúde;

«**Prisão**» o indivíduo cumpre esta pena num estabelecimento prisional, ficando privado da sua liberdade; em regra tem a duração mínima de um mês e um limite máximo de 20 anos podendo chegar aos 25 anos em determinados casos previstos na lei (art. 41 e ss. do CP);

«**Processos findos**» processo em que é proferida decisão final, na forma de

acórdão, sentença ou despacho na respectiva instância;

«**Prognóstico**» consiste na apreciação do grau de gravidade e da evolução ulterior (sucede depois) de uma doença, incluindo o seu desfecho. Tem significado mais humano e menos científico que o diagnóstico e o tratamento;

«**Serviço Nacional de Saúde (SNS)**» conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob superintendência ou a tutela do Ministro da Saúde;

«**Suspeito**» toda a pessoa relativamente à qual exista indício de que cometeu ou se prepara para cometer um crime, ou que nele participou ou se prepara para participar;

«**Testemunha**» qualquer pessoa que, independentemente do seu estatuto face à lei processual, disponha de informação ou de conhecimento necessários à revelação, percepção ou apreciação de factos que constituam objecto do processo;

«**Unidade de Conta Processual (UC)**» é a quantia monetária equivalente a um quarto do valor do Indexante dos Apoios Sociais (Lei n.º 53-B/2006, de 29 de Dezembro), arredondada à unidade euro. É actualizada anual e automaticamente de acordo com o IAS. Actualmente corresponde a 102 euros.

«**Urgência médica**» processo agudo, instalado subitamente num indivíduo, que pode ser tratado efectivamente e que, na ausência de um diagnóstico e terapêutica, ou apesar de esta ter sido ministrada, pode conduzir a uma evolução fatal;

«**Vítima**» pessoa sob a qual foi cometido um crime.



Breves notas

1. No presente trabalho não vão ser estudados os ilícitos incluindo a fraude e corrupção por cada interveniente em particular (médico, enfermeiro, administrativo, gestor de saúde ou outros), sendo uma sugestão para futuros trabalhos, mas sim, descreve-los em sentido lato e por fim encontrar dados estatísticos destes ilícitos neste sector (n.º de processos, arguidos e condenados);
2. Sempre que seja utilizado o termo «**paciente**», terá o mesmo significado de doente, de utente, ou de cliente de uma entidade privada de saúde, ou ainda, de cidadão;
3. **O facto de o estudo incidir mais no sector de saúde público, não deve fazer prevalecer a ideia de que os profissionais do sector da saúde público tendem a cometer mais ilícitos ou tendem a ser mais corruptos do que os restantes, pois até ao momento desconhece-se qual o peso relativo que eles representam no universo dos demais funcionários e dos restantes sectores;**
4. Os termos «**conduta desviante**» ou «**desvio de padrões**» integram o conceito de corrupção nas suas várias formas legais;
5. Para uma simplificação de terminologia, sempre que referimos o termo “Fraude”, teremos subjacente o conceito de “Corrupção”. Sempre que estivermos perante uma excepção a esta regra, haverá o cuidado de o referir expressamente.
6. Também em ambas as situações podem ser substituídas pelo termo «conduta desviante»;
7. **Algumas das afirmações na discussão, são vivências empíricas do autor desta dissertação;**
8. Há que considerar uma leitura não viável, quando se analisa o número de arguidos por ano, isto porque muitas das investigações iniciadas apenas levam à identificação de arguidos após alguns anos, **o que indica que esses números em verdadeira realidade possam ser superiores ao conhecido;**
9. Certo vocabulário utilizado pelo autor da dissertação é usado apenas uma plica (‘).



Introdução

Com o surgimento da Democracia e mesmo que com um forte atraso relativamente a outros países desenvolvidos, os Portugueses puderam aceder a um Serviço Nacional de Saúde⁸ (abrange todo o território português), universal (dirigido a todos os cidadãos), geral (abrange todos os cuidados de saúde), tendencialmente gratuito (encargo para o paciente, com efeito dissuador da utilização excessiva), segundo a Constituição da República Portuguesa (art. 64.º - Saúde)⁹ e a lei de Bases da Saúde (Base XXIV - Características). Aliás, para Francisco George (2013), Director-Geral da Saúde, *“Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e conservar. Este dever começa, naturalmente, pelo próprio Estado”*.

Com este advento, não foram só os ganhos em saúde a aumentar, multiplicaram-se o número de prestadores de cuidados de saúde, cresceram as relações económicas neste sector, aumentando a sua complexidade e, conseqüentemente, a possibilidade da existência de ilícitos, irregularidades e conflitos entre os diversos actores. Esta questão é ainda mais real se pensarmos que na área da saúde (tal como noutras áreas) é impossível conceber modelos¹⁰ que antevejam todas as circunstâncias possíveis, e olhando para o Estado como um todo, este, é a principal vítima do seu próprio sistema¹¹, mas também os próprios pacientes.

Se por um lado Portugal, nas últimas décadas assistiu a uma melhoria bastante significativa dos seus indicadores de saúde¹², devido a um conjunto de medidas e

⁸ Faz este ano, dia 15 de Setembro de 2016: 37 anos;

⁹ No primeiro texto constitucional, de 1822, já havia uma referência à saúde no seu artigo 240.º - *“As cortes e Governo terão particular cuidado da fundação, conservação, e o aumento de casa de misericórdia e de hospitais civis e militares, especialmente daqueles que são destinados para os soldados e marinheiros inválidos (...)”*, acessível através do sítio: <<http://www.arqnet.pt/portal/portugal/liberalismo/c1822t6.html>>;

¹⁰ Portugal segue o modelo integrado ou de Beveridge, à semelhança da Inglaterra ou Espanha. Neste modelo o Estado é simultaneamente o proprietário dos equipamentos de saúde, o empregador, o pagador, o regulador da qualidade, o árbitro no racionamento dos recursos e geralmente os cuidados de saúde são gratuitos ou quase gratuitos (Simões, 2009);

¹¹ No caso do crime de corrupção entre outros, por norma não permitem individualizar vítimas em concreto, contudo a sociedade no seu todo, são vítimas da sua ocorrência – designados por crimes sem vítima;

¹² Aumento da esperança média de vida (80 anos), diminuição da mortalidade infantil (2,9‰), diminuição da mortalidade neonatal [>28 dias] (1,9‰) (Ver em anexo: Tabela 20 - Indicadores de Saúde (1981-2013);



reformas¹³ implementadas pelo Ministério da Saúde (MS), sendo que algumas delas ainda estão em curso, com o propósito de melhorar a eficiência e a eficácia do sistema, e previsivelmente, a melhoria da qualidade de vida para população. Por outro lado, há sempre uma ou outra questão impossível de idealizar ou controlar, como é o caso dos **ilícitos** mais graves como a **corrupção (e a fraude)**, pois também nestes se assiste a uma melhoria do seu indicador pelas piores razões, asfixiando o sector.

A principal inspiração para este trabalho, partiu das constantes notícias divulgadas pelos órgãos de comunicação social e de manchetes de jornais, dando conta de um conjunto de factos ilícitos e irregularidades ocorridos no sector da saúde em Portugal, cometidos pelos mais variados actores deste sector, que serão apresentados nesta pesquisa como meros exemplos, abrindo espaço de discussão ao fenómeno da corrupção.

Em termos de investigação científica, este é um tema em que existe diversa informação de natureza criminal '*espartilhada*' pelos diferentes organismos de supervisão, judiciais e de investigação criminal (judiciário), mas muito pouco divulgada, devido ao segredo de justiça e, também pelo segredo profissional (como foi a resposta ao pedido na PJ), sendo esta uma das principais limitações à elaboração deste estudo.

Esta ausência de informação divulgada, realça a importância deste trabalho como sendo supostamente o primeiro a nível académico, a estudar e descrever a evolução estatística dos principais ilícitos no sector da saúde (com destaque para a corrupção) e o papel das respectivas instituições de supervisão, regulação, judiciais e de

¹³ A reforma dos CSP (extinção das subregiões de saúde e criação dos ACES; gestão partilhada dos CSP com as autarquias; médico de família para todos os pacientes Portugueses; revisão da legislação sobre USF/UCSP); A evolução da rede nacional hospitalar (concentração de vários hospitais em Centros Hospitalares e expansão das ULS; diretiva dos Cuidados de Saúde Transfronteiriços; plataforma de dados em saúde; sistema de registo e codificação dos dispositivos médicos; centralização das compras e serviços partilhados); A expansão da Rede Nacional de Cuidados Integrados – RNCCI (visa a prestação de cuidados de saúde a pessoas em situação de dependência ou reabilitação); Política do medicamento (visa a redução do preço e o incentivo à utilização de genéricos – quota de 60%; avaliação de tecnologias da saúde); Nos Recursos Humanos (revisão do internato médico; avaliação dos profissionais médicos; estruturação e desenvolvimento das carreiras médicas); e ainda, a revisão legal sobre as Terapêuticas Não Convencionais e a integração dos diferentes subsistemas públicos de saúde no SNS;



investigação, acabando por ser um estudo relevante, tanto a nível académico como do interesse do público em geral, que certamente servirá de inspiração a futuros trabalhos. Quais os tipos de crime comuns no sector da saúde? Quais os principais ilícitos da actividade médica? Quais as praticas de corrupção existentes entre os diversos actores? Será que há um perfil delineado de corrupto no sector da saúde? Quais as irregularidades encontradas? Quais as competências e atribuições das principais entidades visitadas no trabalho de campo? O que divulgam os *Média* e o seu poder de responsabilização social? Estas e outras perguntas são alvo de análise deste trabalho de investigação.

A escolha do título para esta dissertação, manteve-se inalterado desde o início, que fez deste estudo algo demasiado abrangente, abarcando uma serie vasta de livros, relatórios, legislação, temas, notícias, deambulando por um conjunto de ilícitos, condutas e práticas corruptas, áreas vulneráveis e principais riscos associados.

No que concerne à estrutura deste trabalho de investigação, este está dividido em 8 capítulos. O primeiro capítulo faz referência ao enquadramento geral do trabalho de investigação, tendo como alicerce de fundamentação a Lei de Bases da Saúde, o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde e a Lei Orgânica do Ministério da Saúde.

O segundo capítulo é constituído por dois subcapítulos principais: no primeiro subcapítulo, descreve-se uma síntese teórica sobre os principais ilícitos da prática médica, ou seja, trata-se de rever as normas qualificadas como crime á luz do Código Penal português (CP) e que estejam enquadradas com o sector da saúde; no segundo subcapítulo faz-se uma abordagem em especial ao tema da corrupção e infracções conexas, que Lopes (2011:84) sublinha que a corrupção está associada ao “(...) *abuso da função pública em benefício privado*”, dando a conhecer num primeiro momento (estado da arte) os aspectos sócio-legais sobre o tema, seguindo-se uma descrição pelas várias condutas desviantes que foram possíveis recolha através de documentos/relatórios oficiais ou complementando-se com os vários casos noticiados, e ainda, os vários factores de risco associados às Parcerias Público-Privadas (PPP) no sector da saúde.



No terceiro capítulo são apresentadas as principais instituições de supervisão (com poderes legais de fiscalização, inspecção e auditoria), de regulação e por fim entidades pertencentes ao sector judicial e de investigação. Neste capítulo são apresentadas 8 entidades a quem se recorreu no pedido de várias informações (ou através dos seus sítios oficiais) para a elaboração deste estudo e que se pretende fazer uma descrição das suas competências legais e actividade realizada.

No quarto capítulo apresenta-se a metodologia usada na abordagem teórica e quantitativa, expõe-se os dados estatísticos sobre os principais ilícitos que foram possíveis de recolha (n.º de processos, arguidos, condenados e absolvidos), facultados pela Procuradoria-geral da República (PGR) e pela Direção-Geral da Política de Justiça (DGPJ), expondo as principais conclusões a retirar. De salientar que foi ainda efectuada uma entrevista escrita ao Ministro da Saúde a que não se obteve resposta.

Segue-se o quinto capítulo com a discussão, confrontando e relacionando todos os assuntos de uma forma estruturada, abordados nos capítulos anteriores e corroborando com algumas observações vividas.

O sexto capítulo é referente às propostas de acção que de uma forma agrupada enuncia todas as propostas referidas ao longo do estudo, sucedendo-se o sétimo capítulo que apresenta uma checklist das limitações do trabalho e sugestões para futuras investigações.

Por último, o oitavo capítulo respeitante às conclusões deste trabalho, onde se descreve sumariamente os principais pontos a reter.

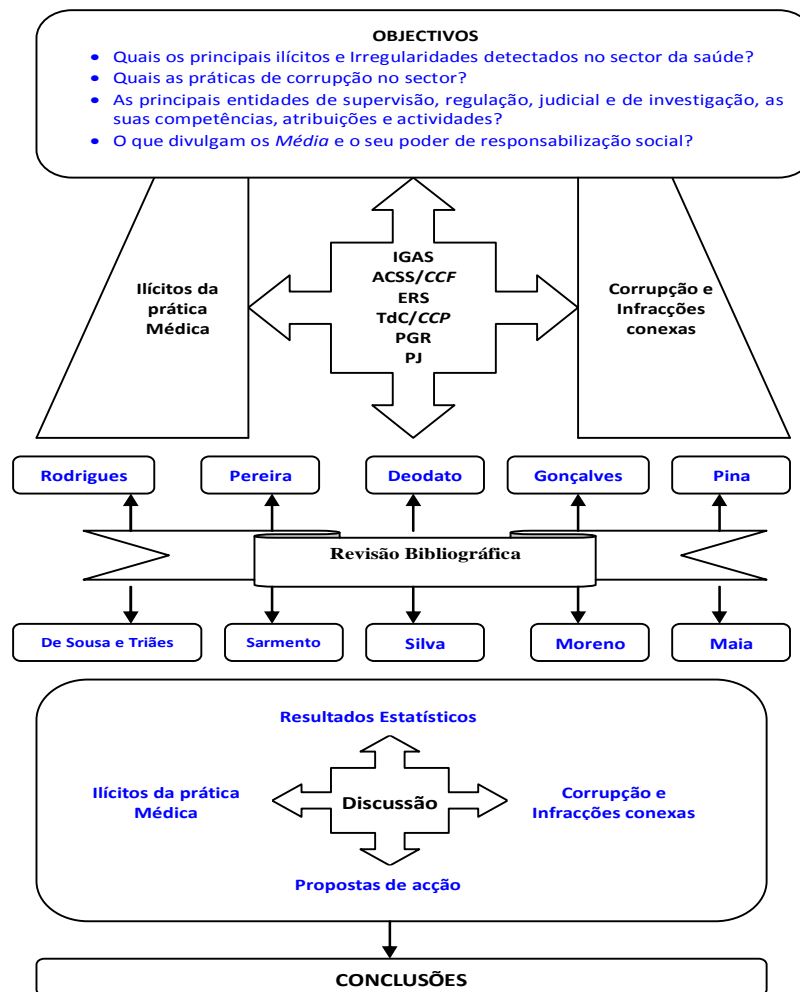
Pode-se afirmar que somente o quarto capítulo integra uma abordagem quantitativa, de acordo com um conjunto de documentos estatísticos facultados. Todos os restantes capítulos são teóricos, descritivos e de âmbito qualitativo, porque houve necessidade de pesquisar na bibliografia nacional, a matéria relativa aos ilícitos/irregularidades frequentes no sector da saúde: a legislação existente, obras de referência e artigos científicos.



Após este estudo, o passo seguinte será fazer o transporte de notícias mediáticas da prática clínica ilícita e de casos de corrupção no sector da saúde para a 'Blogosfera', como 'arma de transparência' de certas práticas e condutas desviantes 'ocultas' para o domínio público.

Para encerrar este capítulo, importa dizer que se optou por criar um texto com uma linguagem fluente e compreensível a qualquer leitor, simplificando a linguagem mais tecnicista para não gerar confusão, com rigorosidade neste sentido, recorrendo sobretudo à sua exemplificação através notas de rodapé (leis, artigos, fontes, significados, exemplos, hiperligações ao vasto conjunto de casos noticiados, entre outros) que complementam ou fundamentam o estudo.

Figura 1 – Estrutura esquemática da dissertação



Fonte: Elaboração própria



1. Enquadramento geral do trabalho de investigação

A Lei de Bases da Saúde¹⁴, na Base I – Princípios gerais, do seu n.º 4 e Base XXXIX – Organizações de saúde com fins lucrativos, n.º 1 referem respectivamente o seguinte: ***“Os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos.”***, e ***“(...) estão sujeitas a licenciamento, regulação e vigilância de qualidade por parte do Estado”***¹⁵. Também é referido na Base III – Natureza da legislação sobre saúde, o seguinte: ***“A legislação sobre saúde é de interesse e ordem públicos, pelo que a sua inobservância implica responsabilidade penal, contraordenacional, civil e disciplinar”***¹⁶. Estes são os três aspectos focados nesta pesquisa, ou seja, avaliar a informação que tem por base geral actos ou práticas que tiveram origem nos vários profissionais de saúde, pertencentes ao sector público, privado e social (sem diferenciação), descrever e analisar irregularidades que por sua vez podem dar origem a ilícitos no âmbito do Código Penal português¹⁷ e, referir o papel das diferentes entidades de supervisão, regulação, judicial e de investigação criminal, quanto às suas competências, actividades e acções protagonizadas e noticiadas pelos órgãos de comunicação social, como explica De Sousa (2011:73) ***“(...) os média recorrem às fontes judiciais (...), a fim de assumirem perante a sociedade uma função de justiça que o próprio aparelho de justiça não consegue providenciar de maneira satisfatória”***.

Também de acordo com Maia (2011:3), a maioria das notícias ***“(...) apresentam uma correspondência directa com processos judiciais em curso, (...) e sempre que envolvam figuras de destaque da vida social e política da nossa sociedade”***, como são neste contexto, os médicos e outro pessoal clínico, os dirigentes dos conselhos de

¹⁴ Lei n.º 48/1990 de 24 de Agosto – 2.ª versão (alterada pela Lei 27/2002, de 8 de Novembro);

¹⁵ Enquadrado com a CRP: artigo 64.º - Saúde (n.º 3 alínea d)) – estabelece como função do Estado ***“disciplinar e fiscalizar”*** a actividade privada da saúde e de grosso modo também o sector cooperativo e social;

¹⁶ Explica Deodato (2012:28) que a Base III atribui aos cidadãos garantias que residem na ***“(...) responsabilidade que o autor da violação das normas assume, quando pratica actos que lesem os direitos das pessoas protegidas pela lei”***;

¹⁷ DL n.º 48/1995, de 15 de Março – 36ª versão (alterado pela Lei n.º 30/2015, de 22 de Abril);



administração (CA) dos prestadores de cuidados de saúde, ministros e ex-Ministros da saúde que ao longo do estudo serão ‘alvejados’.

O Estatuto do Serviço Nacional de Saúde¹⁸, no seu artigo 38º, confere **poderes ao Estado de fiscalização** perante as instituições, serviços e estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde (públicos, privados e sociais), para que estes garantam a qualidade¹⁹ dos cuidados de saúde. Contudo, este diploma apesar de fazer referência à fiscalização, não refere especificamente que entidades são, daí existirem um conjunto alargado de entidades do Estado que exercem funções de inspecção, fiscalização e auditoria quase em paralelo ou em articulação, fazendo por vezes praticamente o mesmo trabalho de campo.

Deste modo, teremos que recorrer à Lei Orgânica do Ministério da Saúde²⁰, para ficarmos conhecedores das entidades que prosseguem atribuições de Inspeção, Auditoria e Fiscalização na saúde, e, a par destas, uma **Entidade Administrativa Independente**, vulgo ERS, cuja principal competência é a de regulação do sistema de saúde.

Para esta investigação, do vasto leque de entidades a quem se poderia recorrer para analisar o tema e pontos propostos, que poderão ser alvo de pesquisas futuras²¹, fez-se uma selecção daquelas que no campo das suas atribuições e competências estão relacionadas com esta temática. Deste modo, as entidades a quem se recorreu nos mais variados pedidos de informação ou através da pesquisa de informação nos sítios oficiais foram: a **Inspeção-Geral das Actividades em Saúde**²² (IGAS), a **Administração**

¹⁸ DL n.º 11/1993, de 15 de Janeiro;

¹⁹ Donabedian (1980) distingue dois elementos básicos na determinação da qualidade dos cuidados médicos na ótica do paciente:

- Qualidade técnica: é a aplicação da ciência e da tecnologia na cura de modo a maximizar benefícios de saúde sem aumentar os riscos;
- Qualidade funcional: são aspectos como o conforto e cortesia, a atenção e a dignidade no tratamento;

²⁰ DL n.º 124/2011, de 29 de Dezembro;

²¹ Administrações Regionais de Saúde, Serviços Partilhados do MS, Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros, Sindicatos, INFARMED, Provedor de Justiça, Organismos Especializados de Combate à Corrupção, Organismos de Investigação Criminal;

²² Administração Directa do Estado – entidade que depende directamente dos Órgãos do Governo;



Central do Sistema de Saúde²³ (ACSS), através da sua Unidade operacional denominado por **Centro de Conferências de Facturas** (CCF), e por fim, a entidade administrativa independente de supervisão e regulação, designada por **Entidade Reguladora da Saúde** (ERS). Outras entidades referidas fora do círculo do sistema de saúde, são designadamente, o **Tribunal de Contas** (TdC), o **Conselho de Prevenção da Corrupção** (CPC), a **Procuradoria-geral da República** (PGR), e a **Unidade Nacional Contra a Corrupção** (UNCC) da **Polícia Judiciária** (PJ).

As acções levadas a cabo por estas entidades têm como objectivo repor a normalidade e funcionamento dos diversos organismos de saúde, públicos ou privados, emitir pareceres, recomendações de melhoria da adequação das actividades e responsabilizar/sancionar e penalizar os infractores. A responsabilidade incutida aos infractores pode revestir uma ou mais de três formas nos termos da legislação aplicável: disciplinar – administrativo/corporativo (nível interno), civil – contratual e extracontratual (na qualidade de funcionário), ou ainda, a mais grave, criminalmente.

Para que não restem dúvidas, para este estudo exploratório, apenas se incidirá sobre a **responsabilidade penal** dos vários profissionais de saúde e de outros actores no **Sistema de Saúde português**, com maior incidência no sector público, cujas estatísticas analisadas foram facultadas por entidades oficiais. As restantes formas de responsabilidades são uma sugestão para futuras investigações.

Como estamos a tratar de um sector específico, teremos que falar no seu sistema (referido anteriormente) para ficarmos a conhecer a sua estrutura. Neste contexto, o **Sistema de Saúde** é o conjunto constituído pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais liberais que acordem com o SNS a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades (Base XII – Sistema de Saúde, da Lei de Bases da Saúde).

²³ Administração Indirecta do Estado – entidade com alguma autonomia face aos Órgãos do Governo;



2. A responsabilidade penal

A mais grave forma de responsabilidade em que os vários profissionais deste sector podem incorrer no exercício das suas funções, pela gravidade das consequências e prejuízos de variada natureza que daí podem originar (exemplos: no caso do médico²⁴ - perigo para a saúde, incapacidade, violação da integridade física, a morte do paciente, prescrição fraudulenta; no caso gestor de saúde – má gestão do prestador, conflitos de interesses), é chamada de responsabilidade penal.

Antigamente, o exercício da Medicina era visto como um paternalismo clínico²⁵ (*‘praticamente extinto!’*), ou seja, o doente adoptava uma atitude de resignação, não tinha direito à opinião, sujeitando-se a qualquer tratamento do médico, sem porventura conhecer o diagnóstico, o tratamento a que era submetido, o acto cirúrgico, os riscos, o prognóstico, a possibilidade de dar a sua opinião ou mesmo o seu consentimento para os realizar, não existindo qualquer tipo de responsabilização quanto às más práticas ou resultados, já que o velho ditado expressava que *“(...) o insucesso ou mau êxito do tratamento eram encarados como a obra do destino”*²⁶ (Rodrigues, 2007:295), considerados nos dias de hoje na Medicina Moderna e no plano legal, uma violação jurídica ao direito da liberdade, da autodeterminação e da integridade física do corpo e da saúde, dando ao paciente a possibilidade de decidir o que fazer com o seu corpo e a sua saúde.

A quantidade de casos que dão entrada nas entidades judiciais sobre responsabilidade penal médica *“(...) são muito reduzidos, e os que são julgados raramente são punidos,*

²⁴ Por médico e para o exercício da medicina, deve-se entender aquele que estiver inscrito na Ordem dos Médicos, segundo o *“artigo 8.º - Da Inscrição”* do DL n.º 282/1977, de 5 de Julho - Estatuto da Ordem dos Médicos;

²⁵ Como explica Rodrigues (2007:310-311) recorrendo à obra de Guilherme Freire de Oliveira (1999:60) *“(...) recomendava-se ao médico que escondesse tudo o que pudesse ao paciente, devendo mesmo desviar a atenção deste do que fazia e ocultando o prognóstico que formulava”*.

A partir de 1982, o paternalismo foi-se desvanecendo com a introdução do consentimento informado na legislação penal, que na sua falta, constitui um crime contra a liberdade pessoal, punível com pena de prisão até 3 anos ou pena de multa (CP: artigo 156.º - Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários); Alves (2011:15) diz que o paternalismo *“Foi abolido em resultado das mudanças sociais e políticas que a 2ª Guerra Mundial desencadeou, mormente com a maior protecção dos Direitos Fundamentais do Homem”*;

²⁶ Citação que deriva da expressão latina: *“medicus curat, natura sanat morbus”*;



por ausência denexo de causalidade entre o erro médico e a ofensa à integridade física ou a morte do doente” (Pina, 2013:229). Também esta questão é referida por Pereira (2007) que conclui o seguinte: “Embora o número de queixas e acções tenha vindo a aumentar substancialmente, são poucos os lesados que conseguem ver ressarcidos os seus danos”, defendendo uma proposta de acção com a “(...) possibilidade de criação de um sistema alternativo de compensação de danos médicos”. Também Rodrigues (2007:270, 291) profetiza que em Portugal “(...) ainda não se possa falar de um número considerável de processos-crime contra médicos no exercício da sua profissão, ao contrário do que sucede em vários outros países, vão progressivamente aumentando os de «negligência médica» nos nossos tribunais”, que representam mais de 80% dos delitos cometidos por médicos. Já num estudo casuístico sobre os litígios entre os profissionais de saúde e pacientes, demonstra que “(...) é cada vez maior o número de profissionais de saúde que vêm as suas condutas submetidas à apreciação dos tribunais” (Paula Bruno, 2011).

Segundo um estudo (dissertação) da farmacêutica Lígia Ernesto (2012), que se dedicou à temática dos erros, negligência, e outros eventos adversos dos profissionais de saúde publicados na comunicação social (1974 – 2011), depois de analisados 210 casos, dá conta que o tempo médio dos tribunais a decidir um caso, situava-se nos 7,8 anos. Dois dos processos apenas demoraram 4 anos, enquanto quatro processos demoraram 12 anos a resolver. Durante a pesquisa para o presente trabalho, foi descoberta uma notícia no Jornal Correio da Manhã (2013a)²⁷, de um caso ocorrido em 1991, no Hospital do Barreiro (integrado actualmente no Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE), que demorou 19 anos até ir a julgamento (1994-2013) por negligência médica (ao paciente que sofrera de um acidente de mota, foi-lhe imputado parte da perna esquerda, por não ser detectado atempadamente que tinha uma artéria esmagada).

²⁷ Acessível através do link: <<http://www.cmjornal.xl.pt/mundo/detalhe/acordo-em-tribunal-deu-72-mil--a-vitima-de-negligencia.html>>;



Para além da morosidade e dos custos dos processos, também a condenação por negligência médica ou do erro médico é quase uma ‘ficção’ em Portugal, devendo-se mormente à subjetividade da medicina (não é uma ciência exacta) ou ainda demonstrar que o médico errou. Porém, uma das últimas sentenças que vieram a público (Diário de Notícias, 2015a)²⁸, chegou até ao Supremo Tribunal de Justiça dando razão à Vítima, resultando na condenação do médico a pagar solidariamente com o hospital, uma indemnização de 304 mil euros a uma paciente que ficou com o intestino perfurado durante uma colonoscopia (decisão considerada inédita e que fará jurisprudência na área da negligência médica).

Ainda neste âmbito, um artigo de opinião, Pedro Meira e Cruz (2012)²⁹ enuncia que uma das formas adequadas e cada vez mais procurada para celeridade nos processos (prévia à intervenção judicial) é a opinião médica complementar (segunda opinião). Também o médico Gonçalo Castanheira (2013), que dedicou a sua dissertação de mestrado à “*Responsabilidade profissional em saúde*”, ao analisar 66 processos do concelho de Coimbra (2001-2010), expõe que 18,18% dos pareceres do Conselho Médico-Legal concluíam que a actuação dos profissionais não tinha sido a mais adequada.

O Conselho Médico - Legal do Instituto Nacional Médico-Legal e Ciências Forenses (INMLCF) que é o órgão responsável por emitir pareceres sobre questões técnicas e científicas no âmbito da medicina³⁰, ao qual os tribunais recorrem frequentemente com o objectivo de sanarem todas as dúvidas sobre situações complexas provocadas pela actuação dos profissionais de saúde, registou desde 2001 até 2014 uma evolução

²⁸ Acessível através do link: <<http://www.dn.pt/portugal/interior/supremo-condena-medico-a-pagar-304-mil-euros-por-perfurar-intestino-4865436.html>>;

²⁹ Director da Best Medical Opinion (empresa que disponibiliza pareceres médicos). Artigo de opinião acessível em: <<http://www.advocatus.pt/opini%C3%A3o/6310-neglig%C3%Aancia-m%C3%A9dica-a-morosidade-nos-tribunais.html>>;

³⁰ DL n.º 166/2012, de 31 de Julho: artigo 7.º – Conselho Médico – Legal;



do número de pedidos de pareceres técnicos³¹, sextuplicando-se, ou seja, passou de 32 processos recebidos em 2001 para 213 em 2014.

É referido no preâmbulo de Pina (2013) que a decisão penal de uma conduta médica deve também acorrer ao Código Deontológico³² da classe médica “(...) *devendo ser um precioso auxiliar dos tribunais, para poderem decidir acerca da ilicitude da conduta médica*”. Também no Estatuto Disciplinar dos Médicos³³, no seu “artigo 3.º - *Responsabilidade disciplinar e criminal*”, refere que “*A responsabilidade disciplinar perante a Ordem dos Médicos coexiste com quaisquer outras previstas por lei*”, do mesmo modo que a ERS (2009:71) é unânime ao esclarecer que “(...) *as normas deontológicas têm de se subordinar à legislação ordinária*”. De acordo com Pereira (2007) “(...) *a violação dos protocolos ou das reuniões de consenso fazem presumir uma violação das *leges artis**”³⁴. Neste contexto, importa também referir Rodrigues (2007:125), que esclarece que “(...) *também as regras deontológicas hão-de considerar-se regras jurídicas e, conseqüentemente vinculantes para os seus destinatários quando emanadas dos «organismos representativos das diferentes categorias morais, culturais, económicas ou profissionais no domínio das suas atribuições»*”³⁵.

Logo daqui conclui-se, tendo em conta as declarações destes autores, que a responsabilidade criminal/penal do médico só deve ser considerada, quando do resultado da conduta que levou à violação dos deveres e regras de natureza ética implícitos no CDOM, directivas, protocolos (*guidelines*) ou outros, são de tal forma grave, que para além da aplicação do Estatuto Disciplinar do Médico (ou outros regulamentos de âmbito disciplinar), se torna necessário recorrer às normas jurídicas penais.

³¹ Ver em anexo: Tabela 21 - Actividade do Conselho Médico Legal (2001 - 2014);

³² Regulamento n.º 14/2009, de 13 de Janeiro;

³³ DL n.º 217/1994, de 20 de Agosto;

³⁴ São leis e regulamentos da arte médica (ver significado em Terminologias específicas [Pág. xiv]);

³⁵ Código civil: artigo 1.º n.º 2 - Fontes imediatas;



Casos como, uma distração, imprudência (forma de evitar perigos/fazer o que não se deve), imperícia (falta de conhecimento técnicos), falta de destreza (carência de aptidões para o exercício da profissão), um diagnóstico incoerente (não se enquadra à realidade patológica do paciente), desleixo, fadiga, precipitação, a má utilização de alta tecnologia, administração de fármacos complexos, a não observação de regras e princípios³⁶ constantes nos regulamentos, directivas, protocolos (*guidelines*), código deontológico, livros especializados e pareceres entre outros variadíssimos exemplos, podem levar a uma ofensa à saúde ou integridade física do paciente de tal gravidade, conduzindo a uma responsabilização de âmbito penal.

Dentro desta responsabilização penal, não nos devemos esquecer do velho princípio universal do direito probatório *“in dubio pro reo”*³⁷ – em dúvida, o direito deve favorecer o réu/arguido, ou ainda, do velho ditado da Constituição, *“Todo o arguido se presume inocente até ao trânsito em julgado da sentença de condenação (...)”*³⁸.

Neste contexto jurídico, teremos que analisar quais as práticas médicas e outros actos que os vários actores do sector da saúde possam habitualmente cometer, consubstanciando-se num crime. Esta análise é feita com recurso ao Código Penal português, pois não havendo crime sem que a lei o preveja³⁹, apenas esta ferramenta nos pode dar a resposta a esta questão, pois possuímos *“(...) um código penal dos mais avançados em matéria de delitos médicos”* mas também *“(...) extremamente parco”* (Rodrigues, 2007:12).

³⁶ Estas regras e princípios são designadas por *“Leges Artis”*;

³⁷ Respeitante a este princípio, vem o acórdão do STJ (2009) dizer o seguinte: *“Não existindo um ónus de prova que recaia sobre os intervenientes processuais e devendo o tribunal investigar autonomamente a verdade, deverá este não desfavorecer o arguido sempre que não logre a prova do facto”*, acessível em: <http://www.dgsi.pt/jstj.nsf/954f0ce6ad9dd8b980256b5f003fa814/886ad227bc3cd9238025759900482d5d?OpenDocument>;

³⁸ CRP: art. 32.º (n.º 2) - Garantias de processo criminal;

³⁹ CRP: art. 29.º (n.º 1) – Aplicação da lei criminal, *“Ninguém pode ser sentenciado criminalmente senão em virtude da lei (...)”*;

Princípio da tipicidade – o comportamento ou acto só pode ser qualificado como crime, se tiver expressamente descrito nas normas penais, sem recurso à analogia;

Convenção Europeia dos Direitos do Homem: art. 7.º (n.º 1) - Princípio da legalidade, *“Ninguém pode ser condenado por uma acção ou uma omissão que, no momento em que foi cometida, não constituía infracção, segundo o direito nacional ou internacional. Igualmente não pode ser imposta uma pena mais grave do que a aplicável no momento em que a infracção foi cometida”*;



Por conseguinte, feita uma pesquisa ao CP, foi possível verificar um conjunto de normas criminais, que foram seleccionadas com o cuidado de serem as *'principais'*, enquadradas com o sector da saúde, havendo dentro do possível uma diferenciação quanto ao autor, sendo elas:

Tabela 1 - Principais crimes identificados no Código Penal

CÓDIGO PENAL	
Crimes no âmbito da prática médica ou dos cuidados de saúde	Crimes no âmbito da Corrupção e infracções conexas
Artigo 149.º - Consentimento	
Artigo 150.º - Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos	Artigo 335.º - Tráfico de influências
Artigo 156.º - Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários	Artigo 363.º - Suborno
Artigo 157.º - Dever de esclarecimento	Artigo 373.º - Corrupção passiva
Artigo 195.º - Violação de segredo	Artigo 374.º - Corrupção activa
Artigo 260.º - Atestado falso	Artigo 375.º - Peculato
Artigo 284.º - Recusa de médico	Artigo 377.º - Participação económica em negócio
Artigo 383.º - Violação de segredo por funcionário	Artigo 379.º - Concussão
	Artigo 382.º - Abuso de poder

Fonte: Elaboração própria com recurso ao CP

Certamente que haverá outros crimes que sejam susceptíveis de serem cometidos pelos profissionais deste sector, mas que não se enquadram neste estudo, pois estamos a restringir o estudo aos *'principais'*, ou seja, um grupo restrito de normas do CP, que para esta dissertação, ocupará um conjunto vasto de autores, legislação e notícias a analisar, delimitando-se a sua análise (estado da arte) ao essencial.

Optou-se por distinguir os crimes relacionados com a prática de cuidados de saúde dos crimes de corrupção e infracções conexas, visto que os primeiros se destinam a um grupo específico de sujeitos e, este último, por ser um fenómeno complexo e multidimensional, agrega não só os profissionais relacionados com a prática clínica,



como um conjunto de outros actores⁴⁰ que se relacionam com este sector. Optou-se também por fazer uma interpretação aos crimes relacionados com a prática médica ou de cuidados de saúde, por serem específicos deste sector, enquanto nos crimes de corrupção e infracções conexas, se optou por fazer uma introdução ao tema através de uma reflexão ao fenómeno no âmbito social e legal, identificando um conjunto de comportamentos patológicos que potenciam ou permitem uma cultura de corrupção, enquadrando-se de seguida este fenómeno com o sector da saúde.

2.1. Análise dos principais crimes relacionados com a prática de cuidados de saúde

Pretende-se neste subcapítulo, analisar os principais ilícitos criminais da actividade médica acima descritos, reduzindo-se ao **essencial** e de modo isolado (apesar de estarem interligados num sistema de normas jurídicas), de modo a não alongar demasiado esta análise⁴¹, uma vez que um outro objectivo do estudo é dar a conhecer a evolução estatística destes ilícitos, inculcando no leitor uma visão mais extensiva sobre a temática.

Esta análise aos artigos do Código Penal português (que não dispensam ou substituem a consulta da legislação), é feita em consonância com alguns artigos do Código Deontológico da Ordem dos Médicos (CDOM), que definem regras de conduta para os profissionais do sector (Rodrigues, 2007; ERS, 2009 e Pina, 2013), bem como outra legislação avulsa⁴² e a referência a casos que vêm a domínio público por via dos meios de comunicação social.

De salientar que se recorreu a importantes citações bibliográficas, onde se evidencia a literatura do excelente estudo do Meritíssimo Doutor Juiz Álvaro Rodrigues⁴³, da vasta

⁴⁰ Ligados à área da gestão/administração e administrativos, negócios, política, indústria farmacêutica ou em particular o paciente;

⁴¹ Certo é, que cada um deles daria uma dissertação e um trabalho com uma dimensão maior;

⁴² Nomeadamente da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina;

⁴³ Responsabilidade médica em direito penal – Estudo dos pressupostos sistemáticos;



compilação normativa do Professor Catedrático José Esperança Pina⁴⁴, a artigos científicos, a ‘papers’ e, por fim, a alguns acórdãos das instâncias judiciais que fazem enriquecer o estudo.

Por conseguinte, o ponto de partida começa por uma norma inovadora, que torna lícita a conduta que é típica, e posteriormente o consentimento informado, que é causa da justificação da ilicitude.

2.1.1. Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos

Artigo 150.º do Código Penal Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos
1 - As intervenções e os tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as <i>leges artis</i> , por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física. 2 - As pessoas indicadas no número anterior que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos violando as <i>leges artis</i> e criarem, desse modo, um perigo para a vida ou perigo de grave ofensa para o corpo ou para a saúde são punidas com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias, se pena mais grave lhes não couber por força de outra disposição legal.

O “**artigo 150.º - Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos**”, prevê um crime que só pode ser praticado por alguém qualificado (específico próprio), ou seja, pelo médico ou por pessoa legalmente autorizada ou equiparada a levar a cabo a intervenção ou o tratamento⁴⁵ (Rodrigues, 2007:183; Acórdão TRC, 2014).

Neste artigo inserem-se dois enunciados: o primeiro, expressa a atipicidade das intervenções médico-cirúrgicos, o segundo, declara a típicidade das intervenções médico-cirúrgicos que violem as “*Leges Artis*” e deste modo criarem perigo ao paciente, “(...) *perigo este que, no entanto, não tem por causa uma concreta ofensa corporal*” (Acórdão TRC, 2014).

⁴⁴ Ética, deontologia e direito médico;

⁴⁵ Salienta Rodrigues (2007:39-40) para se considerar válido qualquer tratamento ou intervenção, de modo a não constituir uma **ofensa** à integridade física, são necessários quatro requisitos cumulativos: ser efectuado por médico ou pessoa legalmente autorizada; a intenção curativa; ser medicamente indicado; e, ter em consideração as “*Leges Artis*”; caso contrário, a sua exclusão poderá reverter no crime das “*Intervenções ou tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários*” ou violação das “*Leges Artis*” (artigo 156.º e 150.º [n.º2] do CP, respectivamente);



Recorrendo-se ao Acórdão TRC (2014)⁴⁶, retém-se que são os elementos constitutivos do crime de intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos (art. 150.º n.º2): a realização de intervenção ou tratamento por médico ou outra pessoa legalmente autorizada, com propósito curativo; a violação das “Leges Artis”⁴⁷; a criação de perigo para a vida ou perigo de grave ofensa para o corpo ou para a saúde, em consequência da inobservância *das “Leges Artis”*; e, o dolo (conhecimento e vontade de praticar o facto – violação das *“Leges Artis”* e a criação de perigo).

Assim, refere aquele acórdão, que não estará preenchido este tipo de crime (pelo que preenche outros tipos), *“(...) quer quando o dolo do agente abarca a ofensa grave à integridade física ou a morte”*, nestes casos, os tipos preenchidos serão o de ofensa à integridade física e o de homicídio (respectivamente), quer quando a conduta típica (a intervenção ou um tratamento com propósito terapêutico com violação das *“Leges Artis”*) tiver ocorrido por negligência.

Também é este o entendimento de Paula de Faria (1998:226) descrito em Rodrigues (2007:248) que escreve o seguinte: *“Se o agente não observa na execução das intervenções as referidas “leges artis”, passa a estar-se tipicamente perante uma ofensa da integridade física (já que afasta a aplicação do artigo 150.º) que, salvo exceções, se deixa enquadrar neste tipo legal (e isto uma vez que, por via de regra, a actuação do profissional de saúde não é dolosa)”*⁴⁸.

⁴⁶ Acessível através do sítio da internet:

<<http://www.dgsi.pt/jtrc.nsf/8fe0e606d8f56b22802576c0005637dc/221af72962b0078880257c910057bd89?OpenDocument>>;

⁴⁷ A generalidade da doutrina considera a violação das *“Leges Artis”* como a *“(...) inobservância de qualquer dos diferentes deveres de cuidado que impedem sobre o médico na diversidade das circunstâncias, modalidades de acção e sucessivos estádios do iter terapêutico”* (Rodrigues, 2007:246 citando Costa Andrade, 1991:482);

Na opinião de Rodrigues (2007:252) diz que não há resultados ilícitos mas sim condutas ilícitas, já que qualquer acto médico violador das *“Leges Artis”* representa sempre uma ofensa corporal, pelo que não se pode ficar dependente do resultado;

⁴⁸ A autora refere os seguintes exemplos: o médico não analisa devidamente os elementos constantes da ficha clínica do seu doente e lhe administra um medicamento errado, ou o cirurgião se esquece inadvertidamente de uma gaze dentro do campo operatório terminada a operação, desencadeando uma forte infecção;

Outros exemplos negligentes são: o médico que procede a uma anestesia geral sem previamente se certificar sobre o estado cardíaco do paciente; impor determinado tratamento sem o estabelecimento prévio do diagnóstico mediante a observação e exame do paciente, ou ainda, proceder à amputação de um



O acórdão do TRE (2010)⁴⁹ é unânime ao decidir que os actos médicos negligentes, não se enquadram nesta tipificação (art. 150.º n.º 2), mas em outros tipos de responsabilização subsidiária.

Acórdão TRE (2010) intervenção e tratamentos médico-cirúrgicos; Violação das "leges artis" (...)
1. O crime de intervenção e tratamentos médicos com violação das "leges artis" é doloso. O dolo tem de abarcar para além da intervenção com violação das leges artis, a criação do perigo (para a vida, de grave ofensa para o corpo ou para a saúde). 2. Por isso que não se enquadra na configuração do crime a que se reporta o n.º2 do art. 150.º do Código Penal, a apreciação do comportamento do médico em termos de negligência, sem prejuízo da sua responsabilização por outras vias.

Tomando os factos existentes no acórdão TRC (2014) a título de exemplo, em que um ortopedista (arguido) alega que não lhe pode ser imputada qualquer culpa⁵⁰ no agravamento de uma necrose (morte de um tecido ou de parte de um tecido [ósseo, cutâneo, vascular, etc.] de causa infecciosa), por não existir nexo de causalidade⁵¹ entre a omissão de marcação de consulta⁵² e o dano verificado⁵³, pelo que vinha a ser acusado e culpado pelos crimes Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos, Ofensa à integridade física grave e Ofensa à integridade física por negligência⁵⁴. No

membro ou à ablação (acção de tirar) de um órgão, sem avaliação exacta da patologia e do estado do enfermo (Rodrigues, 2007:290);

⁴⁹ Acessível através do sítio da internet:

<<http://www.dgsi.pt/jtre.nsf/134973db04f39bf2802579bf005f080b/b2e4fba68a712d6180257de100575003?OpenDocument>>;

⁵⁰ Código Penal: artigo 40.º (n.º 2) - Finalidades das penas e das medidas de segurança, "Em caso algum a pena pode ultrapassar a medida da culpa.";

Código Penal: artigo 71.º (n.º1) - Determinação da medida da pena, "A determinação da medida da pena, dentro dos limites definidos na lei, é feita em função da culpa do agente e das exigências de prevenção";

Por força desta norma, a culpa surge como pressuposto ou condição necessária da aplicação da pena, "(...) pois sem culpa não há pena e a culpa decide da medida da pena" (Rodrigues, 2007:263, 267);

Afirmava Mezger que a concepção normativa da culpa recai "(...) sobre dois valores fundamentais de toda a sociedade humana: o indivíduo e a comunidade", e, continuando dizia: "(...) culpa significa sempre o pecado do indivíduo contra a comunidade e, como tal a sua necessidade de responsabilidade" (Rodrigues, 2007:258);

⁵¹ O acórdão do TRG (2004) sublinha o seguinte: "(...) conclui-se que para que o resultado em que se materializa o ilícito típico possa fundamentar a responsabilidade não basta a sua existência fáctica, sendo necessário que possa imputar-se objectivamente à conduta e subjectivamente ao agente. Significa isto que a responsabilidade apenas se verifica se existir um nexo de causalidade entre a conduta do agente e o resultado ocorrido", (Acessível através do sítio da internet: <<http://www.dgsi.pt/jtrg.nsf/0/0d1cadacfea689a980256ee000465987?opendocument>>);

⁵² Descreve o acórdão que o MP deu "(...) como provado que o arguido, enquanto médico, estava em condições de saber que, violava as regras da sua profissão, não cuidando de efectuar prescrição de antibioterapia e de estabelecer uma vigilância mais apertada, cerca de 7 a 10 dias sobre a alta hospitalar, conforme lhe era exigido pelos conhecimentos médicos que possuía, e que tal consulta de vigilância com a prescrição de antibioterapia, teria evitado o perigo de vir a desenvolver-se uma necrose";

⁵³ No recurso à primeira instância judicial, o arguido vem a alegar que, não lhe pode ser imputado "(...) qualquer culpa na ocorrência ou agravamento da necrose se a consulta que se entendeu que deveria ter marcado e não marcou não iria servir para a despistar mas sim para outros fins";

⁵⁴ CP: artigo 150.º n.º2, artigo 144.º, alíneas a) e d) e artigo 148.º, n.º 3 (respectivamente);



recurso à sentença em primeira instância, a entidade judicial absolveu o ortopedista daqueles crimes, condenando-o agora pela prática de um crime de Ofensa à integridade física por negligência⁵⁵ (art. 148.º [n.º 1] do CP) e obrigado a indemnizar a vítima (ou assistente) em €3.000, a título de danos não patrimoniais.

Pela primeira parte da norma (n.º1), fica estabelecido que dada uma determinada intervenção médica que por regra constitui agressão à integridade física ou à vida do paciente por parte do médico ou outra pessoa legalmente autorizada, mas, desde que respeitando as “*Leges Artis*” e os mais requisitos do artigo 150.º (n.º1) (que se descrevem a seguir), esta norma afasta a criminalização da actividade de saúde ou da tipicidade dos crimes de ofensa à integridade física (simples ou grave) ou do crime de homicídio⁵⁶ (Gonçalves, 2009 e Deodato, 2012:141), caso contrário, se não for realizada de acordo com as “*Leges Artis*”, a segunda parte norma (n.º2) tipifica como um dos crimes subsidiários de acordo com a lesão sofrida (resultado típico).

Importante é referir neste encadeamento, que a violação dolosa das leis da arte médica “(...) só é punível como crime autónomo, de perigo concreto, **quando acarrete perigo para o corpo, saúde ou vida do paciente**”, caso contrário, daí resultar “(...) **uma ofensa no corpo ou na saúde do paciente**”, terá que se fazer o uso da expressão penal do “artigo 143.º - Ofensa à integridade física simples”⁵⁷, ou dito de outra forma, só preencherá o crime de ofensas à integridade física “(...) desde que resulte daí uma ofensa no corpo ou na saúde do paciente”, ou ainda, se actuação for negligente e não resultar numa ofensa, a factualidade torna-se atípica, como refere Rodrigues (2007:246-247, 249) proferindo Lesseps dos Reys e Rui Pereira (1990:37) e ainda Figueiredo Dias (1984:72).

⁵⁵ Segundo o Acórdão TRC (2014), são elementos constitutivos deste tipo de crime:

- Que o agente ofenda o corpo ou a saúde de outra pessoa;
- Que a ofensa tenha sido praticada por negligência.

⁵⁶ Artigos: 143.º, 144.º e 131.º do CP (respectivamente);

⁵⁷ Em relação à integridade dos pacientes, Rodrigues (2007:247-248) cita Jean Penneau (1990:37), para dizer que na actividade médica “(...) não se saberia exercer eficazmente medicina, sem produzir, quase diariamente, ofensas à integridade corporal dos pacientes”;



Contudo, opinião contrária tem o próprio Rodrigues (2007:249-250), defendendo que é do entendimento da nossa jurisprudência que, dada uma qualquer violação das leis da arte médica (presume-se que seja independentemente de existir ou não dolo) se considere uma ofensa à integridade física (art. 143.º e ss) mesmo que dessa intervenção não venha a causar no paciente “(...) *qualquer lesão*⁵⁸ *corporal, incapacidade, sofrimento ou mesmo dor*”, sendo também este o entendimento referido anteriormente por Paula de Faria (1998:226).

A título de exemplo análogo, o acórdão do STJ (1991)⁵⁹ proferiu o seguinte: “*Integra o crime do artigo 142.º do Código Penal [correspondente ao actual art. 143.º] a agressão voluntária e consciente, cometida à bofetada, sobre uma pessoa, ainda que esta não sofra, por via disso, lesão, dor ou incapacidade para o trabalho*”.

Daqui resulta na minha opinião, que o entendimento que tem Rodrigues (2007:249-250) fundamentada assertivamente pelo acórdão do STJ (1991), o mesmo vai contra a fundamentação de alguns autores citados anteriormente, no que se refere à conduta violadora da “*Legis Artis*” e daí resultar ou não numa ofensa para o paciente (resultado ilícito), se considere efectivamente uma violação típica à norma do “*artigo 143.º - Ofensa à integridade física simples*”. Daqui sugere-se às mais altas instâncias judiciais, que entrem num consenso, confrontando as opiniões destes diversos autores (também juristas⁶⁰): Rui Pereira (1990:37) e de Figueiredo Dias (1984:42) em contraste com a opinião fundamentada de Rodrigues (2007:249-250) e demais jurisprudência (STJ, 1991; TRC, 2014), para que se possa aplicar uma só correta orientação, no sentido de deixar de haver divergências entre decisões judiciais.

⁵⁸ Na opinião de Rodrigues (2007:249) é considerada lesão, uma simples alteração anátomo-morfológica, se diminuir o bem jurídico saúde ou se afectar, ainda de modo reversível, o organismo do paciente, que derive de uma intervenção médica desrespeitando as regras da arte médica;

⁵⁹ Acessível através do sítio da internet:

<<http://www.dgsi.pt/jstj.nsf/954f0ce6ad9dd8b980256b5f003fa814/4870085648ffd0d5802574420048d9bd?OpenDocument>>;

⁶⁰ Álvaro da Cunha Gomes Rodrigues - Juiz Conselheiro do Supremo Tribunal de Justiça;
Rui Carlos Pereira - exerce a actividade de Jurisconsulto (dá pareceres sobre questões jurídicas) e exerceu a actividade de Advogado (1983-1990), dedicando-se ao Direito Administrativo e ao Direito do Trabalho;
Jorge de Figueiredo Dias - Professor catedrático de Direito Penal, Processo Penal e Ciência Criminal;



Ademais, Rodrigues (2007:59) recorrendo ao prof. Costa Andrade, salienta o facto de qualquer intervenção médico-cirúrgica com violação ou violação dolosa das “*Leges Artis*”, “(...) *configura uma ofensa corporal típica e como tal deve ser tratada*”, ou ainda no caso de provocar um **perigo para a vida**, configurar um crime punível pelo “*artigo 144.º - Ofensa à integridade física grave*” alínea d) face ao artigo 150.º n.º 2, que é designada como norma subsidiária.

Artigo 144.º do Código Penal

Ofensa à integridade física grave

Quem ofender o corpo ou a saúde de outra pessoa de forma a:

a) Privá-lo de importante órgão ou membro, ou a desfigurá-lo grave e permanentemente;

(...)

d) **Provocar-lhe perigo para a vida;**

é punido com pena de prisão de dois a dez anos.

Um exemplo claro de ofensas à integridade física (entre vários) noticiado e bastante conhecido, é o caso do médico oftalmologista holandês⁶¹, acusado pelo Ministério Público (MP) de quatro crimes de ofensa à integridade física (por negligência grave ou grosseira⁶²), na sequência de um paciente ficar totalmente cego e três perderam a visão num dos olhos, devido a infecções contraídas após o acto cirúrgico em 2010, na clínica de que é proprietário em Lagoa (Algarve), falhando nos deveres de cuidado e na desinfecção e limpeza da clínica. Foi condenado a pena suspensa de quatro anos e oito meses de prisão e a pagar 15 120 euros ao Centro Hospitalar de Lisboa Central (pelos tratamentos adequados aos pacientes), e 5000 euros ao Centro Helen Keller (apoia pacientes com problemas visuais).

A ERS (2009:67-68) bem como Rodrigues (2007:232, 244-245, 247), referem que as intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos não constituem **ofensas corporais**, desde que se verifiquem os seguintes requisitos cumulativamente:

⁶¹ Fontes: Jornal de Notícias (2015), acessível através do link::

<http://www.jn.pt/PaginaInicial/Seguranca/Interior.aspx?content_id=4356822&page=-1>;

Telejornal da RTP1 (2015), acessível através do link:

<<http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=799030&tm=8&layout=122&visual=61>>;

⁶² Ver Nota de rodapé n.º 71;



- 1) Dois elementos objectivos: **a) Indicação médica**⁶³; **b) Leges Artis** — “(...) *intervenções e tratamentos, que segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as «Leges Artis»*”.
- 2) Dois elementos subjectivos: **b) Agente** — “(...) *médico ou outra pessoa legalmente autorizada*”; **c) Finalidade terapêutica** — isto é, sejam empreendidos “(...) *com intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental*”;

Não menos importante neste artigo 150.º, é o requisito da observância das regras da arte médica (elemento objectivo), cuja sua violação é o que se designa muitas das vezes por erro médico, que é definido como “(...) *todo o erro em que incorre o médico no tratamento dos seus doentes*”, ou ainda, “(...) *a conduta profissional inadequada resultante de uma utilização de uma técnica médica ou terapêutica incorrectas que se revelam lesivas para a saúde ou vida do doente*”⁶⁴.

⁶³ A indicação médica sendo um requisito objectivo, que no texto da lei (CP), é referida como indicação das intervenções e dos tratamentos, “(...) *segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina*” (excluídos estarão os métodos terapêuticos ou cirúrgicos não cientificamente convalidados), não deve ser confundido como um requisito subjectivo que é o da intenção terapêutica — “*intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental*” (Rodrigues, 2007:233);

⁶⁴ Rodrigues (2007:245, 291) citando respectivamente Eberhard Schmidt (1939:138) e Germano de Sousa (1999:12-14);

Rodrigues (2007:245) conclui que a “(...) *área da violação das leges artis não é inteiramente coincidente com o erro médico, pois pode haver violação das leges artis sem que, necessariamente ocorra um*” erro médico “(...) *e nem todo o erro médico há-de ser consequência necessária de uma violação das leges artis*”.

Em síntese, o erro médico configura-se como uma falha profissional do ponto de vista técnico, mas, nem todo ele é consequência necessária da violação (dolosa ou negligente) das “*Leges Artis*” (são exemplos de meros erros, os chamados de erros acidentais, que podem ocorrer apesar de todos os cuidados tomados: a lesão do nervo facial na remoção cirúrgica de um tumor da parótida; uma complicação cardíaca durante o acto anestésico; rutura de um aneurisma durante uma intervenção cirúrgica), isto é, nem todo o erro médico assume relevância jurídico-penal (por ausência de culpa, dada inexistência de violação do dever de cuidado), só apenas aquele que é susceptível de integrar o preenchimento de um tipo de ilícito criminal (ofensas à integridade física, homicídio) (Rodrigues, 2007:287-289, 293, 296, 298).

Pina (2013:203) clarifica que as especialidades mais propícias de ocorrer “*erros médicos*” são: a Anestesiologia, os Cuidados Intensivos, a Hemoterapia, Patologia Clínica e as Cirurgias que envolvem alta tecnologia. Também no estudo de Lígia Ernesto (2012), lê-se que é nas Urgências, na Cirurgia e na Obstetrícia que mais erros ocorrem, nomeadamente erros de diagnóstico e complicações pós-operatórias.

De momento não são conhecidos estudos quanto à sua dimensão e impacto (estima-se entre 1300 a 2900 mortes/ano), pelo que é motivo de sugestão, pois nesta temática é “(...) *ponte de um enorme iceberg oculto*” como afirmam os autores José Fragata e Luís Martins (2008), no seu livro intitulado “*O erro em medicina*”;



Se do erro assumir relevância jurídico-penal e originar uma ofensa típica, há que distinguir se o erro foi cometido a título de dolo ou com negligência, já que estas duas formas acarretam penalizações diferentes. Por exemplo, em caso de dolo, há que determinar se foi uma ofensa corporal simples (art. 143.º do CP), grave (art. 144.º do CP), qualificada pelo resultado (art. 145.º do CP) ou privilegiada (art. 146.º do CP). Em caso de negligência (art. 148.º do CP), para além da pena ser substancialmente inferior, o médico pode mesmo ficar isento da pena, se do acto ofensa não resultar doença ou incapacidade para o trabalho por mais de 8 dias.

Na observância das *“Leges Artis”* no seu esplendor, o médico não é obrigado a trilhar rigorosamente por um só caminho ou seguir uma determinada escola médica, isto é, o médico tem a liberdade de optar pelos meios diagnósticos e de tratamento a realizar, tal como é referenciado no preceito do *“artigo 142.º - Liberdade de escolha dos meios de diagnóstico e tratamento”* do CDOM, caso contrário, impedia-se toda e qualquer evolução (Rodrigues, 200:246).

**Artigo 142.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos
Liberdade de escolha dos meios de diagnóstico e tratamento**

1 — A liberdade de escolha pelo médico dos meios de diagnóstico e tratamento não pode ser limitada por disposição estatutária, contratual ou regulamentar, ou por imposição da entidade de prestação de cuidados médicos.

2 — O disposto no número anterior não impede o controlo médico hierarquizado do acto médico, o qual deve realizar -se sempre no interesse do doente.

(...)

Qualquer intervenção medicamente indicada que produziu resultados indesejáveis (morte, agravamento da doença ou das lesões), só relevará como ofensa corporal típica, quando resultar da violação das *“Leges Artis”* (independentemente do consentimento dado), e na falta de consentimento não constituirá um crime contra a integridade física, mas sim uma violação contra a liberdade e direito à autodeterminação, consagrado no *“artigo 156.º do CP – Intervenções e tratamentos médicos cirúrgicos arbitrários”* (ERS, 2009:68; Pereira, 2004). Resumindo *“(…) as intervenções e tratamentos que correspondam ao exercício consciente da actividade*



*médica não constituem quaisquer ofensas corporais, mas podem ser punidos como tratamentos arbitrários*⁶⁵.

As intervenções e tratamentos urgentes (estado de necessidade), dispensam a obrigação de obter o consentimento do doente, dos seus familiares mais próximos, do representante legal, ou não se consiga saber ou conhecer qual a vontade do doente, presumindo-se que quem se encontre naquelas situações quer viver, pelo que daria sempre o seu consentimento (Pina, 2013:160).

Para estas situações, deve-se considerar o regime do consentimento presumido (falta do consentimento), nos termos dos artigos 39º e 149º do CP (ERS, 2009:67-68).

Artigo 39.º do Código Penal Consentimento presumido
1 - Ao consentimento efectivo é equiparado o consentimento presumido. 2 - Há consentimento presumido quando a situação em que o agente actua permitir razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no facto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado.

Artigo 149.º do Código Penal Consentimento
1 - Para efeito de consentimento a integridade física considera-se livremente disponível. 2 - Para decidir se a ofensa ao corpo ou à saúde contraria os bons costumes tomam-se em conta, nomeadamente, os motivos e os fins do agente ou do ofendido, bem como os meios empregados e a amplitude previsível da ofensa.

Na doutrina portuguesa, *“(...) as intervenções que ocorrem em campo ainda não cobertos pelos conhecimentos e experiência da medicina, (...) ou ainda não suficientemente comprovadas”* constituem sempre ofensas corporais, salvo se da justificação para exclusão da sua ilicitude, estiver uma eventual relevância nos termos gerais do consentimento do ofendido ou do estado de necessidade. Perante isto, o médico que em Portugal queira ou resolva experimentar no paciente (desenganado), um determinado método terapêutico ainda não suficientemente comprovado e que não esteja integrado nos protocolos (*guidelines*) de tratamento médico – as *“Legis Artis”*, poderá a vir a ser acusado e responsabilizado por ofensas corporais (Rodrigues, 2007:233 cita Figueiredo Dias, 1984:68).

⁶⁵ ERS (2009:68) e Rodrigues (2007:230) citam Edmond Mezger (advogado criminalista penal alemão);



Explica Rodrigues (2007:235-236) para efeitos de exclusão da tipicidade de ofensas corporais ou à integridade física, basta um tratamento ou um fármaco surtir efeito positivo numa aplicação terapêutica e “(...) divulgada em congresso, em publicação científica médica ou até pela internet” para se considerar válido o requisito da “(...) experiência da medicina” (embora se desconheçam todos os efeitos secundários e resultados estáveis, que leva anos a comprovar), porém, tais actos só devem valer em situações extremas (o Direito não deve prevalecer sobre o bem jurídico Vida) e sem qualquer outra esperança de vida⁶⁶ como acontece nas situações terminais.

Neste rumo Rodrigues (2007:235-236) descreve o ensinamento de Bockelmann citado em Costa de Andrade (1991:470), segundo o qual “(...) aplicar o único meio que garante alguma esperança face à ameaça da morte será melhor do que não fazer nada”. Salaria que esta questão não é pacífica que, em caso de vida ou morte, a aplicação de um tratamento que ainda não suficientemente comprovado, mas que já registou êxito terapêutico e publicado em fontes médicas fidedignas, “(...) não encerra qualquer desvalor de acção para poder ser incriminada”.

O mesmo acontece comparativamente com as infecções ou infecções hospitalares, que constituem uma percentagem elevada de causas de morte. Assim, perante uma infecção bacteriana multirresistente, “(...) o médico não deverá hesitar em lançar a mão a um antibiótico de nova geração, surgido recentemente no mercado” (Rodrigues, 2007:238), sem grandes provas de ensaios clínicos⁶⁷ que, por um lado, se o paciente ao

⁶⁶ Sendo esse medicamento ou o tratamento a última esperança de vida do paciente, e desde que se obtenha o seu consentimento de livre e espontânea vontade, o médico pode aplicar um dado tratamento ou intervenção, sem que seja acusado do crime de ofensas à integridade física;

⁶⁷ Em termos práticos, dificilmente se procederá à terapêutica de fármacos que não estejam razoavelmente comprovados, uma vez que a sua introdução no mercado é controlada pelo INFARMED. O regime jurídico dos medicamentos de uso humano (DL n.º 176/2006, de 30 de Agosto) no seu “artigo 14.º - Autorização” estabelece o seguinte: “Salvo disposição em contrário, a comercialização de medicamentos no território nacional está sujeita a autorização do órgão máximo do INFARMED, I.P.”.

Todo o processo experimental de qualquer fármaco até à sua introdução no mercado farmacêutico (farmácias, estabelecimentos clínicos, hospitais, etc.) tem um caminho longo a percorrer (métodos de controlo e resultados dos ensaios físico-químicos, biológicos, microbiológicos, toxicológicos, farmacológicos e clínicos), que nos termos do n.º 1, alínea a) do “artigo 171.º - Obrigações específicas” daquele diploma diz o seguinte: “Os titulares de autorização de introdução no mercado devem: Registar todas as suspeitas de reacções adversas na União Europeia ou em países terceiros de que tenham conhecimento, independentemente de as mesmas



não ser tratado, conduzirá fatalmente à morte ou à sua incapacidade, e por outro lado, reina a esperança que o tratamento se torne eficaz, pelo que a incerteza do tratamento conduzirá às melhoras do paciente (ou em último caso tudo foi feito para evitar a morte). Também nestes casos Rodrigues (2007:238), defende que o médico não deve ser “(...) acusado de um crime de ofensas à integridade física, com base no facto de o antibiótico utilizado não ter sido suficientemente experimentado pela medicina”.

Ficam excluídas do âmbito do artigo 150.º, os métodos de terapia excêntricos, como é o caso dos chamados métodos naturalistas, da homeopatia⁶⁸ e o reiki⁶⁹, em relação à medicina convencional ou institucionalizada e situações de experimentação pura⁷⁰ como é o caso das investigações biomédicas (Rodrigues, 2007:241-243).

Daqui conclui-se que a indicação médica (elemento objectivo) “(...) afasta os tratamentos e métodos ainda não cientificamente convalidados, bem que como os métodos de terapêutica excêntricos em relação à medicina académica ou institucionalizada” (Rodrigues, 2007:232, citando Costa de Andrade (1991:307).

Importa também dizer que, qualquer tratamento terapêutico comporta uma componente experimental ou vertente de ensaio clínico, já que cada paciente é um

terem sido notificadas espontaneamente por doentes, ou profissionais de saúde (...). As reacções adversas, também conhecidas por «efeitos secundários», podem ser comunicadas também pelos pacientes, através da Internet - Portal RAM: <<https://extranet.infarmed.pt/page.seram.frontoffice.seramhomepage>>;

⁶⁸ É um método de tratamento baseado na ideia de que os sintomas e as doenças podem ser combatidos com substâncias ou medicamentos capazes de provocar os mesmos sintomas numa pessoa, (Fonte: <<http://www.infopedia.pt/termos-medicos/homeopatia>>);

Os medicamentos homeopáticos diferenciam-se de outros tipos de medicamentos devido aos métodos de fabrico utilizados na sua preparação e pela forma como são prescritos. A preparação de medicamentos homeopáticos envolve a utilização de quantidades mínimas de substâncias activas (Fonte: INFARMED);

⁶⁹ Forma de terapia de origem japonesa que consiste na aplicação da energia vital através das mãos, com o objectivo de restabelecer o equilíbrio físico, emocional e espiritual; (Fonte: <<http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/reiki>>);

⁷⁰ Para explicar o conceito Rodrigues (2007:242) cita Costa Andrade (1991) o seguinte: “(...) trata-se pela positiva, de intervenções que prosseguem finalidades exclusivamente científicas, (...) figurando o paciente como mero objecto e não como beneficiário. Pela negativa, as intervenções que não visam curar (diagnosticar, prevenir e debelar) doenças que atinjam o paciente, antes estão pré-ordenadas à prossecução de valores comunitários supra individuais;

O n.º 2 do artigo 1.º do DL n.º 97/1994 de 9 de Abril define «ensaio clínico» “(...) todo o estudo sistemático com medicamentos a realizar em seres humanos, saudáveis ou doentes, com o objectivo de investigar ou verificar os efeitos e ou identificar qualquer efeito secundário dos medicamentos (...)”;



caso específico, divergindo nas reacções adversas para uma mesma patologia (Rodrigues, 2007:243).

Importante é o seguinte facto que Rodrigues (2007:230) refere sobre o médico e o seu dever: *“O médico não tem o dever jurídico de curar o doente, até porque tal não depende exclusivamente da sua vontade, mas tem o indeclinável dever de empreender o tratamento que, de acordo com as regras da ciência médica (...), é considerado como adequado à cura ou, pelo menos, a proporcionar ao doente alguma qualidade de vida compatível com a dignidade do ser humano”*.

Contudo, no âmbito do direito penal, o médico terá que ter presente a separação entre dois conceitos, a *“Legis Artis”* e o *“Consentimento”*, pois o cumprimento das *“Legis Artis”* sem se verificar o consentimento do paciente, decorre da possibilidade de uma acusação ou culpa⁷¹ pelo artigo do subcapítulo seguinte.

⁷¹ Código Penal: artigo 13.º - Dolo e negligência

“Só é punível o facto praticado com dolo ou, nos casos especialmente previstos na lei, com negligência”;

Chama-se atenção para a parte final desta norma, pelo que um comportamento do médico doloso, há-de sempre considerado um ilícito típico, não significa que a mesma conduta, praticada por negligência, seja considerada criminosa, apenas puníveis os casos especialmente previstos na Lei (Rodrigues, 2007:272-273); Segundo Rodrigues (2007:267-270) recorrendo a Figueiredo Dias (1995:150-171), são designados por *“tipos de culpa”*, o dolo e a negligência. Por dolo (a mais grave) corresponde uma atitude e vontade pessoal contrária ou indiferente à violação do bem jurídico penalmente tutelado (tem a intenção de ...), enquanto a negligência corresponde a uma atitude pessoal e descuidada ou leviana face a tal violação. Realça-se que a *“(…) larga maioria das infracções criminais dos médicos são cometidas a título de negligência”*;

A negligência divide-se em dois tipos: simples ou grosseira/temerária (elevada perigosidade ou violação grave de qualquer norma elementar de cuidado (Rodrigues, 2007:272);

São exemplos frequentes de negligência (grosseira) as que integram erros de tratamento: o ginecologista que contamina a paciente por falta de cuidados de assepsia (ausência de micróbios); troca de produto a administrar, como adrenalina por atropina, podendo desencadear a morte, em anestesia geral (Rodrigues, 2007:297 compilando exemplos da obra de W. Lacerda Panasco, 1984:63);



Tabela 2 - Manchetes de Jornais (Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos)

Manchetes de Notícias		Descrição Sumária
1.º	<i>Negligência médica fica impune</i> ⁷²	Os factos remontam a Outubro de 2002, durante uma leitura errada de uma ecografia por duas obstetras, em que a bexiga cheia foi confundida com uma bolsa gestacional vazia (uma gravidez anembriónica - saco sem embrião), procederam ao esvaziamento uterino, através de aspiração. Foram acusadas dos crimes de ofensa grave à integridade física e de violação das regras da profissão. Ficou provado que houve erro e negligência médica por violação das “ <i>Leges Artis</i> ”, todavia absolveu as duas obstetras, porque a queixa/denúncia foi realizada fora do prazo (6 meses).
2.º	<i>Cateter esquecido no braço de criança</i> ⁷³	Uma criança com três anos ficou com um catéter no braço esquerdo depois de ter estado internada no Hospital de Bragança. O catéter não terá sido devidamente retirado ficando alojado parcialmente no pulso, sendo submetido a cirurgia pelo que foi impossível retirá-lo, por ser “(...) demasiado fino e está difundido com os tecidos” (explicações do Hospital), pode agora ficar para sempre no braço e ser absorvido pelo organismo ou manifestar-se mais tarde através de um calo, havendo então, a necessidade de uma pequena cirurgia para o remover.
3.º	<i>Jovem morreu após fazer uma lipoaspiração</i> ⁷⁴	Em Janeiro de 2008, uma jovem morreu três dias depois de fazer uma lipoaspiração, devido a uma tromboembolia pulmonar (obstrução da artéria que alimenta os pulmões). Após a operação, a paciente queixou-se de vômitos, tonturas e dores, tendo-lhe sido receitado pelo médico responsável pela cirurgia antibióticos, analgésicos e anti-inflamatórios. O médico acabou por ser acusado pelo MP de homicídio por negligência.
4.º	<i>Cegos de Santa Maria. Defesa responsabiliza coordenadora do serviço pelo incidente</i> ⁷⁵	Um farmacêutico e uma técnica estão acusados pelo crime de “ <i>ofensa à integridade física grave, com dolo eventual</i> ”, pela troca de medicamentos que provocou a cegueira a seis pacientes no Hospital de Santa Maria – Lisboa (os factos remontam a Julho de 2009). No despacho consta que farmacêutico recebeu seis prescrições médicas para preparação de oito seringas de Bevacizumab (Avastin). Depois de imprimir os mapas de produção e produzir os rótulos, a técnica foi ao frigorífico buscar o tabuleiro onde se encontravam cerca de 15 alíquotas (sobras de fármacos), mas apenas uma continha Avastin, pegando erradamente na sobra de Bortezomib (um citotóxico que provoca destruição celular) e preparou as seringas oftalmológicas. O MP acusa a técnica de ter agido de forma “ <i>apressada</i> ” e “ <i>descuidada</i> ” realizando em 22 minutos, uma tarefa que tem a duração de 35, recordando as indicações do Manual de Procedimentos.

Fonte: Elaboração própria

⁷² Fonte:

<<http://www.jornalnordeste.com/noticia.asp?idEdicao=300&id=13338&idSeccao=2693&Action=noticia#.VACeTfdWSq>>;

⁷³ Fonte:

<<http://www.jornalnordeste.com/noticia.asp?idEdicao=376&id=16175&idSeccao=3387&Action=noticia#.VAJeVfldWSp>>;

⁷⁴ Fonte: <http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1769609>;

⁷⁵ Fonte: <<http://www.ionline.pt/artigos/96963-cegos-de-santa-maria-defesa-responsabiliza-coordenadora-do-servico-pelo-incidente>>;



2.1.2. Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários

Artigo 156.º do Código Penal Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários
1 - As pessoas indicadas no artigo 150.º que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos sem consentimento do paciente são punidas com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa.

O “**artigo 156.º - Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários**”⁷⁶, a primeira parte desta norma, indica que há uma responsabilização⁷⁷ se o médico ou outra pessoa legalmente autorizada, efectuar intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos em situações normais (em pleno estado de consciência do paciente) e sem que para esse efeito o paciente tivesse dado o seu consentimento. Deste modo, o bem jurídico aqui protegido é a liberdade pessoal, cuja violação deriva da falta do consentimento, pelo que não há qualquer tipo de crime contra a integridade física se o acto praticado estiver de acordo com as “*Leges Artis*” (Deodato, 2012:142).

No entanto, a segunda parte da norma possibilita duas excepções quanto ao consentimento: a primeira, devido a situações de **urgência**⁷⁸, e a segunda, no plano **terapêutico**, devido a situações de necessidade de mudança de terapêutica ou de tratamento e devido ao estado de saúde do paciente que o impossibilita de dar ao médico ou outra pessoa legalmente autorizada, o seu consentimento para esta nova terapêutica.

Artigo 156.º do Código Penal Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários
2 - O facto não é punível quando o consentimento: a) Só puder ser obtido com adiamento que implique perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde; ou b) Tiver sido dado para certa intervenção ou tratamento, tendo vindo a realizar-se outro diferente por se ter revelado imposto pelo estado dos conhecimentos e da experiência da medicina como meio para evitar um perigo para a vida, o corpo ou a saúde; e não se verificarem circunstâncias que permitam concluir com segurança que o consentimento seria recusado.

Artigo 39.º do Código Penal Consentimento presumido
1 - Ao consentimento efectivo é equiparado o consentimento presumido. 2 - Há consentimento presumido quando a situação em que o agente actua permitir razoavelmente supor que o titular do interesse juridicamente protegido teria eficazmente consentido no facto, se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado.

⁷⁶ Crime Semi-público;

⁷⁷ Pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa;

⁷⁸ Ver significado em Terminologias específicas (Pág. xiv);



Esta segunda parte da norma, legítima a intervenção sem consentimento, designado por consentimento presumido⁷⁹. São exemplos de consentimento presumido os seguintes casos (entre outros): o paciente está inconsciente; é incapaz de consentir e não está representado por um representante legal, sendo a intervenção urgente; o alargamento no âmbito de uma operação (ERS, 2009:39).

Nos tratamentos em situação de urgência como em todos os casos atrás referidos, em que não é possível obter em tempo útil o consentimento do paciente nem dos representantes e que da demora na intervenção médico-cirúrgica, ponha em perigo a vida, o corpo, a saúde ou leve a um agravamento do estado de saúde do doente, os médicos (ou outra pessoa legalmente autorizada) devem prestar os tratamentos adequados e necessários (excepto se o médico já souber da pretensão do paciente), e assim que possível, informar o paciente das intervenções realizadas, devendo pedir o consentimento para ulteriores cuidados e tratamentos médicos (ERS, 2009:40-41; Alves, 2011:32-33). O estado de urgência encontra-se referenciado no “*artigo 8.º - Urgência*” da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina⁸⁰ e no CDOM “*artigo 47.º - Consentimento implícito*”.

Artigo 8.º da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina
Urgência

Sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa.

Artigo 47.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos
Consentimento Implícito

O médico deve presumir o consentimento dos doentes nos seguintes casos:

- a) Em situações de urgência, quando não for possível obter o consentimento do doente e desde que não haja qualquer indicação segura de que o doente recusaria a intervenção se tivesse a possibilidade de manifestar a sua vontade;
- b) Quando só puder ser obtido com adiamento que implique perigo para a vida ou perigo grave para a saúde;
- c) Quando tiver sido dado para certa intervenção ou tratamento, tendo vindo a realizar -se outro diferente, por se ter revelado imposto como meio para evitar perigo para a vida ou perigo grave para a saúde, na impossibilidade de obter outro consentimento.

⁷⁹ Código Penal: artigo 39.º - Consentimento presumido;

⁸⁰ Resolução da Assembleia da República n.º 1/2001, de 3 de Janeiro - Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, chamada também por Convenção de Oviedo (Regula aspectos essenciais da relação dos cidadãos com as organizações e os profissionais de saúde);

CRP: artigo 8.º (n.º 2) – Direito Internacional, “*As normas constantes de convenções internacionais regularmente ratificadas ou aprovadas vigoram na ordem interna após a sua publicação oficial e enquanto vincularem internacionalmente o Estado Português.*”;



Analisando o âmbito do alargamento de uma operação cirúrgica, enquadrada com o n.º 2, aliena b) do CP, a norma não exige que o perigo seja grave ou iminente, mas sim que o alargamento da operação vise evitar um perigo para a vida, para o corpo ou para a saúde. Deste modo, não é aceitável que médico (ou outra pessoa legalmente autorizada) realize uma intervenção não urgente com base num potencial perigo para a vida, para o corpo ou para a saúde, mas no mínimo, que possa aguardar pelo consentimento informado do paciente. O médico deve ainda, interromper a operação quando a sua continuação cause consequências tão negativas quanto a sua repetição e deve dar prioridade à possibilidade de escolha do paciente (ERS, 2009:38-39).

Artigo 156.º do Código Penal

Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários

3 - Se, por negligência grosseira, o agente representar falsamente os pressupostos do consentimento, é punido com pena de prisão até 6 meses ou com pena de multa até 60 dias.

Por fim, a terceira parte da norma, é referente aos pressupostos⁸¹ do consentimento, quando o médico ou outro profissional de saúde considerar que estão garantidos, isto é, considerar que a pessoa está informada e esclarecida quanto à intervenção (diagnóstico ou terapêutica), quando de facto não está. Porém, para haver crime é necessário que o profissional de saúde agisse com negligência grosseira, que não tenha o necessário cuidado na avaliação feita sobre o consentimento esclarecido do paciente (Deodato, 2012:142).

Tabela 3 - Manchetes de Jornais (Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários)

Manchetes de Notícias		Descrição Sumária
1.º	<i>Médico engana-se e opera olho errado</i> ⁸²	Em 2010 uma paciente que escolheu um dos mais conceituados hospitais privados, o Instituto CUF Matosinhos, para lhe ser colocada uma lente intraocular no olho direito, acabou por ser operada ao olho esquerdo. O médico disse-lhe que tinha havido um engano e apercebendo-se do erro, "(...) retirou a lente suturou o olho e pôs o mesmo implante no outro olho."

Fonte: Elaboração própria

⁸¹ Ver parte final do subcapítulo/norma seguinte (consentimento – artigo 149.º do CP);

⁸² Fonte: <<http://www.cmjornal.xl.pt/nacional/sociedade/detalhe/medico-engana-se-e-opera-olho-errado-143619147.html>>;



2.1.3. O consentimento

Artigo 149.º do Código Penal
Consentimento
1 - Para efeito de consentimento a integridade física considera-se livremente disponível.
2 - Para decidir se a ofensa ao corpo ou à saúde contraria os bons costumes tomam-se em conta, nomeadamente, os motivos e os fins do agente ou do ofendido, bem como os meios empregados e a amplitude previsível da ofensa.

Este consentimento a que a norma anterior se refere, consta do **“artigo 149.º - Consentimento”** (provavelmente a mais importante), significa que ao paciente, antes de qualquer intervenção na esfera do corpo ou tratamento, deve-lhe ser comunicado *“(…) os elementos imprescindíveis para que este conheça e compreenda, no essencial, os dados do problema e possa, assim, exercer, conscienciosamente, o seu poder de decisão”* (Rodrigues, 2001:17), tendo a faculdade de se recusar. Perante este facto, o bem jurídico que se visa proteger é a liberdade⁸³ (Gonçalves, 2009:3) e a autonomia individual⁸⁴ (Deodato, 2012:133).

Só o paciente tem legitimidade para dar o consentimento, salvo algumas excepções legais (a serem analisadas mais abaixo). Na Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, no seu **“artigo 5º - Consentimento”** refere que *“Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido.”*, devendo-lhe ser dada *“(…) previamente a informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos”*. E, para além destes, ainda dos riscos que corre pela sua não realização, dos encargos económicos e das alternativas de tratamento (Gonçalves, 2009:5).

Por outro lado no CP, o **“artigo 157º - Dever de esclarecimento”** impõe que o consentimento dado pelo paciente só será eficaz quando *“(…) tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou tratamento”*, que pelo CDOM no **“artigo 45º -**

⁸³ Clarifica Pina (2013:159) que *“(…) a liberdade significa ausência de coações físicas ou morais”*;

⁸⁴ Clarifica Deodato (2012:133) que *“É no respeito pela autonomia individual e pela liberdade de cada um em decidir sobre os cuidados de saúde que aceita receber”*;



Consentimento do doente” o médico está obrigado a informar o seu paciente, como de receber do paciente o consentimento esclarecido, tornando-se válido se o paciente *“(...) tiver capacidade de decidir livremente”*.

Nos casos em que haja um compasso de espera significativo entre o consentimento já dado e o início da intervenção, o mesmo deve ser reafirmado. Pina (2013:159) aconselha mesmo que *“(...) será útil deixar passar algum tempo entre a informação e a decisão, para que o doente medite ou se possa aconselhar”*, como por exemplo a interrupção voluntária de gravidez (artigo 142.º, n.º 4 do CP). Isto significa que o *“(...) consentimento é um processo contínuo e não uma decisão vinculativa e irrevogável”* (ERS, 2009:38).

Artigo 5.º da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (Capítulo III – Consentimento)
Regra geral
Qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos. A pessoa em questão pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento.

Artigo 45.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos
Consentimento do doente
1 - Só é válido o consentimento do doente se este tiver capacidade de decidir livremente, se estiver na posse da informação relevante e se for dado na ausência de coacções físicas ou morais. 2 - Sempre que possível, entre o esclarecimento e o consentimento deverá existir intervalo de tempo que permita ao doente reflectir e aconselhar-se. 3 - O médico deve aceitar e pode sugerir que o doente procure outra opinião médica, particularmente se a decisão envolver grandes riscos ou graves consequências.

Artigo 157.º do Código Penal
Dever de esclarecimento
Para efeito do disposto no artigo anterior [Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários], o consentimento só é eficaz quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam susceptíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica.

Explica Deodato (2012:133, 136) que pela norma da Convenção de Oviedo (art. 5.º), a regra é muito clara, **toda**⁸⁵ a intervenção em saúde *“(...) para ser efectuado necessita do consentimento da pessoa em causa, (...) sem outras interferências, nomeadamente dos familiares”*.

⁸⁵ É este o sentido que decorre da formulação no início da norma da convenção *“Qualquer intervenção”* (Deodato 2012:134);



É reconhecida a recusa de tratamentos médicos como um direito consagrado na CRP, funda-se: quer na liberdade de consciência e na liberdade religiosa⁸⁶, quer no direito à integridade física e moral⁸⁷. Escreve o Mestre de Coimbra Costa Andrade (1991:124) citado por Rodrigues (2007:329) o seguinte: *“(...) o médico não pode opor-se aos propósitos de um doente decidido a suicidar-se, nem impor-lhe, mesmo que em estado de inconsciência, formas de tratamento de que este em estado lúcido com certeza recusaria”*.

Assim, os pacientes adultos e capazes, têm o poder ou o direito de recusar qualquer tratamento, mesmo que daí possa decorrer uma lesão grave e irreversível na sua saúde ou a morte (ERS, 2009:40). Também daqui conclui-se, que intervenções ou tratamentos médico-cirúrgicos quando praticados sem ou contra a vontade do paciente⁸⁸, configuram um crime contra a liberdade, no entanto, há casos que são excepções em detrimento de outros valores jurisdicionais, mas que tecnicamente são verdadeiras autorizações legais⁸⁹, como por exemplo: a vacinação obrigatória⁹⁰, doença de Hansen⁹¹ (lepra), a Lei de Saúde Mental⁹², a Medicina do Trabalho⁹³ (ERS, 2009:41-43).

O consentimento (salvo excepções legais) em regra advém do paciente (princípio da liberdade e da autonomia), com capacidade de entendimento e discernimento para tomar decisões, no entanto há que analisar esta capacidade numa outra vertente, pois

⁸⁶ CRP: artigo 41.º (n.º 1) – Liberdade de Consciência, de religião e de culto;

⁸⁷ CRP: artigo 25.º (n.º 1) – Direito à integridade pessoal;

⁸⁸ Referido nas Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários (artigo 156.º [n.º1] do CP);

⁸⁹ Acções médicas que têm como finalidade de terapia ou diagnóstico ligadas à prevenção de epidemias, doenças contagiosas, vacinações obrigatórias e casos análogos;

⁹⁰ Portaria n.º 19058, de 3 de Março de 1962 - Estabelece a obrigação de vacinação anti-tetânica, de 5 em 5 anos a indivíduos que se dediquem ao exercício de determinadas profissões (tratamento de animais, trabalhos agrícolas, operações de limpeza); DL n.º 336/1993, de 29 de Setembro - Atribuem competências às autoridades de saúde para exercer a “vigilância epidemiológica”, em cujo âmbito cabe a administração de vacinas;

⁹¹ DL n.º 547/1976, de 10 de Julho e Portaria n.º 131/1977, de 14 de Março - Regime jurídico da luta contra a doença de Hansen;

⁹² Lei n.º 36/1998, de 24 de Julho – Lei de Saúde Mental (Licitude de submeter os pacientes do foro psiquiátrico a tratamentos compulsivos);

⁹³ Lei n.º 102/2009, de 10 de Setembro - Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho, que torna obrigatório a realização de teste exames (em consonância com o Código do Trabalho – artigo 19.º - Testes e exames médicos);



reveste outras formas: adultos capazes, adultos incapazes, declarações antecipadas de vontade⁹⁴ e os menores. Para cada uma destas formas há um conjunto indeterminado de casos⁹⁵, no entanto, ficam descritos a título geral (ERS, 2009:44-53; Pereira, 2004:10-11; Alves, 2011:34-74).

Nos adultos capazes nenhuma dúvida há, que estes devem exercer o direito de consentir, mediante as faculdades intelectuais e volitivas (capacidade e discernimento), no entanto, dentro deste catálogo há variadíssimas especificidades, descrevendo-se apenas três. Começando pela matéria de saúde reprodutiva, o cônjuge assume um papel importante, pois não exige que ambos os cônjuges sejam informados sobre a irreversibilidade da operação (intervenção de esterilização) e suas consequências, mas apenas a pedido do interessado, como é referido no “*artigo 66.º – Esterilização*” do CDOM.

**Artigo 66.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos
Laqueação tubária e vasectomia (Esterilização)**

1 — Os métodos de esterilização irreversível, laqueação tubária e vasectomia só são passíveis de ser permitidos a pedido do próprio e com o seu expresso e explícito consentimento pleno, após esclarecimentos detalhados sobre os riscos e sobre a irreversibilidade destes métodos.
(...)

No diagnóstico pré-natal, ambos os progenitores são representantes legais do nascituro (aquele que tendo sido já concebido ainda não nasceu) e devem decidir em comum acordo, no entanto esta intervenção implica uma lesão da integridade física da mulher e não havendo um acordo comum, só a opinião ou consentimento da mulher (grávida) deve prevalecer, como consta no “*artigo 3.º - Princípios que norteiam a actividade assistencial*”, alínea c) e d) do Despacho n.º 5411/1997 do MS.

**Artigo 3.º do Despacho n.º 5411/1997 do MS (Diagnóstico pré-natal)
Princípios que norteiam a actividade assistencial**

Os procedimentos de diagnóstico pré-natal só devem ser realizados se forem observadas as seguintes regras:
(...)
c) As grávidas que pretendam realizar as técnicas invasivas devem dar o seu consentimento livre e esclarecido e, sempre que possível por escrito.
d) A decisão de realizar ou não a interrupção de gravidez face aos resultados dos exames de diagnósticos pré-natal cabe à mulher.
(...)

⁹⁴ Também designado por testamento vital ou procuração para cuidados de saúde;

⁹⁵ Impossíveis de serem analisados neste trabalho, apenas servem como exemplificação;



Já quanto à procriação medicamente assistida, o consentimento deve ser prestado pelos dois elementos do casal, pois a infertilidade é um problema de saúde do casal.

Artigo 14.º da Lei n.º 32/2007 de 26 de Julho (Procriação medicamente assistida)

Consentimento

1 - Os beneficiários devem prestar o seu consentimento livre, esclarecido, de forma expressa e por escrito, perante o médico responsável.

(...)

Quanto aos adultos incapazes, é uma matéria que carece de regulamentação legal e urgente, onde constem as condições dos representantes legais de incapazes, de modo a poderem exercer os direitos daqueles.

Nos casos em que envolva **doentes mentais profundos** (interditados ou inabilitados judicialmente⁹⁶), estes são incapazes de consentir, exceptuando-se os interditos por surdez-mudez e por cegueira, por possuírem certas capacidades para compreender os factos e alternativas médicas (Pereira, 2004:14; Alves, 2011:49). Daqui decorre que ao representante legal (se constituído) deve-lhe ser dada a informação necessária (informado) e obtido o seu consentimento, porém, nos casos em que o adulto incapacitado possa compreender a situação, o porquê do tratamento ou intervenção e riscos, deverá o mesmo prestar o seu consentimento.

Um problema que se tem colocado, é o caso dos pacientes que estão em **situação de incapacidade de facto**⁹⁷, não sujeitos a um processo de interdição e não está constituído qualquer representante legal para dar o consentimento. Este caminho não é de entendimento fácil em casos não urgentes⁹⁸ (Deve-se recorrer ao Tribunal para que este decida ou nomeie um representante? Chamar o MP a decidir como representante legal dos incapazes? Será chamada a família mais próxima a decidir? Deve-se deixar ao livre critério do médico?), pelo que Convenção Europeia dos Direitos do Homem e a Biomedicina também não tem resposta, remetendo para o Direito

⁹⁶ A causa que motivam a interdição ou inabilitação é quando um indivíduo é considerado inapto, isto é, incapaz de gerir-se a si próprio e os seus bens. Este processo de incapacidade tem que ser verificado e comprovado, de maneira a demonstrar que as causas são graves o suficiente para tornar o indivíduo inapto;

⁹⁷ Em virtude de doença, senilidade, estados comatosos, estado terminal ou outros;

⁹⁸ Quando não existe perigo de vida ou de agravamento do estado de saúde do paciente;



Nacional (ERS, 2009:45-48; Pina, 2013:159; Pereira, 2004:13-15; Alves, 2011:47-51, 59-62). Analisada a legislação nacional por Alves (2011:62), apurou “(...) *que não foi delegado no médico ou na família o direito de representar o incapaz, mas, exclusivamente, um direito desta última a ser ouvida para ajudar o médico a estabelecer a vontade presumível do paciente*”.

Artigo 6.º da Convenção Europeia dos Direitos do Homem e da Biomedicina
Protecção das pessoas que careçam de capacidade para prestar o seu consentimento

(...)
3 — Sempre que, nos termos da lei, um maior careça, em virtude de deficiência mental, de doença ou por motivo similar, de capacidade para consentir numa intervenção, esta não poderá ser efectuada sem a autorização do seu representante, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei. A pessoa em causa deve, na medida do possível, participar no processo de autorização.
(...)

A doutrina médica vulgarmente apela à intervenção da família no processo de consentimento (cônjuge ou um familiar próximo), pelo que é valorada a sua opinião para a prestação dos deveres de socorro, auxílio e assistência. Neste contexto médico só pode dar a conhecer a informação apenas a alguns membros da família (titulares de um direito à informação) se for essa a vontade do paciente e conhecida, pois este mantém o seu direito à privacidade como refere o “*artigo 50.º (n.º 4) - Revelação de diagnóstico e prognóstico*” do CDOM (Alves, 2011:51-52).

Artigo 50.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos
Revelação de diagnóstico e prognóstico

(...)
4 — O diagnóstico e prognóstico só podem ser dados a conhecer a terceiros, nomeadamente familiares, com o consentimento expresso do doente, a menos que este seja menor ou cognitivamente incompetente, sem prejuízo do disposto no artigo 89.º deste Código [Precauções que não violam o segredo médico].

Já nos casos urgentes, não se sabendo qual pretensão nem o paciente se faz acompanhar por um representante legal/tutela que tome decisões naquele instante, o médico pode intervir imediatamente⁹⁹ (ERS, 2009:45-48; Pina, 2013:159; Pereira, 2004:13-15; Alves, 2011:47-51, 59-62).

⁹⁹ De acordo com o “*artigo 8.º - Urgência*” da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, “*artigo 47.º - Consentimento Implícito*” do CDOM, coadjuvado com o “*artigo 156.º n.º 2 - Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários*”, “*artigo 34.º - Estado de necessidade*”, e “*artigo 39.º - Consentimento presumido*”, ambos do CP;



O MP é o representante legal dos incapacitados¹⁰⁰, que deve dar início a um processo de tutela (para eleger um tutor e este dar o consentimento esclarecido pelo incapaz) e à nomeação de um curador provisório¹⁰¹. Se for impossível este compasso de espera, o médico subentende a vontade de consentimento presumido com a necessidade de tratamento (artigos 39.º 34.º do CP, repetivamente) e com base nas informações disponíveis e outros dados que a família fornecer, deve dar início à intervenção ou tratamento. Toda esta contextualização sobre o consentimento presumido do paciente incapaz, está referenciado no CDOM, “artigo 46.º - Doentes incapazes de dar o consentimento” (ERS, 2009:47-49; Alves, 2011:52-54, 59-60).

Artigo 46.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos Doentes incapazes de dar o consentimento
1 — No caso de menores ou de doentes com alterações cognitivas que os torne incapazes, temporária ou definitivamente, de dar o seu consentimento, este deve ser solicitado ao seu representante legal, se possível.
2 — Se houver uma directiva escrita pelo doente exprimindo a sua vontade, o médico deve tê-la em conta quando aplicável à situação em causa.
(...)
4 — A actuação dos médicos deve ter sempre como finalidade a defesa dos melhores interesses dos doentes, com especial cuidado relativamente aos doentes incapazes de comunicarem a sua opinião, entendendo-se como melhor interesse do doente a decisão que este tomaria de forma livre e esclarecida caso o pudesse fazer.
5 — Os representantes legais ou os familiares podem ajudar a esclarecer o que os doentes queriam para eles próprios se pudessem manifestar a sua vontade.
6 — Quando se considerar que as decisões dos representantes legais ou dos familiares são contrárias aos melhores interesses do doente, os médicos devem requerer o suprimento judicial de consentimento para salvaguardar os interesses e defender o doente.

Nas intervenções médico-cirúrgicas mais graves/complexas (ou invasivas), existe legislação especial que protege os incapazes, mesmo quando tenham um representante legal atribuído, implicando a obtenção de um consentimento expresso/escrito e exigindo-se por vezes a intervenção de outras entidades (Tribunal, uma comissão ou equipa composta por vários médicos), garantindo desta forma uma maior segurança jurídica para as partes envolvidas, como é o caso: dos ensaios

¹⁰⁰ Lei n.º 60/1998, de 27 Agosto (Estatuto do MP):

- Art. 3.º (n.º1 alínea a)) – Competência, “*Compete, especialmente, ao Ministério Público: Representar (...) os incapazes*”;
- Art. 5.º (n.º1 alínea c)) - Intervenção principal e acessória, “*O Ministério Público tem intervenção principal nos processos: “Quando representa incapazes (...)*”;

¹⁰¹ Código civil: artigo 142.º - Providencias provisórias;



clínicos¹⁰², das transplantações de órgãos¹⁰³, dos testes genéticos¹⁰⁴, das intervenções psico-cirúrgicas¹⁰⁵ e da esterilização¹⁰⁶ (ERS, 2009:47-48).

Ainda no âmbito dos incapacitados (adultos), falando agora dos **pacientes em fim de vida ou terminais**, devem tanto os médicos como os representantes legais (se os houver), procurar saber e recolher toda a informação possível, sobre a vontade anteriormente manifestada face aos cuidados de saúde a ser prestados (respeitando os testamentos), como determina o “*artigo 9.º - Vontade anteriormente manifestada*” da Convenção de Oviedo, que na sua falta, coloca-se o problema de excesso ou falta de terapêutica, sob pena de o médico estar a violar o direito à autodeterminação e liberdade do paciente (Deodato, 2012:140; Pereira, 2004:14).

Na impossibilidade de obter o consentimento em doentes em estado terminal, deve ser excluída a hipótese de indiciar o médico pelo crime típico de homicídio, limitando o tratamento aos cuidados necessários (cuidados paliativos), sobretudo no alívio do sofrimento, salvo se o médico souber qual a vontade do paciente (Rodrigues, 2007:167-170).

¹⁰² Lei n.º 21/2014, de 16 de Abril (Lei da investigação clínica): artigo 7.º - Participantes menores;

¹⁰³ Devem estar envolvidos vários médicos no processo, pelo que o consentimento é prestado perante um médico designado pelo director clínico do estabelecimento onde se realiza a colheita e que não pertença à equipa de transplantante (Lei n.º 12/1993, de 22 de Abril - Colheita e transplante de órgãos: artigo 8.º – Consentimento);

¹⁰⁴ É exigido o consentimento expresso (Despacho n.º 9108/1997, de 13 de Outubro – Aplicação das técnicas de biologia molecular no âmbito da prestação de cuidados de saúde pelo SNS: artigos 3.º, 4.º e 7.º; Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro - Informação genética pessoal e informação de saúde).

Segundo o Diário de Notícias (2007), refere que “*Por ano, são realizados milhares de testes genéticos, para despiste das mais variadas doenças, mas ninguém sabe o número certo*”. Não havendo regulamentação, não é possível fiscalizar o cumprimento das disposições legais, nem haverá sanções. Jorge Sequeiros (presidente do Colégio de Genética Médica da OM e representante português na OCDE sobre a matéria) diz que “*(...) há laboratórios a nascer como cogumelos em todo o lado e a comercializar testes directamente ao público*” (acessível através do link: <http://www.dn.pt/inicio/interior.aspx?content_id=990338&page=-1>);

Sobre esta matéria, consulte o parecer “56/CNECV/2008” do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, acessível através do sítio da internet: <http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1273053928_P_056CNECV.pdf>;

¹⁰⁵ O Conselho Nacional de Saúde Mental designa dois médicos psiquiatras que darão o parecer escrito para autorizar ou a intervenção (Lei n.º 36/1998, de 24 de Julho – Lei de Saúde Mental: artigo 5.º [n.º 2] - Direitos e deveres do utente);

¹⁰⁶ O consentimento para a esterilização voluntária é dado por escrito e só pode ser praticado por maiores de 25 anos, pelo que o processo deve ser proposto junto do Tribunal (Lei n.º 3/1984, de 24 de Março - Educação sexual e planeamento familiar: artigo 10.º - Esterilização voluntária);



Artigo 9.º da Convenção Europeia dos Direitos do Homem e a Biomedicina

Vontade anteriormente manifestada

A vontade anteriormente manifestada no tocante a uma intervenção médica por um paciente que, no momento da intervenção, não se encontre em condições de expressar a sua vontade, será tomada em conta.

Passando à dita **declaração antecipada de vontade**¹⁰⁷, é um documento escrito por um indivíduo maior e capaz (normalmente na presença de testemunhas), que tendo em vista eventuais situações de incapacidade de exprimir a sua vontade, especialmente na fase final da sua vida, contém directivas a respeito dos tratamentos que considera admissíveis ou que rejeita, a nomeação de um representante legal¹⁰⁸ e a nomeação do médico prestador de cuidados de saúde (que também pode tomar decisões/consentimento pelo doente). Estas directivas elaboradas de acordo com a vontade do indivíduo e utilizadas em momento posterior, não podem ser ignoradas pelo médico, sob pena de violar direitos (direito à autodeterminação e a integridade física e moral do paciente) como é referido na Convenção de Oviedo “*Artigo 9.º - Vontade anteriormente manifestada*” e no CDOM no “*artigo 46º (n.º2) - Doentes incapazes de dar o consentimento*”, pelo que também não tem valor vinculativo, devendo o médico averiguar quanto à sua consistência e ficar convencido que exprime a vontade esclarecida, livre e actual do paciente (ERS, 2009:48-49; Pina, 2013:380-381; Alves, 2011:55-56, 58).

A principal crítica apontada às directivas antecipadas é a actualidade: “(...) o *consentimento não é actual e que pode trazer grave prejuízo ao paciente já que pode ter havido evolução da medicina e pode ser uma declaração antiga e ultrapassada*” (Gonçalves, 2009:17 citando Pereira, 2004).

¹⁰⁷ Lei n.º 25/2012 de 16 de Julho - Regula as directivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital.

Pode ser utilizado modelo facultativo da Portaria n.º 103/2014, acessível através do sítio: <https://servicos.min-saude.pt/utente/portal/SiteCollectionDocuments/Rentev_form_v0.3.8.pdf>, ou ainda, o modelo da Associação Portuguesa de Bioética, acessível através do sítio da internet: <http://www.apbioetica.org/fotos/gca/1280252162documento_-_testamento_vital.pdf>;

¹⁰⁸ É chamado de “*procurador de cuidados de saúde*” (poderes representativos em matéria de cuidados de saúde para que aquele os exerça no caso do paciente se encontrar incapaz de expressar de forma pessoal e autónoma a sua vontade);



Consultada a legislação, foi possível averiguar que o documento é válido por 5 anos¹⁰⁹, renovável com nova assinatura¹¹⁰, ou em caso de incapacidade, o documento mantém-se em vigor.

Artigo 9.º da Convenção Europeia sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina
Vontade anteriormente manifestada

A vontade anteriormente manifestada no tocante a uma intervenção médica por um paciente que, no momento da intervenção, não se encontre em condições de expressar a sua vontade, será tomada em conta.

Artigo 46.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos
Doentes incapazes de dar o consentimento

(...)
2 — Se houver uma directiva escrita pelo doente exprimindo a sua vontade, o médico deve tê-la em conta quando aplicável à situação em causa.
(...)

Artigo 8.º da Lei n.º 25/2012 de 16 de Julho (Regula as directivas antecipadas de vontade ...)
Modificação ou revogação do documento

1 — O documento de directivas antecipadas de vontade é eficaz por um prazo de cinco anos a contar da sua assinatura.
2 — O prazo referido no número anterior é sucessivamente renovável mediante declaração de confirmação do disposto no documento de directivas antecipadas de vontade, de acordo com o disposto no n.º 1 do artigo 3.º
3 — O documento de directivas antecipadas de vontade mantém-se em vigor quando ocorra a incapacidade do outorgante no decurso do prazo referido no n.º 1.

Esta legislação, promulgada em Julho 2012, prevê a criação de um Registo Nacional do Testamento Vital¹¹¹, que após pesquisa, verifica-se um ligeiro atraso volvidos dois sobre aquele diploma, pelo que o presidente da Associação Portuguesa de Bioética (Rui Nunes), vem a dizer numa entrevista, que o atraso se deveu no “(...) dotar o sistema de todas as salvaguardas para permitir um acesso eficaz dos médicos e a protecção que é devida às pessoas”¹¹², o mesmo é referido pelo Director-geral da Saúde, Francisco George¹¹³.

¹⁰⁹ Lei n.º 25/2012 de 16 de Julho: artigo 8.º - Prazo de eficácia do documento;

¹¹⁰ Lei n.º 25/2012 de 16 de Julho: artigo 3.º (n.º 1) - Forma do documento, “(...) presencialmente perante funcionário devidamente habilitado do Registo Nacional do Testamento Vital ou do notário”;

¹¹¹ A proposta para criação desta ferramenta foi avançada pela Associação Portuguesa de Bioética, em 2006. Sobre esta matéria, consulte o “Parecer N.º P/16/APB/09” da Associação Portuguesa de Bioética, acessível através do sítio da internet: <<http://www.apbioetica.org/gca/?id=272&idbloco=272>>, e os pareceres “57/CNECV/2010” e “59/CNECV/2010” ambos do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, acessível através do sítio da internet: <<http://www.cnecv.pt/pareceres.php?p=2>>;

¹¹² Entrevista de Rui Nunes (2013) à Antena 1, no dia 16 de Julho de 2013, acessível no sítio da internet: <<http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=666897&tm=2&layout=123&visual=61>>;

¹¹³ Entrevista de Francisco George (2013) à Antena 1, no dia 16 de Julho de 2013, acessível no sítio da internet: <<http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=666867&tm=2&layout=123&visual=61>>;



As principais vantagens da declaração antecipada de vontade, Gonçalves (2009:20) aponta “(...) o respeito pela autonomia do doente, já que a opção clínica a tomar respeitará a vontade do paciente”; “(...) desonerar aquele ou aqueles que teriam de tomar essa decisão”; e “(...) afastar o possível «excesso de zelo» por parte dos médicos – a denominada obstinação terapêutica”.

Agora, a questão dos menores¹¹⁴, quem deverá assumir-se como representante legal no contexto do consentimento? É sempre um assunto que representa limitações em vários sentidos, que se prende não só com a idade do menor, mas também com a situação civil dos pais. Daqui decorre verificar quais são os limites do poder paternal (ou função parental) em duas vertentes: quando os pais são casados ou estão enquadrados numa outra situação¹¹⁵.

Quando casados, exercem o poder paternal de comum acordo e, se este faltar, qualquer deles pode recorrer ao Tribunal, que tentará a conciliação¹¹⁶. Quanto aos outros casos procede-se à regulação do exercício do poder paternal (acordos entre os pais), ou caso de discordâncias, o poder paternal é exercido pelo progenitor a quem o filho foi confiado¹¹⁷ ou ainda nas situações que não possam ou forem inibidos de exercer o poder paternal, o menor ficará sujeito à tutela, cargo que recai sobre a pessoa ou instituição designada pelos pais ou pelo Tribunal de menores¹¹⁸, passando a ser estes os representantes legais¹¹⁹ (ERS, 2009:50-51; Deodato, 2012:137, Alves,

¹¹⁴ Na nossa legislação é menor quem não tiver completado os 18 anos de idade (Código Civil: artigo 122.º - Menores), pelo que carecem de capacidade para o exercício de direitos que é normalmente provida pelo poder paternal e, subsidiariamente, pela tutela (Código Civil: artigo 124.º - Suprimento da incapacidade dos menores; artigo 1878.º - Conteúdo do poder paternal). Face ao exposto os pais têm o poder e o dever de “(...) velar pela segurança e saúde destes” (artigo 1878.º do Código Civil) e ainda de se substituírem aos filhos sempre que seja necessário na celebração de actos jurídicos de que resultem direitos ou obrigações para os representados. Esta responsabilidade dos pais está, também, prevista no artigo 36.º (n.º 5) da CRP que atribui o direito e o dever aos pais na educação e na manutenção (saúde) dos filhos (ERS, 2009:50-56; Deodato, 2012:135-138; Alves, 2011:37-40);

¹¹⁵ Divórcio, separação judicial de pessoas e bens, declaração de nulidade ou anulação do casamento, separação de facto ou em caso de filho nascido fora do matrimónio;

¹¹⁶ Código civil: artigo 1901.º - Poder paternal na constância do matrimónio, “(...) o exercício do poder paternal pertence a ambos os pais”;

¹¹⁷ Código civil: artigo 1906.º - Exercício do poder parental em caso de divórcio, separação judicial (...);

¹¹⁸ Código civil: artigo 1927.º - Pessoa a quem compete a tutela (e seguintes artigos);

¹¹⁹ Código civil: artigo 1918.º - Perigo para a segurança, saúde, formação moral e educação do filho;



2011:37). O “artigo 48.º (n.º 3) - Formas de consentimento” do CDOM indica que “(...) o consentimento será dado pelos pais ou representantes legais, mas o médico não fica dispensado de tentar obter a concordância” do paciente menor de idade.

Em regra, o tutor tem os mesmos direitos e obrigações dos pais, no entanto há também excepções, como por exemplo em matéria de transplantações (dador menor), o consentimento deve ser prestado pelos pais, ou quando estes estão inibidos do exercício do poder paternal, o consentimento é dado pelo Tribunal¹²⁰ (ERS, 2009:51).

Em todo o caso, de perigo iminente de vida, não havendo tempo para diligências processuais, deverá ser excluída a eventual ilicitude de actuação médica, devido ao direito de necessidade ou conflitos de deveres do médico¹²¹ (assistência) face ao bem jurídico protegido - a vida (Rodrigues, 2007:349).

Daqui conclui-se, que em situações não urgentes e não excepcionais, os pais ou representantes legais serão os responsáveis pelo consentimento.

Em situações de urgência, pode considerar-se o consentimento presumido, devendo ser obtido assim que haja viabilidade de acordo com o “artigo 47.º - Consentimento Implícito” do CDOM e o “artigo 8.º - Urgência” da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina.

Artigo 47.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos

Consentimento Implícito

O médico deve presumir o consentimento dos doentes nos seguintes casos:

- a) Em situações de urgência, quando não for possível obter o consentimento do doente e desde que não haja qualquer indicação segura de que o doente recusaria a intervenção se tivesse a possibilidade de manifestar a sua vontade;
- b) Quando só puder ser obtido com adiamento que implique perigo para a vida ou perigo grave para a saúde;
- c) Quando tiver sido dado para certa intervenção ou tratamento, tendo vindo a realizar -se outro diferente, por se ter revelado imposto como meio para evitar perigo para a vida ou perigo grave para a saúde, na impossibilidade de obter outro consentimento.

Artigo 8.º da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina

Urgência

Sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa.

¹²⁰ Lei n.º 12/1993 de 22 de Abril (Colheita e transplante de órgãos): artigo 8.º (n.º 3) – Consentimento “Tratando-se de dadores menores, o consentimento deve ser prestado pelos pais, desde que não inibidos do exercício do poder paternal, ou, em caso de inibição ou falta de ambos, pelo tribunal”;

¹²¹ Artigos 34.º e 36.º do CP (respectivamente);



Quanto ao dissentimento ou recusa dos tratamentos, mediante a divergência de opiniões entre os pais/representantes legais e o médico, contrárias à salvaguarda dos interesses e defesa do paciente¹²² (prejuízo para a saúde do menor), pode o médico requerer ao MP o levantamento do poder paternal, limitando desta forma a responsabilidade parental, como indica o “artigo 46.º (n.º 6) – Doentes incapazes de dar o consentimento” do CDOM, ou em alternativa, em caso de perigo, o médico realizar a intervenção com base na urgência (Pereira, 2004:12-13; Alves, 2011:42-43). Também é este o entendimento do Parecer n.º 8/91, do Conselho Consultivo da PGR (1991)¹²³.

Artigo 46.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos Doentes incapazes de dar o consentimento
(...) 6 — Quando se considerar que as decisões dos representantes legais ou dos familiares são contrárias aos melhores interesses do doente, os médicos devem requerer o suprimento judicial de consentimento para salvaguardar os interesses e defender o doente.

Parecer n.º 8/91, do Conselho Consultivo da PGR Menor, Interesse do menor, Direitos da criança; Família; Poder paternal (...)
(...) 7 - Se o médico, face ao estado clínico de um menor, se decidir pela sua admissão hospitalar em regime de internamento, mas os pais recusam o seu consentimento, suscita-se uma situação complexa, cuja solução varia de caso para caso, havendo que ponderar cada um dos elementos que recortam a situação, entre eles avultando: a) O estado de saúde do menor; b) A sua idade e capacidade de discernimento; c) Maior ou menor urgência do internamento; d) Tipo de tratamento, intervenção ou exame a que vai ser submetido, e suas possíveis consequências; (...) 9 - Se, (...) os pais mantêm a sua recusa ao internamento, e a situação de facto que se perfila for de molde a recear perigo para a vida ou grave dano para a saúde do menor, não se compadecendo o seu estado clínico com o recurso a via judicial nos termos da anterior conclusão, dar-se-á prevalência a decisão médica de internamento.

Outro aspecto a ter em consideração é a maturidade do menor, pois à medida que o paciente menor vai atingindo os 18 anos de idade, aumenta também de forma natural e progressivamente a sua autonomia, discernimento, entendimento, vindo alargado o

¹²² CRP: artigo 61.º (n.º 1) – Infância, “As crianças têm direito à protecção da sociedade e do Estado, com vista ao seu desenvolvimento integral, (...) contra o exercício abusivo da autoridade na família e nas demais instituições”;

Lei n.º 147/1999, de 1 de Setembro (Lei de Protecção de crianças e jovens em perigo):

- art. 91.º (n.º1) - Procedimentos urgentes na ausência do consentimento, “Quando exista perigo actual ou iminente para a vida ou integridade física da criança ou do jovem e haja oposição dos detentores do poder paternal ou de quem tenha a guarda de facto, qualquer das entidades referidas no artigo 7.º ou as comissões de protecção tomam as medidas adequadas para a sua protecção imediata e solicitam a intervenção do tribunal ou das entidades policiais”;
- art. 92.º (n.º1) - Procedimentos judiciais urgentes, “O tribunal, a requerimento do Ministério Público, quando lhe sejam comunicadas as situações referidas no artigo anterior, profere decisão provisória, no prazo de quarenta e oito horas (...)”;

¹²³ Acessível através do sítio da internet:

<<http://www.dgsi.pt/pgpr.nsf/7fc0bd52c6f5cd5a802568c0003fb410/0f1e7f12f386dfe4802566170042079b?OpenDocument&ExpandSection=-2>>;



leque dos seus direitos¹²⁴ e consequentemente da capacidade de decisão, como explica Gonçalves (2009:13) “(...) *não basta a idade, pois terá que existir ainda aquela capacidade*”, e no mesmo sentido a ERS (2009:53) entende “(...) *que se deve dar um relevo geral à norma do Código Penal que reconhece a autonomia dos jovens com dezasseis anos e com discernimento*”¹²⁵, sendo também este o entendimento¹²⁶ de Deodato (2012:137) e de Pina (2012:159), factores que o médico deve ter em consideração no momento do consentimento, ao passo que os poderes e intervenção dos pais ou tutores vão-se reduzindo. Todos estes critérios referidos anteriormente constam da norma da Convenção Europeia sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina “*artigo 6.º (n.º 2) - Protecção das pessoas que careçam de capacidade para prestar o seu consentimento*”.

Artigo 1878.º do Código Civil
Conteúdo do poder paternal

(...)

2 – Os filhos devem obediência aos pais; estes, porém, de acordo com a **maturidade dos filhos, devem ter em conta a sua opinião** nos assuntos familiares importantes e **reconhecer-lhes autonomia na organização da própria vida.**

Artigo 38.º do Código Penal
Consentimento

(...)

3 - O consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta.

Artigo 6.º n.º 2 da Convenção Europeia sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina
Protecção das pessoas que careçam de capacidade para prestar o seu consentimento

(...)

2- Sempre que, nos termos da lei, um menor careça de capacidade para consentir numa intervenção, esta não poderá ser efectuada sem a autorização do seu representante, de uma autoridade ou de uma pessoa ou instância designada pela lei.

A opinião do menor é tomada em consideração como um factor cada vez mais determinante, em função da sua idade e do seu grau de maturidade.

No mesmo sentido que são capazes de consentir, também estes devem ser considerados capazes de dissentir, logo que consigam compreender o alcance, a

¹²⁴ Código civil: artigo 1878.º (n.º 2) – Conteúdo do poder paternal, conjugado com Código Penal: artigo 38.º (n.º 3) – Consentimento;

¹²⁵ Código Penal: artigo 38.º (n.º3) – Consentimento;

¹²⁶ Tem sido alvo de controversa e de debate definir: – Qual a idade concreta para consentir?



natureza e os efeitos que essa recusa tem para saúde, desde que “(...) preenchidos os dois requisitos – idade e capacidade de discernimento” (Alves, 2011:40-41)¹²⁷.

Existem determinados casos no acesso à saúde, que atribui ao menor de 16 anos a plena capacidade de decisão para consentir, como por exemplo: a educação sexual e planeamento familiar¹²⁸, realização de certas intervenções médicas no âmbito da Lei de Saúde Mental¹²⁹ (Alves, 2011:39; ERS, 2009:52-53).

Analizamos em breves linhas o consentimento quanto à forma. Nas palavras de Deodato (2012:134) “(...) esta norma não estabelece nenhuma regra especial, tampouco se refere a ela”, podendo ser “(...) verbal, escrita ou mesmo gestual”¹³⁰ e, “(...) nalgumas situações, escrita testemunhada” (Pina, 2013:161).

Deste modo, a declaração dada ao consentimento como da renúncia dele, regra geral é tácito ou implícito, no entanto também reveste a forma expressa ou explícita, este último significa para o médico ou pessoa legalmente autorizada, a obtenção de uma manifestação de vontade inequívoca (com poucas dúvidas) e, que é imposto para determinados casos de intervenções mais graves/complexas (são exemplos¹³¹: a participação em qualquer investigação biomédica¹³², a participação em ensaios clínicos de medicamentos¹³³, a procriação medicamente assistida¹³⁴, a esterilização voluntária¹³⁵, a interrupção voluntária da gravidez¹³⁶, entre outros), ou ainda o

¹²⁷ Alves (2011:40-41) citando palavras de Geraldo Rocha Ribeiro transcritas de André Dias Pereira (2005:19);

¹²⁸ Lei n.º 3/1984, de 24 de Março: artigo 5.º - Centros e meios de consulta sobre planeamento familiar “É assegurado a todos, sem discriminações, o livre acesso às consultas e outros meios de planeamento (...)”;

Portaria n.º 52/1985 de 26 de Janeiro: artigo n.º 5 – Acesso “Terão acesso, sem quaisquer restrições, (...), às consultas de planeamento familiar todos os jovens em idade fértil.”;

¹²⁹ Lei n.º 36/1998, de 24 de Julho: artigo 5.º (n.º 3) - Direitos e deveres do utente “Os direitos referidos (...) são exercidos pelos representantes legais quando os **doentes sejam menores de 14 anos** ou não possuam o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento”;

¹³⁰ Deve-se fazer uso do regime geral da forma da declaração negocial;

Código Civil: artigo 219.º - Liberdade de forma

“A validade da declaração negocial não depende da observância de forma especial, salvo quando a lei a exigir”;

¹³¹ Estes exemplos enquadram-se na chamada medicina não terapêutica (experimental);

¹³² Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina : artigo 16.º (alínea v))- Protecção das pessoas que se prestam a uma investigação;

¹³³ Lei n.º 21/2004, 16 de Abril: artigo 6º (n.º1, aliena d)) - Condições mínimas de protecção dos participantes

¹³⁴ Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho: art. 14.º (n.º1) – Consentimento;

¹³⁵ Lei n.º 3/1984, de 24 de Março: art. 10.º (n.º 1) – Esterilização voluntária;



consentimento escrito testemunhado em casos de terapêutica de alto risco, devendo as testemunhas confirmar se foi dado em perfeita liberdade e sem coacção (ERS, 2009:28-31; Pina, 2013:161-162).

Artigo 48.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos
Formas de consentimento

- 1 — O consentimento pode assumir a forma oral ou escrita.
- 2 — O consentimento escrito e ou testemunhado é exigível em casos expressamente determinados pela lei ou regulamento deontológico.
- 3 — No caso de menores ou incapazes, o consentimento será dado pelos pais ou representantes legais, mas o médico não fica dispensado de tentar obter a concordância do doente, termos do número 3 e 6 do artigo 46.º e do artigo 52.º.

Actualmente, apesar de a legislação não obrigar ao uso de formulários de consentimento informado para uma serie de actos de cuidados de saúde, a sua prática é recomendada pela Direção Geral de Saúde¹³⁷ (DGS), tornando-se frequente no SNS.

Num estudo elaborado pela ERS (2009:11) chegou às seguintes conclusões: “(...) aplicação do consentimento informado nas diferentes unidades de saúde é muito heterogénea”, até “(...) dentro de uma mesma instituição” ou ainda em “(...) unidades de saúde submetidas a um processo de acreditação internacional”. A principal falha grave detectada, foi a existência de “(...) unidades de saúde que não tem qualquer política sobre obtenção de consentimento informado”.

Quem sabe se futuramente, o consentimento passará pela aplicação de modelos escritos universais, em situações normais de um simples tratamento.

O consentimento assume um relevo de tal ordem na área da saúde, que se encontra disperso por um grande número de diversas fontes normativas.

¹³⁶ Código Penal: artigo 142.º (n.º 1) – Interrupção da gravidez não punível;

¹³⁷ Norma n.º 15/2013 da DGS: Consentimento informado, esclarecido e livre para actos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação, acessível através do sítio: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013.aspx>;



Do que foi escrito acerca desta norma, ficam aqui referidos os pressupostos gerais e cumulativos para consentir e que lhe atribui eficácia justificativa¹³⁸:

- Capacidade natural para consentir (o limite etário é de 16 anos);
- Livre vontade ou liberdade e seriedade (sem vício de vontade, como o erro ou coacção sobre quem dependerá o consentimento, susceptível de o invalidar);
- Que a acção consentida não contrarie os bons costumes¹³⁹;
- O dever esclarecimento (art. 157.º do CP);
- Que seja dado para uma situação em concreta; e,
- Que seja anterior ao acto ou conduta lesiva ou pelos menos, que seja em simultâneo (se for à posterior será um “*perdão*”);

Em suma, o consentimento para ser válido terá de ser informado, esclarecido, compreendido e prestado por quem tem capacidade de forma livre.

¹³⁸ Rodrigues (2007:324-329; 342-344) recorrendo a Eduardo Correia (1949:32-34);

¹³⁹ A lei não define um conceito tão indeterminado (e sem referencias de índole ética ou religiosa ou quaisquer outros valores), que por ser tão amplo pode ser susceptível de colidir com o princípio da legalidade, devendo ser interpretado restritivamente e a favor do arguido. Assim lesões ligeiras escaparão à censura dos bons costumes (exemplo: tatuagens de desenhos obscenos, pequenos ferimentos masoquistas), ao passo que os maus costumes passa a punir as ofensas corporais graves e irreversíveis (exemplo: médico que produz uma lesão para que o ofendido receba uma indemnização indevida) (Rodrigues, 2007:329-331);



Tabela 4 - Manchetes de Jornais (O consentimento)

Manchetes de Notícias		Descrição Sumária
1.º	<i>12 anos de demora. A operação inesperada</i> ¹⁴⁰	Uma paciente decidiu corrigir as cicatrizes que tinha na zona inguinal e subir a pele dos lábios vulvulares que se viam quando vestia o facto de banho. O médico sugeriu-lhe e informou-a dos actos médicos a realizar, como uma lipoaspiração entre outros. Durante uma dessas cirurgias, o médico optou por fazer uma vulvopatia, uma vez que os lábios grandes quase desapareceram, intervenção que a paciente nunca tinha sido informada nem autorizada. O médico alega que a autorização escrita e assinada pela paciente antes da cirurgia, autorizava-o a fazer "(...) tudo o que for necessário, incluindo operações ou procedimentos diferentes discriminados, na eventualidade da ocorrência de complicações". O Supremo Tribunal de Justiça concluiu que o médico partiu para a cirurgia "(...) sem que tivesse havido uma complicação que o justificasse e determinaram que este tipo de autorização escrita só é válido em caso de risco de vida ou protecção da saúde." [Pode também ser considerada como um crime de Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários]
2.º	<i>Hospital terá feito mastectomia sem consentimento</i> ¹⁴¹	A paciente Susana Tomé a quem lhe foi diagnosticado o cancro da mama (direita) em 2010 e já com a doença erradicada (remoção do tumor), resolveu fazer uma reconstrução mamária em Março de 2016. Propuseram-lhe uma mastectomia bilateral que recusou, já que um deles estava plenamente saudável. Em alternativa sugeriram apenas a mastectomia ao peito direito, opção que aceitou. Após acto cirúrgico, a paciente acordou sem nenhum dos peitos. Foi informada pelo médico que lhe "Disse que foi um erro de informação e que assumia a totalidade da culpa deste acto negligente". [Pode também ser considerado como um crime de Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários]
3.º	<i>Maioria dos casais prefere doar embriões excedentários para investigação</i> ¹⁴²	Uma tese de doutoramento na área da Bioética, revela que 35% dos casais com problemas de fertilidade que têm embriões criopreservados já não os quer para ter filhos. Destes, 47% dos casais preferem doa-los para investigação, 23% escolhe doa-los a outros casais inférteis e 26% opta pela sua eliminação. Desde 2008 existe o formulário do consentimento informado para que os casais inférteis possam escolher no final dos 3 anos de congelamento (prazo legal), uma das seguintes opções: doa-los a outros casais, doa-los para fins de investigação ou destruí-los. Este documento tem a função de ajudar os casais a pensar na tomada de decisões, sobre a questão de forma sensível.
4.º	<i>Crianças vão ter de autorizar participação em ensaios clínicos</i> ¹⁴³	Para a realização de testes a novos medicamentos pediátricos, nas crianças até aos cinco anos são os pais ou representantes legais que decidem, mas a partir dessa idade e até aos 16 anos, além do consentimento informado dos pais, as crianças têm de aceitar ou não participar nos testes e nestes casos, o assentimento é feito numa linguagem básica. Se a criança se recusar, o ensaio não poderá acontecer. Em Portugal, desde o final de Novembro de 2015 que existe um documento que tem em conta as diferentes fases de desenvolvimento da criança no que respeita aos ensaios clínicos.

Fonte: Elaboração própria

¹⁴⁰ Fontes: <<http://www.ionline.pt/420033>> <<http://www.ionline.pt/artigo/420028/>>;

¹⁴¹ Fonte: <<https://www.noticiasaoiminuto.com/pais/578548/hospital-tera-feito-mastectomia-sem-consentimento>>;

¹⁴² Fonte: <<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/maioria-dos-casais-prefere-doa-os-embrioes-que-nao-quer-utilizar-para-a-investigacao-1692613>>;

¹⁴³ Fonte: <<http://www.dn.pt/portugal/interior/criancas-vaio-ter-de-autorizar-ensaios-com-medicamentos-4984061.html>>;



2.1.4. O dever de esclarecimento

Artigo 157.º do Código Penal Dever de esclarecimento
Para efeito do disposto no artigo anterior [Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários], o consentimento só é eficaz quando o paciente tiver sido devidamente esclarecido sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam susceptíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica.

O “**artigo 157.º - O dever de esclarecimento**”, determina que para ser válido, deve o médico dissipar as dúvidas e formular oportunas explicações¹⁴⁴ ao paciente ou ao seu legal representante, **em linguagem acessível e apropriada**, sobre o diagnóstico¹⁴⁵ e o tratamento (processo, riscos, riscos pela sua não realização, consequências acessórias¹⁴⁶, meios de diagnóstico, prognóstico, alternativas de tratamento e dos encargos económicos). Este dever encontra-se igualmente regulado nos códigos deontológicos dos profissionais de saúde, especialmente no CDOM no seu “**artigo 44.º - Esclarecimento do médico ao doente**”. Em modo algum o médico é obrigado a explicar todos os detalhes possíveis inerentes ao tratamento médico-cirúrgico ou técnico-científica. Para um bom esclarecimento, o médico deve considerar os seguintes aspectos: capacidade de compreensão, a classe social e o nível cultural. Também não é aconselhável o uso de terminologia técnica ou linguagem inacessível. No entanto, esta norma comporta excepções, à regra do dever de esclarecimento, o que legitima a sua omissão, tal como: o privilégio terapêutico, a renúncia do paciente ao esclarecimento (ou o direito a não saber), simples tratamentos de rotina, a urgência¹⁴⁷ e estádios terminais (Pereira, 2004; Rodrigues, 2007:38-44, 333-336, 345-347; ERS, 2009:27-28; Alves, 2011:23-28, 31-34; Deodato, 2012:142-143; Pina, 2013:146, 154-158).

¹⁴⁴ Escreve João Álvaro Dias (1996:281) citado em Rodrigues (2007:337) que o consentimento informado é um processo “(...) que tem de ser perspectivado como um diálogo entre o doente e o médico em que ambas as partes trocam informações e se interrogam reciprocamente”;

¹⁴⁵ Relativamente ao diagnóstico, descreve Rodrigues (2007:346) recorrendo às palavras de Kern/Lawfs citadas na obra de Costa Andrade (1991:398), que “(...) o primeiro pressuposto da autodeterminação do paciente é precisamente saber que está doente e conhecer o essencial da sua doença”;

¹⁴⁶ Sobre os efeitos secundários, sequelas e riscos do tratamento, a doutrina recomenda o esclarecimento daqueles que ocorrem com mais frequência, deixando de parte aqueles que são hipotéticos e raros para não atemorizar o paciente (Rodrigues, 2007:346; Alves, 2011:28-29);

¹⁴⁷ Já descrito anteriormente, ver subcapítulo – 2.1.2 Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários;



Como se pode verificar no excerto transcrito abaixo do acórdão TRL (2013)¹⁴⁸, evidência e reforça o seguinte:

Acórdão TRL (2013) “Responsabilidade médica; Dever de esclarecimento prévio (...)”
1. A obrigação médica para além do dever principal - maioritariamente classificada como tratando-se de uma obrigação de meios - inclui deveres acessórios, entre os quais o de esclarecer o doente e de obter o seu consentimento (...);
2. O fim principal do dever de esclarecimento é permitir que o paciente faça conscientemente a sua opção, conhecendo os custos e consequências, sendo que quando o médico não cumpriu devidamente o seu dever de esclarecimento o consentimento deve considerar-se, em regra, inválido . (...)

Tomando os factos do acórdão TRL (2013) a título de exemplo, que ocorreram em 2005, de um paciente com dores e ruído no ouvido direito, foi observado por uma médica da especialidade (otorrinolaringologia) e por uma cirurgiã, sendo submetido a uma intervenção cirúrgica, sem que em momento algum, fosse informado dos riscos para a sua saúde. Do pós-operatório o paciente não verificou melhorias manifestando que os sinais de surdez haviam-se agravado (o eletromiograma detectou desnervação grave dos músculos). Alegou o paciente em audiência de julgamento (vindo-se a comprovar) que nunca foi informado dos riscos a que foi submetido, não deixando a médica que exercesse o seu direito enquanto paciente, ao consentimento informado¹⁴⁹. Contudo, declarou ainda, se tivesse conhecimento que tais resultados seriam tão nocivos e que lhe causariam tais lesões, nunca teria consentido a sua realização. A médica foi culpada e condenada a pagar quantia de 100 154,00 euros, vindo TRL concordar com a decisão proferida pelo Tribunal de 1ª instância.

Passando às excepções ou dispensa de informação, o privilégio terapêutico é exclusivo do diagnóstico, ou seja, o médico fica dispensado de revelar¹⁵⁰ o diagnóstico ao

¹⁴⁸ Acessível através do sítio da internet:

<http://www.dgsi.pt/jtrl.nsf/33182fc732316039802565fa00497ecc/f91ea390dfd5f62d80257c2e005007a9?OpenDocument&Highlight=0,consentimento,informado>>;

¹⁴⁹ Mesmo que o paciente tivesse dado o seu consentimento para a realização da operação (dentro de todas as suas faculdades motoras), seria na mesma juridicamente inválido, pois apenas lhe foi dado conhecimento sobre a necessidade de uma intervenção, mas não os riscos (segundo a mesma orientação sobre apreciação às palavras de Werner Niese, 1961 e escritas por Rodrigues, 2007:341);

¹⁵⁰ Apesar de ser uma excepção, ao médico não é permitido qualquer direito à mentira ou omitir informação com o objectivo que o paciente não recuse ou fique desencorajado de se submeter a uma intervenção (ERS, 2009:28; Pereira, 2004:10; Alves, 2011:31);



paciente, quando dessa revelação “(...) *seja susceptível de pôr em perigo a vida deste ou de lhe causar grave dano à saúde*” (Rodrigues, 2007:43), será exemplo, o caso de um paciente que sofreu de um enfarte do miocárdio e que deverá ser poupado a emoções fortes. Explica Pina (2013:155) “*Há doentes para quais a verdade pode conduzir a estados de ansiedade e a depressões graves. (...) ou, então causar-lhe uma profunda desilusão ou desgosto*”, há outros em que a verdade resulta num “(...) *profundo alívio, se for correctamente transmitida*”. No mesmo sentido, fora do âmbito do diagnóstico, o médico deve também evitar revelar os riscos de uma operação cirúrgica melindrosa, em casos de suspeição ou iminência do paciente vir a ter uma sucumbência ou grave dano para a saúde¹⁵¹ (Pereira, 2004:9-10; Rodrigues, 2007:43, 347; ERS, 2009:27-28; Alves, 2011:131-132; Deodato, 2012:142-143; Pina, 2013:155).

Assim o médico deve ter especial cuidado ao transmitir a informação de saúde (ou do processo clínico¹⁵²), de modo a não causar qualquer tipo de dano ao paciente e aguardar a possibilidade de transmissão ou não para um melhor momento ulterior (Deodato, 2012:147-148).

Daqui decorre, que o médico ou profissional equiparado só está legitimado a esta excepção, quando está em causa “**risco para a vida**” ou “**grave dano à saúde, física ou psíquica**” do paciente (ERS, 2009:28).

Artigo 44.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos
Esclarecimento do médico ao doente
1 — O doente tem o direito a receber e o médico o dever de prestar o esclarecimento sobre o diagnóstico, a terapêutica e o prognóstico da sua doença.
2 — O esclarecimento deve ser prestado previamente e incidir sobre os aspectos relevantes de actos e práticas, dos seus objectivos e consequências funcionais, permitindo que o doente possa consentir em consciência. (...)
4 — O esclarecimento deve ter em conta o estado emocional do doente , a sua capacidade de compreensão e o seu nível cultural .

Face ao incumprimento das regras técnicas contidas no artigo 44.º do CDOM e infracção à parte final do artigo do CP em referência, que resulte da comunicação de

¹⁵¹ Nas palavras de Rodrigues (2007:43) há que redigir os seguinte, “(...) *o legislador procura acantelar a própria saúde e vida do indivíduo, sem o que não fará sentido sequer falar em direito de autodeterminação do paciente*”;

¹⁵² Lei n.º 12/2005, de 16 de Janeiro (Regime jurídico da informação de saúde): artigo 3.º (n.º 2) - “*O titular da informação de saúde tem o direito de, querendo, tomar conhecimento de todo o processo clínico que lhe diga respeito, salvo circunstâncias excepcionais devidamente justificadas e em que seja **inequivocamente demonstrado que isso lhe possa ser prejudicial** (...)*”;



um diagnóstico ou prognóstico (art. 150.º [n.º 2] do CDOM) fatal para o paciente, pode o médico vir a ser acusado pelo crime de ofensa à integridade física¹⁵³ por negligência (art. 148.º do CP)¹⁵⁴, sem que haja uma violação do bem jurídico - integridade física, como por exemplo, da comunicação ao paciente de uma doença oncológica sem esperança ou de uma cegueira incurável, daí resultar num ataque cardíaco ou de uma depressão profunda.

Importa dizer, que ao estar a violar a parte final do artigo 157.º do CP, por não respeitar as regras técnicas mencionadas no CDOM, está em bom rigor, a violar a “*Leges Artis*”.

Artigo 50.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos Revelação de diagnóstico e prognóstico)
(...) 2 — A revelação exige prudência e delicadeza, devendo ser efectuada em toda a extensão e no ritmo requerido pelo doente, ponderados os eventuais danos que esta lhe possa causar.

O direito de recusa¹⁵⁵ de informação está previsto pela Convenção de Oviedo (art. 10.º [n.º2] - Vida privada e direito à informação): “*Qualquer pessoa tem o direito de conhecer toda a informação recolhida sobre a sua saúde. Todavia, a vontade expressa por uma pessoa de não ser informada deve ser respeitada*” e no artigo 50 (n.º 3) do

¹⁵³ O crime de ofensa à integridade física é um crime causal, isto é, a execução do mesmo pode ser levada a cabo por qualquer meio, onde se engloba o choque emocional/veneração da saúde devido à revelação de um diagnóstico ou prognóstico (Rodrigues, 2007:223);

¹⁵⁴ De notar, que o artigo 148.º n.º 1 e 2 do CP, incrimina e pune as ofensas ao corpo ou à saúde decorrentes de **acto médico** e se o agente for **médico** no exercido da sua profissão. Nesta norma deparemo-nos com a expressão «acto médico» ao passo que nos artigos 150.º e 156.º do CP refere as expressões «intervencções ou tratamentos médico-cirúrgicos». Não se trata aqui de uma variação de linguagem, mas dar um diferente alcance ao termo. Este «acto médico» não é nada mais que “(...) *todo aquele que é praticado com uma das finalidades a que se refere o artigo 150.º, ou seja no intuito de «prevenir, diagnosticar, debelar, ou minorar doença, sofrimentos, lesão ou fadiga corporal ou perturbação mental»*” (Rodrigues, 2007: 226-227 citando Paula Ribeiro de Faria, 1998:274).

Citando a Base XXXII (n.º 2) (Lei de Bases da Saúde), “*É definido na lei o conceito de acto médico.*”, contudo até ao momento, não existe conceito jurídico normativo de tal terminologia, sendo que o último projecto elaborado pela OM, acabou por ser vetado pelo Presidente da República. Veja-se a informação do Conselho regional do Norte da OM: <<http://www.nortemedico.pt/textos/?imr=3&imc=5n134n319n>>; A definição do conceito adoptado nas terminologias desta dissertação, consta no sítio da internet da OM e do INE, que curiosamente é mesmo texto que foi vetado;

¹⁵⁵ Este direito constitui uma dimensão do princípio da autonomia da pessoa humana, direito à reserva da vida privada, direito ao livre desenvolvimento da personalidade e na integridade e autodeterminação do sujeito;



CDOM. Mas pode haver restrições à própria renúncia do direito à informação como expõe o “artigo 26º - Restrições ao exercício dos direitos” da referida Convenção, principalmente nos casos de doenças contagiosas e dos perigos que daí advêm, tanto para a protecção do próprio paciente como para terceiros (ERS, 2009:28; Pereira, 2004:10; Alves, 2011:32), como por exemplo uma infecção provocada pelo vírus do ébola¹⁵⁶.

**Artigo 50.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos
Revelação de diagnóstico e prognóstico)**

(...)

3 — A revelação não pode ser imposta ao doente, pelo que não deve ser feita se este não a desejar.

**Artigo 26.º da Convenção Europeia sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina
Restrições ao exercício dos direitos**

1 — O exercício dos direitos e as disposições de protecção contidos na presente Convenção não podem ser objecto de outras restrições senão as que, previstas na lei, constituem providências necessárias, numa sociedade democrática, para a segurança pública, a prevenção de infracções penais, a protecção da saúde pública ou a salvaguarda dos direitos e liberdades de terceiros.

(...)

Em menor rigor na prestação de informação é a revelação de simples tratamentos de rotina, casos como tratar um dente ou administrar uma injeção, são actos que carecem que sejam informados da necessidade terapêutica, mas sem querer acrescentar mais a esta informação (Alves, 2011:29).

Nestas breves linhas, ficou ilustrado que, sendo uma norma juridicamente relevante e obrigatória para as intervenções ou terapêutica, veio a colocar quase um ponto final a séculos de paternalismo médico, que do mesmo modo, o código de deontologia e outros regulamentos médicos¹⁵⁷ impõem as estes profissionais a obtenção do consentimento, mediante o **prévio esclarecimento**, antes de procederem a qualquer intervenção ou tratamento, cuja violação levada a efeito por médico ou outros profissionais equiparados, é susceptível de preencher outras figuras típicas, tais como: a coacção, ofensas à integridade física ou mesmo a violação das “*Leges Artis*”¹⁵⁸.

¹⁵⁶ Manifesta-se através de febre, dores musculares, dores de garganta e dores de cabeça, sucedendo as náuseas, vômitos e diarreia e insuficiência hepática e renal. Nesta fase o paciente começa a ter problemas hemorrágicos (Fonte: OMS, acessível em <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/en/>>);

¹⁵⁷ Veja-se a Norma n.º 15/2013 da DGS (Consentimento informado...), anteriormente referida;

¹⁵⁸ Artigos 154.º, 143.º e ss, 150.º [n.º2] do CP (respectivamente);



2.1.5. Violação de segredo médico

Artigo 195.º do Código Penal Violação de segredo
Quem, sem consentimento, revelar segredo alheio de que tenha tomado conhecimento em razão do seu estado, ofício, emprego, profissão ou arte é punido com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 240 dias.

O “**artigo 195.º - Violação de segredo**”¹⁵⁹, por segredo pode-se entender que é tudo aquilo que seja do conhecimento de um número limitado de pessoas, podendo prejudicar um interesse particular ou público, caso esse conhecimento se alargue ou se estenda a outras pessoas. Já no tempo do mais ilustre médico da Antiguidade, Hipócrates¹⁶⁰, impôs a obrigação do médico de guardar segredo, mantendo-se até à actualidade e assumindo cada vez mais uma necessidade (Pereira, 2008:2).

Como explica Pina (2013:169) o segredo médico é o resultado “(...) *das confidências que o médico recebe do seu doente*” (correspondente ao artigo 85.º do CDOM - Princípio geral), mas não se restringe ao que o doente manifesta ao médico, mas também, “(...) **tudo** o que o médico observa e verifica ligado à doença”. Inclui-se neste «Tudo»: o que lhe diz o paciente ou outras pessoas, o que o médico observa por si e até o que ele descobre (mesmo que o paciente pretenda ocultar) e tudo o que se refere a resultados de MCDT. Deste modo, o interesse protegido é o da reserva sobre a vida privada das pessoas.

Artigo 85.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos Princípio Geral
O segredo médico é condição essencial ao relacionamento médico – doente, assenta no interesse moral, social, profissional e ético, que pressupõe e permite uma base de verdade e de mútua confiança.

Porém, existem raras excepções, que dispensam a guarda do segredo profissional, havendo interesses pessoais e sociais que prevalecem (defesa da saúde da comunidade, na administração da justiça), estando consagradas no “**artigo 88.º** -

¹⁵⁹ Crime Semi-Público;

¹⁶⁰ Médico da Antiguidade, nascido na ilha de Cós do mar Egeu, na Grécia, viveu aproximadamente entre 460 e 377 antes de Cristo, que elaborou o seu juramento (Juramento de Hipócrates), documento esse, que mais contribuiu para fazer da medicina a mais nobre de todas as profissões (Pina, 2013:4).

Veja-se o preceito que consta no juramento médico ligado ao segredo médico e adoptada pela Declaração de Genebra (1948) “*Respeitarei os segredos que me forem confiados, mesmo depois da morte do paciente*”;



“*Escusa do segredo médico*” do CDOM, como por exemplo: dispensa de guardar segredo sobre a revelação de um nascimento, de um óbito ou sobre uma doença de declaração obrigatória, já que por força da legislação, terá de revelar esse facto imperativamente às autoridades de saúde.

O elemento mais importante de justificação de uma quebra do segredo profissional será o consentimento do paciente (Pina, 2013:175).

Artigo 88.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos Escusa do segredo médico
Excluem o dever de segredo médico: a) O consentimento do doente ou, em caso de impedimento, do seu representante legal, quando a revelação não prejudique terceiros pessoas com interesse na manutenção do segredo médico; b) O que for absolutamente necessário à defesa da dignidade, da honra e dos legítimos interesses do médico ou do doente, não podendo em qualquer destes casos o médico revelar mais do que o necessário, nem o podendo fazer sem prévia autorização do Presidente da Ordem; c) O que revele um nascimento ou um óbito; d) As doenças de declaração obrigatória.

Num antigo parecer do conselho consultivo da PGR (1959)¹⁶¹, conclui o seguinte: “*O segredo profissional médico funda-se no interesse geral de sigilo, impondo-se, porém, o dever de revelação sempre que haja justa causa, isto é, quando a revelação se torne necessária para salvaguarda de interesses sociais manifestamente superiores*”. A **justa causa** de revelação verifica-se “*(...) quando houver suspeitas de qualquer crime público, caso em que o médico não poderá recusar-se a depor em processo penal salvo se a pessoa assistida puder incorrer em responsabilidade penal*”.

Esta norma do CP (art. 195.º) apenas é aplicável aos profissionais de saúde do sector privado, punível com pena de prisão até 1 ano ou com pena de multa até 240 dias. No caso do profissional de saúde ser funcionário público, estará sujeito ao “**artigo 383.º - Violação de segredo por funcionário**”¹⁶², com a agravante da moldura penal.

¹⁶¹ Acessível através do sítio da internet:

<<http://www.dgsi.pt/pgpr.nsf/7fc0bd52c6f5cd5a802568c0003fb410/516d6f1dcb504ccf8025661700419c9c?OpenDocument&Highlight=0,sa%C3%BAde>>;

¹⁶² Crime público;



Assim, os profissionais de saúde ao serviço do Estado vêm uma agravação da aplicação da pena, passando de um ano de prisão para os três anos ou com pena de multa, ou ainda, com pena de prisão de cinco anos se houver perigo para a vida ou para a integridade física de outrem ou para bens patrimoniais alheios de valor elevado¹⁶³.

Artigo 383.º do Código Penal Violação de segredo por funcionário
1 - O funcionário que, sem estar devidamente autorizado, revelar segredo de que tenha tomado conhecimento ou que lhe tenha sido confiado no exercício das suas funções, ou cujo conhecimento lhe tenha sido facilitado pelo cargo que exerce, com intenção de obter, para si ou para outra pessoa, benefício, ou com a consciência de causar prejuízo ao interesse público ou a terceiros, é punido com pena de prisão até três anos ou com pena de multa.
2 - Se o funcionário praticar o facto previsto no número anterior criando perigo para a vida ou para a integridade física de outrem ou para bens patrimoniais alheios de valor elevado é punido com pena de prisão de um a cinco anos.
3 - O procedimento criminal depende de participação da entidade que superintender no respectivo serviço ou de queixa do ofendido.

Em síntese, este segredo a que o médico está vinculado, “(...) traduz-se na proibição de revelar factos de que se teve conhecimento ou foram confiados em razão e no exercício de uma actividade profissional” (TRL, 2009)¹⁶⁴.

Também o Estatuto da Ordem dos Médicos (Lei n.º 282/1977, de 5 de Julho), estabelece no seu “artigo 13.º - Dos deveres e direitos”, alínea c), o dever do médico de “(...) guardar segredo profissional”.

Em geral, o sigilo médico está disperso por um conjunto vasto de fontes nacionais¹⁶⁵, cada um adaptado à sua realidade, mas todos têm o mesmo pressuposto, que é a confidencialidade.

Há ainda que diferenciar segredo profissional compartilhado, que consiste no resultado do conhecimento do médico em benefício do doente, pela colaboração requerida para

¹⁶³ Exceder 50 UC ou superior a 5100 euros [art. 202.º alínea a) do CP];

¹⁶⁴ Acessível através do sítio da internet:

<http://www.pgdlisboa.pt/jurel/jur_busca_processo.php?buscaprocesso=6060/08-3&codseccao=3>;

¹⁶⁵ Exemplos: Lei de Bases da Saúde: Base XIV – Estatuto dos utentes, “Ter rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados pessoais”.

DL n.º 60/2003, de 1 de Abril (Regula os cuidados de saúde primários): artigo 5.º - Direitos e deveres dos utentes, “O respeito pela dignidade e a preservação da vida privada; O rigoroso sigilo, por parte do pessoal, relativamente aos factos de que tenha conhecimento por motivo do exercício (...)”.

Lei n.º 46/1990, de 19 de Agosto (Ensaios clínicos com medicamentos de uso humano): artigo 43.º - Confidencialidade;

Lei n.º 46/2006, de 26 de Julho (Procriação medicamente assistida): artigo 5.º - Confidencialidade; artigo 43.º - Violação do dever de sigilo ou de confidencialidade;



se estudar e tratar convenientemente o doente, do segredo profissional derivado, que resulta da consequência inevitável de pessoas, que não estão directamente implicadas em responsabilidades médicas, terem de conhecer muito acerca do paciente e da doença, como por exemplo, o pessoal administrativo, as autoridades municipais e de registo público e sanitário (Pina, 2013:171).

Outra norma importante é o “*artigo 192.º - Devassa da vida privada*”¹⁶⁶, que não permite a divulgação de factos relativos à vida privada ou a doença grave de outra pessoa, não sendo punível quando o interesse público manifestamente superior prevalecer sobre o interesse privado.

Artigo 192.º do Código Penal Devassa da vida privada
1 - Quem, sem consentimento e com intenção de devassar a vida privada das pessoas, designadamente a intimidade da vida familiar ou sexual: (...) d) Divulgar factos relativos à vida privada ou a doença grave de outra pessoa; 2 - O facto previsto na alínea d) do número anterior não é punível quando for praticado como meio adequado para realizar um interesse público legítimo e relevante.

Tomemos em consideração um exemplo concreto, retirado de um parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (CNECV, 2000)¹⁶⁷, que expõe o seguinte facto: uma médica tem um paciente toxicodependente, seropositivo (vírus HIV¹⁶⁸) mas, este apesar de conhecer o risco de transmissibilidade e as formas de transmissão do vírus, nunca informou o seu cônjuge da doença. Perante esta situação coloca-se a seguinte questão: - Será que a médica tem legitimidade para convocar a esposa do paciente e comunicar-lhe a doença do marido, sem que a médica venha a ser responsabilizada por violação do sigilo profissional?

Neste caso concreto, a médica depara-se com o conflito entre dois deveres: o da **defesa da privacidade** do seu paciente através do sigilo médico e, por outro lado, o da

¹⁶⁶ Crime semi-público;

¹⁶⁷ Acessível através do sítio da internet:

<http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1273057546_P032_SigiloMedico.pdf>, ou ainda na revista digital da OM: <<http://issuu.com/revistaordemdosmedicos/docs/149>>;

¹⁶⁸ A infecção por VIH não é de declaração obrigatória;



protecção da saúde e vida da esposa do paciente. Vejamos então o que referem as normas do CDOM, aplicáveis ao caso:

Artigo 86.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos

Âmbito do segredo médico

(...)

2 — O segredo abrange **todos** os factos que tenham chegado ao conhecimento do médico no exercício da sua profissão ou por causa dela e compreende especialmente:

- a) Os factos revelados directamente pela pessoa, por outrem a seu pedido ou por terceiro com quem tenha contactado durante a prestação de cuidados ou por causa dela;
- b) Os factos apercebidos pelo médico, provenientes ou não da observação clínica do doente ou de terceiros;
- c) Os factos resultantes do conhecimento dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica referentes ao doente;
- d) Os factos comunicados por outro médico ou profissional de saúde, obrigado, quanto aos mesmos, a segredo.

(...)

Artigo 89.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos

Precauções que não violam o segredo médico

1 — **A obrigação do segredo médico não impede que o médico tome as precauções necessárias, promova ou participe em medidas de defesa da saúde, indispensáveis à salvaguarda da vida e saúde de pessoas que possam contactar com o doente, nomeadamente dos membros da família e outros conviventes.**

2 — Sendo a preservação da vida o **valor fundamental**, deverá o médico, em circunstância em que um doente tenha um comportamento que traga um risco real e significativo para a vida de outra pessoa, **tentar persuadi-lo** a modificar este comportamento, nomeadamente declarando que irá revelar a sua situação às pessoas interessadas.

Deste modo, evidencia-se o seguinte: *“Se o indivíduo tem direito a não ser discriminado, ao sigilo sobre a sua vida privada e sobre o seu estado de saúde, não há dúvida também que a sociedade tem o direito e o Estado a responsabilidade, de tomar medidas de prevenção que evitem a propagação de doenças como a SIDA”* (Sancho e Ferreira, 2004:10, 22).

Importa assim referir, que a médica sabendo da patologia do paciente, deve tentar por todos os meios, **persuadi-lo** a informar aqueles que possam efectivamente ser afectados pelo seu estado de saúde.

Em resposta à questão em apreço, retira-se do parecer a seguinte conclusão: *“(...) a obrigação de segredo médico cessa, nestas circunstâncias específicas, e na estrita medida do necessário para salvaguardar o direito à saúde e à vida da mulher do doente seropositivo”*¹⁶⁹.

¹⁶⁹ Aquele parecer refere ainda *“(...) que o direito à saúde e à vida, por serem bens jurídicos superiores merecem uma salvaguarda maior, ainda que tal implique o sacrifício de um direito protegido, como o é o da reserva da intimidade”*;



Esta conclusão transporta-nos para um princípio importante, o **princípio da prevalência do interesse preponderante**. Citando o acórdão do TRL (2007)¹⁷⁰ refere que este princípio “(...) só faz sentido de ser aplicado aos interesses em concreto conflitantes, pelo que cabe ter em consideração os dois particulares interesses concretamente em conflito, e, sopesando-os, apurar qual deles deve prevalecer”.

Notícia semelhante é publicada pelo Jornal Público (2013d)¹⁷¹, sobre um caso que envolve um casal de namorados adolescentes, na qual, a adolescente de 17 anos, grávida e seropositiva, se recusava avisar o companheiro do risco de contágio que este corre ao manter relações sexuais desprotegidas. Mais uma vez a notícia evidencia a situação excepcional consagrada no artigo 89.º do CDOM, de que o sigilo médico pode ser quebrado, pois “**o valor fundamental**” em causa é a preservação da saúde e da vida. Entrevistado o consultor jurídico Paulo Sancho da Ordem dos Médicos (OM), refere que o médico deve “(...) tentar primeiro persuadir o doente a modificar o seu comportamento. Só depois poderá revelar a situação às pessoas interessadas, avisando o paciente que o vai fazer”.

Com estes exemplos, os direitos de reserva à vida privada e de autodeterminação informativa no domínio da saúde tem um duplo sentido, descrito no acórdão TRP (2013)¹⁷²:

Acórdão TRP (2013)

“Segredo profissional; Dispensa de sigilo profissional médico”

1 – Enquanto direito dos doentes, visa respeitar a confidencialidade sobre os dados pessoais a que os utentes têm direito;
2 – Enquanto obrigação legal e deontológica dos médicos, visa preservar a vertente essencial da relação de confiança que se estabelece entre o médico e o doente;

Apesar disso, pode ser dispensado o sigilo profissional médico desde que o interesse a salvaguardar seja considerado preponderante.

¹⁷⁰ Acessível através do sítio da internet:

<<http://www.dgsi.pt/jtrl.nsf/33182fc732316039802565fa00497eec/e9624f2a66c47a4c802572e20063a109?OpenDocument>>;

¹⁷¹ Notícia acessível através do sítio da internet: <<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/medicos-devem-avisar-companheiros-de-seropositivos-do-risco-de-contagio-se-os-doentes-nao-o-fizerem-1601188>>;

¹⁷² Acessível através do sítio da internet:

<<http://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/d1d5ce625d24df5380257583004ee7d7/77939c8973b7101d80257b43004f6347?OpenDocument>>;



Em minha opinião, no âmbito do artigo 88.º do CDOM, sugiro que uma das excepções a contemplar a escusa do segredo médico, sejam as doenças do foro psiquiátrico. Neste caso concreto, podemos adaptar à realidade portuguesa, o exemplo do acidente de aviação do copiloto alemão da Germanwings em 2015, que ao estar perante um quadro depressivo agudo, fez despenhar o avião com cerca de 150 pessoas a bordo.

Há que concluir o seguinte¹⁷³:

- A obrigação de guardar segredo médico deve ser mantida como regra geral;
- Em caso de dúvida, deve sempre guardar-se o segredo médico;
- As causas que dispensam o médico de guarda do segredo profissional são poucas;
- Se o médico resolver falar, deve proceder com cautela, verificando bem os prós e os contras;
- Se o médico tiver necessidade de esclarecimento, deve consultar a OM.

Tabela 5 - Manchetes de Jornais (Violação de Segredo Médico)

Manchetes de Notícias		Descrição Sumária
1.º	<i>Burla: Tribunal da Relação ordena quebra de sigilo a médico</i> ¹⁷⁴	Em Abril de 2012, no âmbito de um processo sobre burlas tributárias, os investigadores solicitaram a um médico, documentos clínicos respeitantes a uma paciente, mas o médico invocou o sigilo médico, recusando-se a fornecer tal documentação. O TRP ordenou a quebra de sigilo profissional e a apreensão do processo clínico. A paciente durante 2001 e 2008, terá recebido mais de 75 mil euros de subsídios de doença, auferindo ao mesmo tempo do salário da entidade patronal.
2.º	<i>Relação ordena quebra de sigilo a médica</i> ¹⁷⁵	Perante a recusa de uma médica e da OM prestarem esclarecimentos ao MP, sobre uma paciente que se dedicava à prostituição e portadora de HIV, alegando a inviolabilidade do sigilo profissional, o caso foi remetido para o TRL e dele não há recurso. O TRL ordenou desde logo a quebra do sigilo profissional, pois considerou estar em causa um eventual crime de propagação de doença contagiosa de que é suspeita. O procurador defende que o segredo profissional não é absoluto, podendo ser quebrado sempre que outro interesse se lhe sobreponha.
3.º	<i>Sigilo médico. Em Portugal copiloto alemão teria sido proibido de voar</i> ¹⁷⁶	Juristas e médicos defendem que, em Portugal, segredo profissional não é “valor absoluto”, a ponderação é feita em face de circunstâncias concretas, como o de colocar em risco valores fundamentais como a vida. O Bastonário da OM que terá sempre de dar a autorização aos profissionais para o fazerem, admite que já recusou alguns.

Fonte: Elaboração própria

¹⁷³ Pina (2013:175);

¹⁷⁴ Fonte: <<http://www.tvi24.iol.pt/sociedade/sigilo-medico/burla-tribunal-da-relacao-ordena-quebra-de-sigilo-a-medico>>;

¹⁷⁵ Fonte: <http://www.jn.pt/PaginaInicial/Interior.aspx?content_id=689846>;

¹⁷⁶ Fonte: <http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=4482901>;



2.1.6. Atestado falso

Artigo 260.º do Código Penal Atestado falso
1 - O médico, dentista, enfermeiro, parteira, dirigente ou empregado de laboratório ou de instituição de investigação que sirva fins médicos, ou pessoa encarregada de fazer autópsias, que passar atestado ou certificado que sabe não corresponder à verdade , sobre o estado do corpo ou da saúde física ou mental, o nascimento ou a morte de uma pessoa, destinado a fazer fé perante autoridade pública ou a prejudicar interesses de outra pessoa, é punido com pena de prisão até dois anos ou com pena de multa até 240 dias.
2 - Na mesma pena incorre o veterinário que passar atestados nos termos e com os fins descritos no número anterior relativamente a animais.
3 - Na mesma pena incorrem as pessoas referidas nos números anteriores que passarem atestado ou certificado ignorando se correspondem à verdade os factos deles constantes.
4 - Na mesma pena incorre quem passar atestado ou certificado referido nos n.os 1 e 2 arrogando-se falsamente as qualidades ou funções neles referidas.
5 - Quem fizer uso dos referidos certificados ou atestados falsos, com o fim de enganar autoridade pública ou prejudicar interesses de outra pessoa , é punido com pena de prisão até um ano ou com pena de multa até 120 dias.

O “**artigo 260.º - Atestado falso**”¹⁷⁷, trata-se de um crime específico próprio, na medida em que só pode ser cometido por pessoas que possuam certas qualidades, exigindo-se que seja praticado com dolo (TRP, 2009)¹⁷⁸. Nesta norma, o profissional de saúde¹⁷⁹ pode incorrer na violação de dois interesses distintos, no qual o atestado/certificado se destina a fazer fé: primeiro, o atestado falso se destina a provar algo perante uma autoridade pública, e segundo, tenha por finalidade prejudicar interesses de terceiros. Deste modo o profissional de saúde que emitir o atestado e que o conteúdo não corresponda à veracidade dos factos (n.º 1, 2), ou ignorando-se corresponder à veracidade dos factos (n.º 3) sobre o estado do corpo, da saúde física ou mental, do nascimento ou da morte (de pessoa ou animal), violando um dos interesses acima referidos, ou ainda, quem emitir atestado na qualidade de falso profissional de saúde (n.º 4), incorre numa responsabilização penal¹⁸⁰.

A norma faz duas distinções quanto ao conteúdo do atestado: os factos não correspondem à verdade – facto falso (n.º 1, 2), ou ignorando se os factos correspondem à verdade (n.º 3), isto é, distingue entre atestados que têm por

¹⁷⁷ Crime público;

¹⁷⁸ Acessível através do sítio da internet:

<<http://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/0/aeb7dbe8bc9334bf8025756f005172d0?OpenDocument>>;

¹⁷⁹ Esta norma abrange os seguintes profissionais de saúde: médico, dentista, enfermeiro, parteira, veterinário, dirigente ou empregado de laboratório ou de instituição de investigação que sirva fins médicos, pessoa encarregada de fazer autópsias;

¹⁸⁰ Em ambos os casos: Pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias;



conteúdo e objectivo uma falsidade e os que, certificando um facto verdadeiro (ou não), não existe uma verificação do médico, embora em ambos os casos tenham a mesma responsabilização.

Da mesma forma que comporta duas modalidades: a passagem/emissão e o uso de atestado/certificado falsos. O primeiro, consiste na introdução de um facto falso (n.º 1, 2, 3, 4), enquanto o segundo consiste na utilização dos mesmos (n.º 5), apresentando-os à autoridade pública ou a outra pessoa (Jornal Médico, 2015).

Artigo 98.º do CDOM Atestados médicos
1 — Por solicitação livre, e sem qualquer coacção, do interessado ou seu legal representante, o médico tem o dever de atestar os estados de saúde ou doença que verificou durante a prestação do acto médico e os tenha registado. (...)
3 — Os atestados de doença, além da correcta identificação do interessado, devem afirmar, sendo verdade, a existência de doença, a data do seu início, os impedimentos resultantes e o tempo provável de incapacidade que determine; não devem especificar o diagnóstico de que o doente sofre, salvo por solicitação expressa do doente, devendo o médico, nesse caso, fazer constar esse condicionalismo. (...)

Existem actualmente diversos tipos de atestados: atestado de um facto médico, de um estado mórbido¹⁸¹, de saúde física e mental¹⁸² e, por último certificado de nascimento ou de óbito (Pina, 2013:162-164).

Afiguram-se algumas considerações específicas relativamente aos certificados de óbito¹⁸³:

- Pode ser emitido pelo médico habitual do doente (ou médico de família), mesmo que não tenha visto o paciente nas últimas semanas, mas sim o corpo após a morte;
- Pode ser emitido por um médico que assistiu o falecido durante a sua última doença;
- Considera-se que um médico pode passar um certificado de óbito que assistiu o falecido nos últimos 7 dias que antecederam a morte;

¹⁸¹ Atestado de doença – que impede a comparência do doente no local de trabalho ou no Tribunal;

Atestado de um estado mórbido – que certifica um acidente ou agressão;

Atestado para um internamento – para assistência num estabelecimento de saúde;

Atestado de alienação mental – que certifica o internamento de um doente mental;

¹⁸² Atestado para o acesso à função pública, para realização de um seguro de vida, para revalidação da carta de condução de veículos motorizados, para a prática de actividades desportivas;

¹⁸³ Pina (2013:164);



- Um qualquer médico chamado ao domicílio da pessoa falecida e desconhecida para o médico, o mesmo não se encontra habilitado a passar o certificado de óbito, pelo que deve comunicar às autoridades a necessidade de autópsia¹⁸⁴.

O acórdão TRP (2009)¹⁸⁵ é um exemplo claro de atestado falso. Decidiu o Tribunal de 1ª instância sentenciar uma médica (100 dias de multa à taxa diária de 14 euros) por passar “(...) *atestado ou certificado que sabe não corresponder à verdade*”, neste caso Certificados de Incapacidade Temporária de forma reiterada. Deste modo, o n.º 1 da norma¹⁸⁶, exige que quem atesta ou certifica, sabe o que declara não corresponde ao seu próprio conhecimento, pelo que aquele Tribunal deu como provado o seguinte: “*Após o termo da baixa inicial, o arguido B..... [cidadão português emigrado na Alemanha] dirigiu-se várias vezes, nos meses seguintes, ao Centro de Saúde nº ., onde, sem ser visto por qualquer médico, ou por alguém com capacidade para certificar que o mesmo estava doente, lhe foram emitidas baixas médicas [à excepção da baixa inicial, foram passadas 21 atestados], (...) todos assinados pela arguida E.....*”.

Artigo 99.º do CDOM

Proibição de atestado de complacência

- 1 — O médico não pode emitir atestados de complacência ou relatórios tendenciosos sobre o estado de saúde ou doença de qualquer pessoa mesmo que esta lho solicite.
- 2 — Todos os factos atestados, bem como as razões subjacentes às declarações produzidas, devem constar de um registo na posse do médico ou da instituição prestadora.

Segundo a notícia do Jornal Público (2013e)¹⁸⁷, uma inspecção realizada pela IGAS a uma amostra de 384 Certificados de Incapacidade Temporária (de um total 750 mil) passados entre 2009 e 2011, revela “(...) **que o incumprimento é generalizado, transversal ao SNS e bastante análogo**”, fundamentando que foram encontradas situações de incumprimento em todas as unidades de saúde inspeccionadas.

¹⁸⁴ Regra geral, devem ser submetidos a autópsia, todos os falecimentos que ocorram nas seguintes circunstâncias (Código de Registo Civil: artigo 197.º - Casos de autópsia):

- Morte violenta (acidente, suicídio ou homicídio);
- Mortes por causas desconhecidas, onde se incluem as mortes súbitas.

¹⁸⁵ Acessível através do sítio da internet:

<<http://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/0/aeb7dbe8bc9334bf8025756f005172d0?OpenDocument>>;

¹⁸⁶ De ressaltar que no final do acórdão há o voto vencido que refere que a conduta da arguida E deveria ser punida pelo n.º 3 do art. 260.º do CP, discordando que os factos preenchem o n.º 1 do aludido artigo;

¹⁸⁷ Notícia acessível através do sítio da internet: <<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/30-dos-atestados-medicos-inspeccionados-nao-tinham-motivos-clinicos-suficientes-1610641>>;



Feita uma leitura ao relatório IGAS n.º 120 (2012:4-5), refere que o maior número de médicos em incumprimento, situam-se no Centro de Saúde de Olivais e de Felgueiras, e que em situação inversa, estão os médicos que se situam no Centro de Saúde da Marinha Grande e Ovar. As principais irregularidades detectadas foram a falta do código da unidade de saúde e a falta do código da cédula profissional do médico.

Tabela 6 - Manchetes de Jornais (Atestados falsos)

Manchetes de Notícias		Descrição Sumária
1.º	<i>Aumentam casos de baixas falsas</i> ¹⁸⁸	Em 2011 foram detectadas 4604 situações de baixa médica falsa, de acordo com dados do Instituto da Segurança Social. Durante os primeiros onze meses de 2012, foram detectados 4733 casos irregular de baixas médica, que totalizam nestes dois últimos 9337 casos de baixa médica fraudulenta. Entre Janeiro e Novembro de 2012 foram efectuadas 18564 juntas médicas e foram efectuadas 4255 acções de fiscalização. O vice-presidente da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral diz que <i>“Uma das medidas poderia passar pela devolução pelo doente do dinheiro que recebeu da baixa e pela sanção ao clínico que possa ter sido complacente com a situação”</i> .
2.º	<i>Inspecção detecta “fortes indícios” de atestados médicos fraudulentos</i> ¹⁸⁹	Conclui a IGAS que há fortes indícios de que tanto nas unidades do Serviço Nacional de Saúde como no âmbito da clínica privada com convenções com a ADSE estejam a ser emitidos atestados médicos <i>“(…) sem evidência de acto/contacto clínico, omissão que pode, eventualmente, sugerir a emissão de atestados de complacência”</i> . A conduta pode configurar a violação do CDOM e num eventual ilícito criminal de burla e de falsificação de documento.
3.º	<i>Mulher utiliza atestados médicos falsos durante sete anos</i> ¹⁹⁰	Uma mulher que usou durante sete anos (2001 – 2008) atestados médicos falsos, foi condenada a 4 anos de pena suspensa e a restituir o valor de 75 mil euros por ter lesado a Segurança Social. Refere o acórdão, que a arguida para além de enganar o estado, mentiu aos médicos.
4.º	<i>Médicos passam atestados falsos para cartas de condução</i> ¹⁹¹	Três médicos foram acusados de participar numa rede que atribuía de forma fraudulenta atestados de aptidão física e mental a centenas de pessoas que aceitavam pagar luvas para tirar a carta de condução.
5.º	<i>Todos absolvidos no caso dos alegados atestados falsos em escolas de Guimarães</i> ¹⁹²	Conhecido como <i>“epidemia de Guimarães”</i> , o caso remonta a Julho de 2000, em que duas escolas secundárias desta região, receberam mais de 900 alegados atestados médicos falsos de alunos, para justificar as faltas durante a época das provas globais, alegando <i>“cansaço e stress”</i> . O caso terminou com a absolvição de todos os arguidos.

Fonte: Elaboração própria

¹⁸⁸ Fonte: <<http://www.cmjornal.xl.pt/exclusivos/detalhe/aumentam-casos-de-baixas-falsas.html>>;

¹⁸⁹ Fonte: <<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/inspecao-detecta-fortes-indicios-de-atestados-medicos-fraudulentos-1552379>>;

¹⁹⁰ Fonte: <<http://cmtv.sapo.pt/atualidade/detalhe/mulher-utiliza-atestados-medicos-falsos-durante-sete-anos.html>>;

¹⁹¹ Fonte: <http://www.jn.pt/PaginaInicial/Seguranca/Interior.aspx?content_id=4043943>;

¹⁹² Fonte: <<http://www.publico.pt/sociedade/jornal/todos-absolvidos-no-caso-dos-alegados-atestados-falsos-em-escolas-de-guimaraes-83310>>;



2.1.7. Recusa de médico

Artigo 284.º do Código Penal Recusa de médico
O médico que recusar o auxílio da sua profissão em caso de perigo para a vida ou de perigo grave para a integridade física de outra pessoa, que não possa ser removido de outra maneira, é punido com pena de prisão até 5 anos.

O “**artigo 284.º - Recusa de médico**”¹⁹³, recai exclusivamente sobre um autor – o médico, descreve que o mesmo no exercido das suas funções tem o dever de efectuar os tratamentos adequados, em caso de perigo para a vida ou perigo grave para a integridade física, que de outra maneira não possa ser removido. É considerado como um crime omissivo puro (ou própria)¹⁹⁴, que mediante o dever de prestar os cuidados adequados à situação do paciente (dever de garante – art. 10.º n.º 2 do CP) e a consequência directa da sua conduta omissiva, pode-lhe ser imputado outros crimes de resultado, como por exemplo a omissão de auxílio, o de intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários (situações de urgência), a violação das “*Leges Artis*”¹⁹⁵, ou de outros ilícitos específicos da actividade médica, em que os bens jurídicos protegidos¹⁹⁶ na norma são a vida e a integridade física (Rodrigues, 2007:130, 178; TRP, 2013).

Os pressupostos ou elementos típicos deste ilícito são: a recusa do auxílio profissional, o perigo para a vida ou perigo grave para a integridade física do paciente, e por fim, a impossibilidade de remoção do perigo por outra via. A violação desta norma não exige

¹⁹³ Crime público;

¹⁹⁴ Os crimes comissivos por omissão, revestem-se de natureza puramente normativa. No Direito português, equipara a omissão da acção esperada à acção (por exemplo um salva-vidas que, por falta de atenção, não socorre um banhista que acaba por morrer afogado; o salva-vidas não é causador da morte do banhista, no entanto, a ordem jurídica equipara a omissão da acção esperada do salva-vidas à do agente de um crime de homicídio negligente comissivo por acção) (Rodrigues, 2007:279);

- **Omissão pura (ou própria)** - quando um agente que só pode ser médico em exercício da sua actividade, pratica um crime através de um comportamento omissivo. Dito por outras palavras, o médico deixa de realizar determinada conduta, tendo a obrigação jurídica de a praticar (dever de garante), violando uma determinada norma (crime formal), ou seja, configura-se com a simples abstenção da conduta devida, quando podia e devia realizá-la, independentemente do resultado;
- **Omissão impura (ou imprópria)** – quando a omissão é o meio através do qual produz um determinado resultado (crime formal), praticado por qualquer outro agente (sem o dever de garante);

¹⁹⁵ Código Penal: artigos 200.º, 156.º (n.º2) e 150.º (n.º 2) (repetivamente);

¹⁹⁶ A respeito dos bens jurídicos protegidos, o acórdão do TRP (2013) profere o seguinte: “O crime previsto no art.º 284º do Código Penal é de perigo concreto quanto ao grau de lesão dos bens jurídicos protegidos - vida e integridade física - e de resultado quanto à forma de consumação do ataque ao objecto da acção”.



qualquer resultado típico (crime formal), por outro lado, se da omissão do médico e dessa conduta resultar a morte ou lesão física do paciente, poderá o médico de acordo com a lesão sofrida (crime subsidiário), ficar indiciado pelos crimes de homicídio ou ofensas corporais graves¹⁹⁷ (Rodrigues, 2007:140-141).

Normalmente ocorre uma certa confusão e dificuldade em distinguir se um determinado facto, integra o ilícito típico da recusa de médico ou omissão de auxílio (art. 200.º do CP). Desde logo a recusa de médico distingue-se à partida pelo agente, que só pode ser médico em exercício da actividade (crime específico próprio) e responsável por garantir os cuidados médicos (dever de garante – art. 10.º n.º 2 do CP), depois também aqui não é imposto um geral dever de auxílio, mas uma prestação de cuidados médicos adequados à situação, ao passo que na omissão de auxílio, impõe um dever **geral** onde não só inclui o médico, mas qualquer outro sujeito, que apesar de não impor um dever directo de prestar cuidados, impõe um dever de auxílio necessário ao seu alcance, para afastar o perigo para vida ou perigo grave para a integridade física (Rodrigues, 2007:141-156, 178).

Por exemplo, enquadra-se neste ilícito (art. 284.º), o médico que por descuido ou imprudência (forma de evitar perigo), não presta a assistência devida ao paciente e este venha morrer ou ficar afectado na saúde, ou se presta a assistência e considerar que mais nada ocorrerá. Também o médico de urgências ou de serviço a quem o paciente se dirige, está vinculado ao dever de actuar (dever de garante) de modo a evitar um resultado danoso para o paciente (Rodrigues, 2007:143).

Como vem a exemplificar nitidamente o acórdão do TRP (2012)¹⁹⁸, de uma má prática ocorrida na Unidade Hospitalar de Mirandela¹⁹⁹, configurando-se na prática de um crime de recusa de médico “(...) a ausência do hospital da única obstetra de serviço

¹⁹⁷ Crime subsidiário - Código Penal: artigo 131.º - Homicídio; artigo 144.º - Ofensas à integridade física grave (respectivamente);

¹⁹⁸ Fonte:

<<http://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/d1d5ce625d24df5380257583004ee7d7/70d1902860b382cf802579c6003cbbf0?OpenDocument>>;

¹⁹⁹ Integrado actualmente na Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE;



durante o trabalho de parto” para ir para casa, ficando encarregue do caso uma parteira, que apenas solicitava a presença da obstetra “(...) em caso de surgir alguma situação que a mesma não conseguisse resolver” (sendo prática habitual).

Desta má prática da médica, causou ao nascituro lesões irreversíveis para a saúde: *“Como consequência directa e necessária dessa asfixia perinatal, (...) sofreu edema cerebral extenso e veio a nascer com paralisia cerebral e epilepsia, em consequência da encefalopatia hipoxico-isquémica, atraso muito marcado do desenvolvimento psicomotor e microcefalia, com uma incapacidade permanente de 95%”.*

São vários os momentos em que a autoridade judicial evoca a recusa de médico: *“Se a arguida tinha a obrigação de estar presente e acompanhar o parto e não o faz, isso, só por si, configura uma situação de recusa de médico.”²⁰⁰, “(...) sem se preocupar ou indagar da situação clínica da parturiente, sabendo como é óbvio na sua especialidade, que de um momento para o outro a situação pode reclamar a tomada de decisões e onde o factor tempo, mais uns minutos menos uns minutos, pode fazer a diferença entre a vida e a morte, configura, em abstracto, a recusa de médico”.*

Pode-se verificar que se estabelece um paralelismo entre o resultado desta omissão (consagrado no art. 284.º do CP) e o dever de garante previsto no artigo 10.º n.º 2 do CP, que vincula o *“(...) médico ao dever pessoal e jurídico de evitar o resultado típico”²⁰¹* da omissão da acção (Rodrigues, 2007:141, 173).

Afiguram-se a seguir dois exemplos de autores citados na obra de Rodrigues (2007:142), que estabelecem este paralelismo. Escreve o Doutor Taipa de Carvalho: *“Nos casos em que existe este dever jurídico de garante, a não prestação da assistência*

²⁰⁰ Acórdão TRP (2012): *“O **perigo**, em abstracto, para a vida ou integridade física existe sempre em qualquer parto, sendo do conhecimento da arguida que, de um momento para o outro um parto se pode complicar, pelo que é necessária a presença da obstetra para atempadamente tomar decisões e desenvolver práticas que **só ao médico cabem**, como, decidir se o parto vai ser via baixa, com fórceps, cesariana, aplicação de ventosa, etc.”;*

²⁰¹ De esclarecer que o médico não é o garante da cura do paciente ou da evitação da morte, pois a actividade médica exprime-se numa obrigação de meios e não de resultados, e ainda de muitos outros factores estranhos ou não controláveis pelo médico. Dito isto, não se exige do médico a cura nem da melhoria do estado de saúde, mas antes, *“(...) o esforço possível adequado a obter tais resultados”* ou ainda *“(...) todo o cuidado necessário a evitar a produção de lesão à saúde ou à vida do paciente”* (Rodrigues, 2007:137, 275);



médica fará incorrer o omitente em crime de homicídio ou ofensas corporais graves, quando (...) ocorrer a morte ou lesão grave para a saúde. (...) É portanto, necessário que, para além do dever de garante, haja dolo (bastando o eventual²⁰²). Este autor salienta ainda, que o dever de garante incide sobre os médicos enquanto prestam serviço nos hospitais, ou sobre os médicos em geral quanto aos seus clientes habituais e que não haja tempo para serem transportados a um hospital.

Escreve Teresa Quintela Brito, no que se refere à tentativa, o homicídio por omissão não se afigura ser suficiente em todos os casos, pois nos “(...) casos em que o perigo existente é de tal ordem, que a recusa de intervenção deve ser imediatamente qualificada como uma omissão idónea «à produção» do resultado da morte²⁰³. Aqui estamos perante um outro tipo de perigo, sendo consequência do resultado da produção do médico, ou seja, para além do próprio problema de saúde que coloca o paciente em perigo de vida, há também o perigo do próprio resultado da produção, tratando-se “(...) de um perigo real, actual, sério e efectivo e não meramente presumido, como tem vindo a entender a nossa jurisprudência”.

Do que foi anteriormente escrito, resultam várias situações distintas: em todos os casos de perigo para a vida, o médico de serviço ou de urgências, recuse o auxílio da sua profissão (com dolo), e dessa conduta ou em função do resultado do dano o paciente não sobreviver, configura-se num crime de homicídio por omissão; nos casos em que há um perigo actual e sério resultante da intervenção médica²⁰⁴, a recusa do médico deverá ser qualificado como uma omissão idónea; o dever de actuar de garante, apenas vincula o médico integrado nesse prestador (dever jurídico), do dever

²⁰² Admite como consequência necessária/possível de um crime e confronta-se com o resultado. O agente sabe que o seu comportamento é típico e preenche um tipo legal de crime, mas age independentemente do resultado se vir a verificar, porque admite que o resultado se possa verificar. Dito de outra forma, a pessoa não tem como objectivo final uma certa consequência e nem a vê como necessária ao seu acto, mas admite que possa acontecer (aproxima-se da negligência consciente, mas aqui o agente conforma-se com o resultado);

²⁰³ Código Penal: artigo 22.º n.º 2 alínea b) - Tentativa “(São actos de execução: (...)) Os que forem idóneos a produzir o resultado típico”;

²⁰⁴ É previsível que o resultado da intervenção implique a morte ou outro perigo (surdez, cegueira, paralisia);



de assistir o paciente; e por fim, quanto à tentativa, o resultado só se enquadra neste ilícito se houver dolo²⁰⁵.

Artigo 10.º do Código Penal

Comissão por acção e por omissão

1 - Quando um tipo legal de crime compreender um certo resultado, o facto abrange não só a acção adequada a produzi-lo como a omissão da acção adequada a evitá-lo, salvo se outra for a intenção da lei.

2 - A comissão de um resultado por omissão só é punível quando sobre o omitente recair um dever jurídico que pessoalmente o obrigue a evitar esse resultado.

3 - No caso previsto no número anterior, a pena pode ser especialmente atenuada.

Do dever de garante exceptuam-se três situações²⁰⁶:

1. O médico pode negar-se a atender outro paciente, quando o paciente assistido ou que se prepare para assistir, esteja em situação de urgência que lhe possa provocar perigo²⁰⁷;
2. O médico pode recusar a assistência por se encontrar em local distante do exercício profissional, sabendo que estão disponíveis outros médicos para o efeito, nos casos em que o paciente solicite a sua intervenção;
3. O médico pode recusar-se em determinação do grau de urgência, segundo indicações dadas pelo paciente²⁰⁸ (não é exigível que o médico sacrifique o seu repouso para assistir um paciente que está com uma simples constipação).

Ainda neste contexto, não comete o crime de recusa de médico, o médico que por força da sua diferente especialidade não presta o auxílio profissional nesse domínio patológico, no entanto deverá promover o auxílio necessário ao seu alcance, ou seja, providenciar os adequados procedimentos básicos de médico (primeiros socorros) até que seja transportado para hospital e receber cuidados na respectiva especialidade. A

²⁰⁵ Rodrigues (2007:144) citando Germano Marques da Silva, refere “Dada a estrutura dos crimes culposos, não é possível a tentativa neste crime, pois o agente não pode alcançar o resultado se não livre vontade a ele dirigida. A tentativa é sempre dolosa e exige, além disso, a decisão de cometer o crime consumado”;

²⁰⁶ Rodrigues (2007:131-132);

De salientar que fora deste cenário, permanecem os médicos especialistas e médicos que exerçam em hospitais ou em centros clínicos, cujo raio de actividades se limita a tais instituições;

²⁰⁷ Configura o direito de necessidade (art. 34.º do CP), que exclui a ilicitude da recusa de atender o outro paciente, não estando este em situação de urgência. Caso o médico esteja já a atender um paciente urgente e porventura venha(m) a existir outro(s), dependendo da avaliação das situações, deve o médico dar prevalência ao doente que já está a atender, ficando excluído da ilicitude penal como consagra o CP, no seu artigo 36.º - Conflito de deveres (Rodrigues, 2007:303-304);

²⁰⁸ Para estes casos, Rodrigues (2007:131) refere Eb Schmidt: “(...) se existir a menor razão para supor que pode tratar-se de um caso grave é preferível que o médico se disponha a efectuar uma visita desnecessária do que arriscar-se a uma responsabilidade penal (...)”;



título de exemplo um oftalmologista que esteja perante um paciente vitimado por um ataque cardíaco, não poderá prestar o auxílio profissional naquele domínio, pelo que não incorrerá no crime de recusa de médico se o não fizer²⁰⁹, mas terá o dever de promover o auxílio necessário, sob pena de violar efectivamente a norma (art. 284.º).

É necessário também verificar o que o CDOM refere a este respeito, que se afigura no “artigo 41.º - Direito de recusa de assistência”.

Artigo 41.º do Código Deontológico da Ordem dos Médicos Direito de recusa de assistência
1 — O médico pode recusar-se a prestar assistência a um doente, excepto quando este se encontrar em perigo iminente de vida ou não existir outro médico de qualificação equivalente a quem o doente possa recorrer. 2 — O médico pode recusar-se a continuar a prestar assistência a um doente, quando se verifiquem cumulativamente os seguintes requisitos: a) Não haja prejuízo para o doente, nomeadamente por lhe ser possível assegurar assistência por médico de qualificação equivalente; b) Tenha fornecido os esclarecimentos necessários para a regular continuidade do tratamento; c) Tenha advertido o doente ou a família com a antecedência necessária a assegurar a substituição.

Desde logo, verifica-se à partida que o artigo do CDOM colide com o presente artigo do CP que não exige “*perigo iminente*” para impor ao médico, o dever de assistência ao paciente, bastando apenas que haja perigo para a vida ou perigo grave para a integridade física, ao passo que a regra do CDOM confere ao médico o direito de se recusar em situação de perigo que não o de “*perigo iminente*” de vida. Além disso, este mesmo artigo do CP vem a colidir com um outro também do CDOM, precisamente com o “artigo 8.º - Situação de urgência”, que impõe ao médico o dever de assistência “(...) em qualquer lugar ou circunstância, prestar tratamento de urgência a pessoas que se encontrem em **perigo imediato**”, o que faz permanecer a recusa para situações que não o de perigo iminente de vida (Rodrigues, 2007:133).

Assim, o “artigo 41.º - Direito de recusa de assistência”, ressalva a ideia que só em situações extremas o médico tem o dever de socorrer, tendo o direito de se recusar fora da situação de perigo iminente, o que é totalmente falso à luz do CP e “(...)

²⁰⁹ Refere Rodrigues (2007:188), que este exemplo transcrito na sua tese, havia defendido a solução contrária, no entanto após a reflexão que resultou na discussão, impôs a sua rectificação;



inadmissível nos Estados de Direito democráticos”, onde a ética médica não pode deixar de estar ligada à dignidade da pessoa humana²¹⁰ (Rodrigues, 2007:133).

Daqui resulta, que deste dever jurídico (do médico – posição de garante), tenha resultado eventualmente nalguma incongruência por parte do legislador com o sistema de normas, que poderá levantar determinados problemas e dúvidas, levando a diferentes interpretações para quem aplica a doutrina.

Contudo refere a norma do CDOM, só pode haver recusa de continuar a prestar assistência ao paciente, quando se verificarem conjuntamente as seguintes três condições: não haja prejuízo para o paciente, nomeadamente que essa assistência seja assegurada por médico de qualificação equivalente; que ao médico substituto lhe seja fornecido os esclarecimentos necessários; e, por fim, tenha advertido o paciente ou a família com antecedência necessária da sua substituição.

Também não integra o ilícito típico de recusa de médico, o médico se apenas souber ou for informado ou receba informação, que em determinado lugar está alguém em perigo de vida ou perigo grave para a saúde não acudindo o necessitado, pois no entendimento de Rodrigues (2007:181), a exigência de um pedido ou a divulgação de uma informação, não compromete o médico numa recusa, apenas deverá “(...) *traduzir-se numa conduta omissiva por parte do médico da prestação de auxílio clínico em caso de necessidade do enfermo*”.

A este respeito o acórdão do TRP (2013)²¹¹ profere o seguinte: “O vocábulo recusar não deve ser tomado no sentido amplo que compreende tanto o negar-se como o

²¹⁰ Como refere Rodrigues (2007:321), o conceito de dignidade da pessoa humana “(...) *passou a ser placa giratória de toda a ciência do direito penal, não só da dogmática jurídico-penal mas também da própria política criminal e do que se afirmou serem as «ciências auxiliares» do direito penal, como a criminologia e a sociologia criminal, (...) direito penitenciário e de execução de penas*”, complementando que este princípio axiomático se figura hoje “(...) *em letras de ouro nas constituições dos Estados democráticos*”;

²¹¹ Fonte:

<http://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/56a6e7121657f91e80257cda00381fdf/1469a0b568e54de580257bb00053ecea?OpenDocument&Highlight=0,recusa,de,m%C3%A9dico,Agrava%C3%A7%C3%A3o,pele,resultado>>;



protelar, o ficar indiferente, significando a não prestação de auxílio médico em tempo útil, uma vez conhecida, directa ou indirectamente, a situação de perigo”.

A relação existente entre o crime de recusa de médico e os de homicídio e ofensas à integridade física grave é uma relação de subsidiariedade. Quer isto dizer, se a conduta omissa dolosa do agente venha a causar a morte ou ofensa à integridade física grave, estamos perante uma aplicação das regras do concurso de infracções (relação de subsidiariedade) e não perante a tipificação de agravação do resultado (art. 285.º CP), em que a pena a aplicar será aquela que for mais grave. Desta forma conclui-se, que *“(...) os referidos crimes de resultado consomem o de recusa de médico”* (Rodrigues, 2007:183 recorrendo Taipa de Carvalho).

Passando agora à relação existente entre o crime de recusa de médico e o crime do *“artigo 150.º - Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos”* (violação das *“Leges Artis”*), tem sido entendido pelo mais alto Tribunal, que se consubstancia num concurso efectivo (real) de infracções, como se pode verificar através dos factos que se transcrevem do acórdão do STJ (1993)²¹², que pronunciou o seguinte:

Acórdão do STJ (1993) – Processo N.º 042747
Médico, Intervenção medica; Leges artis; Recusa de facultativo; Tipicidade
I - Cometeu o crime previsto no artigo 150, n. 2, do Código Penal, o agente que procedeu a uma intervenção medica com violação das "leges artis" da qual resultou um perigo para a vida e saúde de uma parturiente e de seu filho.
II - O mesmo agente praticou ainda um outro crime (o de recusa de facultativo - artigo 276, n. 1 do Código Penal – [o actual 284.º]) por ter recusado o auxílio de uma profissão de médico, em caso de grave perigo para a vida ou de grave lesão para a saúde da parturiente e seu filho, que, de outro modo, não podia ser socorrida.
Excerto dos factos: 1.º Facto: <i>“No dia 15 de Abril de 1988, no Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar do Funchal, o arguido, Dr. A, sabendo que se trata de um parto com apresentação "pélvica" tem notícias do estado da parturiente C através da enfermeira de serviço (D) e dá telefonicamente instruções médicas (independentemente de esta atitude ser ou não a mais correcta para as circunstâncias dadas). O parto pélvico é um parto de risco e o médico tem que decidir, em primeiro lugar, se vai proceder a cesariana, que se apresenta como recomendada em situações como tais. Tratando-se de parto de apresentação pélvica, deveria ser assistido pelo médico conforme as regras gerais do serviço de medicina e é orientação interna do serviço de obstetrícia do Hospital.”</i> 2.º Facto: <i>“(…) solicitada a sua presença insistentemente pela enfermeira-parteira de serviço (H), mesmo depois da dilatação completa, recusa-se a comparecer, apesar de até então não ter examinado a parturiente e exclama "já fiz dois pélvicos e vou esperar pela Dra. E", referindo-se à médica que iria entrar de serviço e que veio efectivamente a fazer o parto, tendo o bebé apresentado, ao nascer, sinais de anoxia cerebral de que não veio a recuperar. O arguido recusou-se a agir, recusou o auxílio da sua profissão, em caso de perigo de vida ou de grave lesão para a saúde ou integridade física do feto e da mãe, sendo certo que era então o único médico da especialidade de serviço e lhe competia, de acordo com a escala a assistência à parturiente C.”</i>

²¹² Fonte:

<http://www.dgsi.pt/jstj.nsf/954f0ce6ad9dd8b980256b5f003fa814/34775251a044dcde802568fc003a3ca2?OpenDocument>;



Neste trecho, verifica-se uma dualidade de condutas, temporariamente distintas: na primeira conduta, o médico sem examinar ou ver a paciente (parturiente), deu instruções terapêuticas por telefone à enfermeira, que segundo a pronúncia do STJ sentenciou que se enquadrava no tipo de ilícito de violação das “*Leges Artis*” (art. 150.º [n.º 2] do CP); a segunda conduta sentenciou que se enquadrava no tipo legal de “*recusa de médico*” (art. 284.º do CP). Com a mesma conduta omissiva, o médico violou dois tipos legais de crimes distintos, que se consubstancia num concurso efectivo de infracções (Rodrigues, 2007:184).

Quanto ao relacionamento do crime de recusa de médico com o crime do “*artigo 200.º - Omissão de auxílio*” que tutela o bem jurídico da solidariedade humana, este abrange qualquer pessoa, sobretudo a pessoa na qualidade de médico. Assim o médico que esteja perante uma pessoa, em caso grave de necessidade, tem o dever de prestar auxílio necessário ao paciente ou necessitado (seja por acção pessoal, seja promovendo socorro), que tratando-se de um auxílio específico da sua profissão ou especialidade e “*(...) consubstanciado na negação desse auxílio na situação típica, configurará o tipo legal de recusa de médico e não o de omissão de auxílio*” (Rodrigues, 2007:187).

Refere Rodrigues (2007:74, 75, 178) que “*(...) a recusa de médico é, no fundo, uma especial omissão de auxílio de assistência e daí a necessidade de confronto deste crime específico próprio com o do crime desenhado no artigo 200.º - Omissão de auxílio*”.

2.2. Análise ao fenómeno da Corrupção e Infracções Conexas

O presente subcapítulo e o subsequente, servem para dar a conhecer aspectos gerais sobre corrupção e infracções conexas através de uma reflexão sócio-legal, antes de entrarmos no sector da saúde propriamente dito, bem como dar a conhecer definições, termos ou vocábulos que não são familiares à maior parte dos leitores.



Pegando nas palavras iniciais do capítulo da introdução, com o surgimento da Democracia, os meios de comunicação social começaram a poder publicar notícias²¹³ sobre corrupção, que no regime ditatorial eram proibidas, que tomava de controlo toda a informação relevante, sempre que tivesse em causa a imagem de classes socialmente dominantes. Presentemente um dos temas criminais mais falados pelos mais diversos meios de comunicação social (fonte de inspiração ao presente trabalho) é a corrupção e a fraude no sector da saúde, acabando por fazer parte das nossas conversas diárias, quer em casa, no café/restaurante, ou até mesmo, no hospital.

A fraude e corrupção são um fenómeno cada vez mais frequente no sector da saúde, que têm sido noticiados de forma permanente nos diversos meios de comunicação social, divulgando um desvio de padrões éticos, oriundos de um conjunto de intervenientes deste sector: desde o médico ao paciente, passando pelos farmacêuticos, fornecedores e laboratórios, causando um anormal funcionamento das instituições, que segundo uma intervenção da Ministra da Justiça (2013), refere que *“(...) a fraude é praticada por todo o país, envolve grupos organizados, e estão em causa quantias muito avultadas”*.

Fraude é um termo polissémico (palavra que possui mais de um sentido), sendo frequente na linguagem corrente da sociedade. Normalmente, pessoas não especialistas, falam de *“fraude e corrupção”* como se fossem dois termos com o mesmo significado, o que não corresponde à verdade, mas na prática a consumação do termo fraude, está associado normalmente à corrupção, daí surgirem em conjunto; porém, o contrário já não acontece, o termo corrupção pode não estar ligado directamente à fraude mas a outros métodos de actuação (*‘modus de operandi’*).

Existem diversas definições de fraude, mas uma das mais usuais é a seguinte: *“(...) todo o acto intencional de pessoas, individuais ou coletivas, perpetradas com logro”*²¹⁴ que

²¹³ CRP: artigo 37.º - Liberdade de expressão e informação; artigo 38.º - Liberdade de imprensa e meios de comunicação social;

²¹⁴ Astúcia; Não é o que parece;



provoca, efectiva ou potencialmente, vantagens para uns ou danos para outros e que violam as boas práticas ou a lei” (Pimenta, 2012).

De forma a compreender melhor o termo, afiguram-se alguns exemplos comuns de fraude:

- O desvio de activos de um hospital sem percepção deste;
- A criação de empresas fictícias (clínica) para manipulação de facturas falsas;
- Um acidente astucioso de saúde para receber o respectivo seguro;
- Fuga ao fisco por parte de um hospital privado.

Podemos então considerar que a fraude na saúde se consubstancia em actos conscientes realizados por diferentes actores que têm uma relação próxima com o sector, que através de esquemas astuciosos retiram vantagens, nomeadamente patrimoniais, causando avultados prejuízos às organizações de saúde (público, privado e social), ao SNS e aos subsistemas de assistência na doença.

A corrupção no exercício de cargos ou funções públicas pode ser entendida como “*A prática de um qualquer acto ou a sua omissão, seja lícito ou ilícito, contra o recebimento ou a promessa de uma qualquer compensação que não seja devida, para o próprio ou para terceiro” (OECD-CPLP, 2011:10).*

Para Paulo Morais, especialista e investigador nesta matéria, define a corrupção²¹⁵ (na política e na Administração Pública) como “*(...) a utilização de um poder delegado em nome do povo para benefício particular” (RTP Informação, 2014)²¹⁶.*

²¹⁵ Numa conferência realizada pela Faculdade de Economia da Universidade do Porto, o ex-bastonário da Ordem dos Advogados, Marinho e Pinto, proferiu as seguintes palavras sobre este assunto “*(...) o Estado de Direito Democrático está afectado por um cancro (...) desde os órgãos centrais aos órgãos locais. É a Corrupção. Onde há poder, há corrupção (...), pretender abolir ou eliminar a corrupção é uma quimera que nunca alcançará realização, mas pode-se reduzir esse mal (...). Em 2004 o vice-presidente do Banco Mundial dizia (...) que Portugal poderia ter um índice de desenvolvimento semelhante ao da Finlândia se não fosse a corrupção (...). O que espanta em Portugal é a impunidade, é a desfaçatez com que as coisas se passam, se fazem diante dos nossos olhos” (Intervenção de Marinho e Pinto, 2012).*

Ainda numa outra ocasião proferiu as seguintes palavras à comunicação social: “*É mais fácil vir dizer que não há corrupção do que investigá-la e punir os corruptos”;*

²¹⁶ Acessível através do link: <<http://www.rtp.pt/play/p1439/e173930/grande-entrevista-2014>>;



“A corrupção, em geral, consiste no uso ilegal (ou socialmente imoral) por parte dos titulares de cargos públicos e dos funcionários públicos ou equiparados do poder político, administrativo, judicial e financeiro que detêm, com o objectivo de transferir valores financeiros ou outras vantagens/benefícios indevidos para determinados indivíduos ou grupos, obtendo por isso qualquer vantagem ilícita (ou socialmente imoral)” (OECD-CPLP, 2011:10).

José Mouraz Lopes (presidente do Sindicato dos Juizes e perito do GRECO²¹⁷), elucida que a corrupção não se restringe só ao crime previsto no Código Penal, mas também está relacionado com *“(...) uma série de comportamentos não éticos que, não sendo ilegais, não são correctos”* (ASJP, 2012), pelo que De Sousa e Triães (2008) referem que *“Aquilo que é corrupção para um cidadão pode ser entendido como discricionariedade ou «jogo sujo» para outro”*.

2.2.1. Reflexão numa dimensão sócio-legal

Tomando em consideração as afirmações dos autores do parágrafo anterior, transporta-nos para outra vertente, de práticas ou actos que não sendo ilegais, são pouco éticos ou imorais, como as dádivas, o clientelismo (cunhas, troca de favores), os amiguismos, a oferta de prendas, o favoritismo/nepotismo²¹⁸, caracterizados por uma corrupção paroquial²¹⁹, mas também de conflito de interesses e falta de transparência, como sendo um conjunto de comportamentos vulgares e até com elevado nível de tolerância no nosso meio social e cultural mas anormais para o desempenho das instituições, que mais se distanciam da definição legal penal anterior a 2001, e que em

²¹⁷ Foi criado em 1999 pelo Conselho da Europa, está sediado em Estrasburgo (França) e tem como objectivo impulsionar os Estados Membros na luta contra a corrupção, recomendando medidas ao mesmo tempo que monitoriza as iniciativas legislativas dos Estados. Portugal aderiu ao GRECO a 1 de Janeiro de 2002;

²¹⁸ Expressão que designa a forma de *“(...) favorecimento baseada em relações familiares através da qual alguém com um cargo superior explora o seu poder e autoridade para proporcionar um emprego ou um favor a um familiar mesmo que este não apresente as qualificações necessárias para o cargo”* (Lima, 2011:49);

²¹⁹ **Corrupção paroquial:** baseia-se em relações de proximidade e mobiliza recursos simbólicos como a amizade e outros laços primários (familiares, étnicos, profissionais ou outros) – pequenas formas de tráfico de influências (De Sousa, 2008:78);



última análise, não estando reguladas permitiam este tipo de práticas. Estes tipos de comportamentos que actualmente (e infelizmente) ainda perduram, não têm como objectivo imediato a solicitação de um benefício/vantagem, mas sim transpondo-o para o futuro, desenvolvendo um clima de confiança ou *'simpatia'* com o corrompido, com a finalidade de criar uma segurança e *'negociação'* de retorno, para requerer na posteridade expectável, bens, serviços e benefícios/vantagens²²⁰ (De Sousa e Triães, 2008:66-68, 76-80).

Segundo a definição social de corrupção de Jackson e Smith (1996: 479) citado por De Sousa e Triães (2008:31) *"(...) não é mais do que aquilo que as pessoas pensam que é" ("thinking it is so makes it so")*, logo leva-me a complementar, que cada indivíduo avalia e condene cada prática/acto à sua maneira²²¹, de acordo com inúmeros factores que fazem parte intrinsecamente desse indivíduo: desde o meio onde se insere, aos valores sociais dessa comunidade, à cultura, à escolaridade, às influências, estrato social, idade, entre outros²²².

Na tentativa de encontrar uma definição cabal, fica aqui espelhada uma possível definição de corrupção enquanto fenómeno social, transcrita de De Sousa e Triães (2008:135), como sendo *"(...) um comportamento ou prática desviante que implica tanto uma infracção das regras como uma infracção de padrões éticos não codificados e amplamente aceites"*.

Das várias tentativas para descrever o termo corrupção é possível apurar que o mesmo é de difícil definição, explicação e de medição (tolerável ou condenável), podendo assumir sentidos diferentes (multidimensional), em épocas e em diferentes grupos sociais, *"(...) comportando, por um lado, regras formais/legais e, por outro lado, regras sociais/culturais ou expectativas relativamente ao exercício de um determinado cargo sob qual foi depositado confiança"* (De Sousa e Triães, 2008:28).

²²⁰ Pode ser considerado um delito à luz do Código Penal: artigo 372.º - Recebimento indevido de vantagem;

²²¹ Ver em anexo: Tabela 22 - Exemplo de cenários sobre condenação de comportamentos e práticas;

²²² Ver em anexo: Tabela 23 - Influências sociográficas nos julgamentos de corrupção;



De Sousa e Triães (2008:31-70, 195) citando vários estudos, concluiu o seguinte: os estudos “(...) sugerem que os indivíduos têm uma maior probabilidade de condenar ou julgar como corrupto os cenários que envolvam actos ilegais” (Atkinson e Mancuso, 1985; ICAC, 1994, 2001; Johnston, 1986; Mancuso, 1993; Peter e Welch, 1978), que mais se aproximam do conceito legal/penal (suborno, peculato), do que propriamente práticas ético-sociais licitas ou não reguladas ou ainda de difícil regulação (conflito de interesses, cunhas, favorecimentos); “A condenação é maior relativamente a actores de responsabilidade pública do que aos cidadãos e actores do privado” (Peter e Welch, 1978; Jackson e Smith, 1986 e Johnston, 1986); ainda “As prendas e hospitalidade não são condenadas com a mesma intensidade em todos os cenários”, variando em relação à visibilidade pública de quem as pratica²²³; e por último, “Os julgamentos tendem a ser menos severos se os benefícios reverterem a favor da comunidade” (Peters e Welch, 1978), como por exemplo ‘um médico servindo-se gratuitamente do material do hospital público situado em Lisboa, para melhorar a qualidade de vida da população de uma região do interior do país’²²⁴.

No relatório anual intitulado por Corruption Perceptions Index 2012, publicado pela organização não governamental Transparency International (2012)²²⁵, que avalia o Índice de Percepção de Corrupção no sector público de 176 países de todo o mundo, no ano de 2012 colocou Portugal na 33.ª posição do ranking²²⁶, e em 2014 ficou colocado na 31.ª posição²²⁷, ganhando duas posições. Nas três primeiras posições figuram a Dinamarca, a Nova Zelândia e a Finlândia (2014), com um índice de corrupção muito próximo de 100, numa escala de zero (corrupção elevada) a 100 (corrupção nula), indicando ainda que cerca de dois terços dos países (117) têm um

²²³ Ver em anexo: Tabela 22 - Exemplo de cenários sobre condenação de comportamentos e práticas (cenário 3 e 5);

²²⁴ Expressão do autor desta dissertação;

²²⁵ Fundada em Março de 1993, com sede em Berlim (Alemanha), é uma organização da sociedade civil líder no combate global contra a corrupção.

Acessível em: <http://www.transparency.org/whatwedo/pub/corruption_perceptions_index_2012>;

²²⁶ Ver em anexo: Figura 6 - Visão geral do Índice de Percepção da Corrupção (2012);

²²⁷ Fonte: Transparency International (2014), acessível em: <<https://www.transparency.org/cpi2014/results>>;



índice abaixo dos 50, frisando que as instituições públicas precisam de ser mais transparentes.

Perante este cenário isolado, até se pode afirmar que Portugal não é vulnerável em comparação com outros países do mundo, mas é uma leitura errada, já que no espaço europeu apresenta uma vulnerabilidade elevada, pois na última década caiu onze lugares neste Índice de Percepção de Corrupção, sendo mesmo considerado no grupo dos 176 países analisados, o país em que a corrupção mais se intensificou²²⁸, que a par destes resultados estão os dados do Índice Global de Competitividade (2002 e 2013)²²⁹, que na última década (2000-2010) desceu 18 lugares, passando da 28.ª para a 46.ª posição (respectivamente), encontrando-se actualmente na 51.ª posição²³⁰ do ‘Ranking’, e ainda a considerar a descida de 14 lugares no Índice de Desenvolvimento

²²⁸ Deve-se sobretudo a altas figuras do Estado, como por exemplo o caso do ex-Primeiro-ministro José Sócrates (“Operação Marquês” – suspeitas de fraude fiscal, branqueamento de capitais e corrupção; “Independente” – adulteração de notas de licenciatura; “Freeport” – pagamento de luvas para a construção de um centro comercial em zona protegida, “Cova da Beira” – viciação de concurso público internacional), do ex-Primeiro-ministro Passos Coelho (“Caso Tecnoforma” – dívida à Segurança Social devido à acumulação de rendimentos não declarados acumulados com rendimentos em regime de exclusividade enquanto deputado), do ex-Primeiro-ministro Durão Barroso e do ex-Ministro da Defesa Paulo Portas (“Caso dos submarinos” - alegados pagamentos de luvas e subornos dos membros da Ferrostaal, aos dirigentes políticos e oficiais da Marinha), do ex-Ministro Paulo Macedo do Ministério Administração Interna, do director do Instituto dos Registos e Notariado e do ex-director do SEF (“Operação Labirinto” - atribuição ilegal de Vistos Dourados a estrangeiros), do antigo director do Serviço de Informações Estratégicas de Defesa (“Caso das Secretas” - acesso ilegal à facturação do telefone de um jornalista), da ex-Ministra da educação Maria de Lurdes Rodrigues (favorecimento e irregularidades na contratação pública – compilação da legislação na área da educação) e do demissionário director-geral da Autoridade Tributária e Aduaneira António Brigas Afonso (“Lista VIP” – alegada lista composta por figuras públicas ligadas à política e ao desporto, com o objectivo de monitorizar acessos indevidos dos funcionários das finanças).

Outros casos mediáticos investigados são: o Fax de Macau (doações políticas ou subornos sobre o ex-Presidente da República Mário Soares), Operação Furacão (mega fraude fiscal de evasão de impostos para offshores), o BPN, o BPP e o BES (os três por desvio/buraco financeiro), Portucala (abate ilegal de sobreiros para construção de um complexo desportivo em zona protegida), Face Oculta (favorecimento de um grupo empresarial de sucatas em negócios com SEE), o caso Moderna (a universidade privada ao serviço da maçonaria), o caso do Saco Azul (Presidente da C.M. Felgueiras), o caso Isaltino (Presidente da C.M. Oeiras - contas na Suíça em nome do sobrinho), o caso de Valentim Loureiro (Presidente da C.M. Gondomar), Apito Dourado (suborno/compra de árbitros), a venda de imóveis dos CTT, os Swaps (perdas financeiras), Monte Branco, os Pandur, Bragaparques, Taguspark, e mais uns quantos impossíveis de os mencionar a todos...

João Cravinho (deputado do Partido Socialista) em 2006 apresentou um plano anticorrupção, bem delineado e estruturado, tendo sido rejeitado pelo parlamento. O governante José Sócrates chamou-lhe o “Plano da Asneira”. Desta proposta apenas resultou a criação do CPC (Jornal Correio da Manhã, 2014b);

²²⁹ É produzido pelo Fórum Económico Mundial (fundado em Janeiro de 1971, em Genebra, é uma fundação sem fins lucrativos, composto por políticos, académicos, jornalistas e empresários), analisa e avalia em detalhe a competitividade de 139 países (com recurso a 116 indicadores);

²³⁰ Ver em anexo: Figura 7 - Índice Global de Competitividade (2013);



Humano (2008:245 e 2013:150)²³¹, entre o ano 2005-2012, passando da 29.ª para a 43.ª posição²³² (respectivamente), que segundo Lopes (2011:80) “*Altos níveis de corrupção estão associados a fracos níveis de desenvolvimento social, económico e político*”, que subjacente a esta declaração, há que realçar também a afirmação De Sousa (2011:45), referindo que “*(...) a corrupção está associada a países com grandes desigualdades sociais*”, sendo duas afirmações claras e evidentes que espelham a verdadeira realidade do nosso país, de um país em desenvolvimento e não de um país já desenvolvido.

Na causa disto estão um conjunto de factores que até são do conhecimento popular, que levam à fraude e à corrupção, colocando o nosso país numa condição bastante vulnerável em comparação com os restantes países da União Europeia, desde: a legislação complexa, pouco compreensível ou até confusa, com bastantes lacunas, a ser alterada constantemente; o mau funcionamento do sistema de justiça (morosidade dos processos, tempo de espera para as audiências, falta de juízes, encerramento de Tribunais); a falta de medidas preventivas contra a corrupção; as políticas de austeridade; as grandes desigualdades económicas e sociais, processos de modernização, cultura cívica, qualidade institucional, os modelos de gestão (SNI, 2012; De Sousa, 2011:44-52; Lima, 2011:35-38), entre outras causas.

No sentido de prevenir, combater e desencorajar determinadas práticas desviantes, têm sido criados diversos instrumentos jurídicos internacionais, com orientações gerais, de modo que cada país aderente, implemente as políticas ou medidas eficazes e coordenadas à sua realidade, em conformidade com os princípios fundamentais do seu

²³¹ É elaborado desde 1990 pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), trata-se de uma medida comparativa, usada para classificar actualmente 186 países. Esta medida é calculada para cada país com base num conjunto de indicadores estatísticos nacionais, como a esperança de vida à nascença, os níveis de instrução e o rendimento por habitante.

Nota a reter: a baixa escolaridade é um dos factores que impede Portugal estar bem posicionado no índice (7,7 anos é a escolaridade média por habitante), notícia acedida em: <<http://expresso.sapo.pt/indice-de-desenvolvimento-humano-portugal-e-41=f685249>>;

²³² Ver em anexo: Figura 8 - Índice de Desenvolvimento Humano (2005-2012);



sistema jurídico. Um desses instrumentos jurídicos²³³ aos quais Portugal aderiu, foi a Convenção contra a corrupção das Nações Unidas²³⁴, de 31 de Outubro de 2003.

Desde Setembro de 2008 que a função específica de prevenção e luta contra a corrupção, está entregue ao Conselho de Prevenção da Corrupção²³⁵. Uma das medidas a salientar, é a elaboração dos planos de gestão de riscos de corrupção e infracções conexas (PPRCIC), que todas as unidades de saúde públicas estão obrigadas a elaborar (incluindo outras organizações públicas²³⁶).

De forma a compreender melhor este fenómeno, figuram-se alguns exemplos²³⁷ de práticas que podem constituir corrupção:

- Utilização de dinheiro público (taxas moderadoras) para interesse particular;
- Nomear para um cargo público de um prestador de saúde alguém da família ou amigos, quando uma outra pessoa desconhecida era melhor qualificada;
- Um médico que pede a um mecânico para fazer a manutenção do seu veículo gratuitamente, em troca de uma consulta ou cirurgia gratuita num prestador público;
- Receber e/ou solicitar dinheiro de prestadores de saúde privados para aprovar convenções ou executar projectos/programas com o Estado que as beneficiem;
- Um indivíduo pede a um familiar, que é administrativo num hospital público (ou até mesmo particular), para antecipar uma consulta ou cirurgia.

Um outro aspecto que corrói as organizações, revelando-se uma ameaça ao normal funcionamento das instituições de saúde (ou outras), é a falta de transparência ou a

²³³ Outros instrumentos jurídicos que Portugal aderiu foram:

- A Convenção relativa à luta contra a corrupção em que estejam implicados funcionários das comunidades europeias ou dos estados-membros da união europeia, assinada em Bruxelas a 26 de Maio 1997;
- A convenção da OCDE contra a corrupção de agentes públicos estrangeiros nas transacções comerciais internacionais, adoptada em Paris em 17 de Dezembro de 1997;
- A convenção Penal Contra a Corrupção do Conselho da Europa, assinada em Estrasburgo a 30 de Abril de 1999;

²³⁴ Resolução da Assembleia da República n.º 47/2007, de 19 de Julho;

²³⁵ Lei n.º 54/2008, de 21 de Setembro;

²³⁶ Serviços e organismos da Administração Pública Central e Regional, directa e indirecta, todos os municípios, incluindo o sector empresarial local;

²³⁷ Alguns dos exemplos foram retirados do sítio oficial da DGPJ e adaptados ao sector da saúde, acessível em: <<http://www.dgpj.mj.pt/sections/informacao-e-eventos/prevenir-e-combater-a/anexos/exemplos-praticos-de/>>;



ocultação de informações relevantes. Ter um sector de saúde público com uma gestão (quer interna ou externa – contratual) totalmente transparente, é o mesmo que dizer que funciona de maneira aberta, sem qualquer mistério, que os cidadãos e entidades interessadas (ou outros *stakeholders*) depositam confiança e têm facilidade em aceder às informações. Significa dar condições de acesso a determinadas informações públicas²³⁸, principalmente sobre a contabilidade dos prestadores de saúde, sobre decisões dos órgãos dirigentes máximos ou ainda ministerial, sobre os contratos celebrados, dívidas a fornecedores, justificação de despesas entre outras informações de gestão pública, pois *“O exercício da acção pública sustentada na boa governação impõe desde logo que se exija um Estado absolutamente transparente e livre de corrupção”* como refere Lopes (2011:82).

Nas palavras do presidente do TdC/CPC *“(...) a transparência não é conhecer o que não deve ser conhecido, a transparência é garantir condições de maior responsabilidade”* (RTP Notícias, 2015)²³⁹.

Também considerada quanto *“(...) à liberdade de acesso dos cidadãos à informação”*, isto é, que seja entendida neste contexto *“(...) como a divulgação de informação sobre os resultados obtidos pelas instituições públicas de saúde, nomeadamente indicadores de actividade, de acesso, ou os relatórios e contas”* (Freitas e Escoval, 2010:2).

Segundo um inquérito de opinião à população portuguesa, que teve por objecto os valores, atitudes e práticas face à corrupção e ética em democracia, realizado por De Sousa e Triães (2008), conclui que *“Em primeiro lugar, a transparência é o valor a que os cidadãos mais aderem (22%)”*.

²³⁸ Lei n.º 46/2007, de 24 de Agosto (Regula o acesso aos documentos administrativos): artigo 5.º - Direito de acesso (*“Todos, sem necessidade de enunciar qualquer interesse, têm direito de acesso aos documentos administrativos, o qual compreende os direitos de consulta, de reprodução e de informação sobre a sua existência e conteúdo”*);

²³⁹ Notícia acessível em:

<http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=836880&tm=8&layout=122&visual=61>;



Um assunto que pode passar de uma mera irregularidade ou de falta de ética e transformar-se numa patologia corrupta, são os **conflitos de interesses no sector público**, que é definido pelos principais organismos internacionais (ONU, a OCDE e o GRECO), como *“(...) qualquer situação em que um agente público, por força do exercício das suas funções, ou por causa delas, tenha de tomar decisões ou tenha contacto com procedimentos administrativos de qualquer natureza, que possam afectar, ou em que possam estar em causa, interesses particulares seus ou de terceiros e que por essa via prejudiquem ou possam prejudicar a isenção e o rigor das decisões administrativas que tenham de ser tomadas, ou que possam suscitar a mera dúvida sobre a isenção e o rigor que são devidos ao exercício de funções públicas”*²⁴⁰.

Resumindo, o conflito de interesse é descrito como *“(...) uma situação em que alguém, numa posição de confiança (interesse público), (...) têm outros interesses profissionais ou pessoais que se sobrepõem aos primeiros”* (Nunes, 2010:138 citando Gençkaya, 2009).

Há vários diplomas legais no nosso ordenamento jurídico²⁴¹ que contemplam a inexistência, responsabilidades e o controlo sobre os conflitos de interesses (incompatibilidades, impedimentos e inibições), bem como da boa conduta, deveres estes, que estão contemplados no nosso expoente máximo, a Constituição da República Portuguesa (art. 266.º – Princípios fundamentais da Administração Pública).

Para encerrar este enquadramento social, um estudo elaborado por De Sousa e Triães (2008), sobre as percepções sociais que os Portugueses manifestam acerca da corrupção, permitiu concluir o seguinte: este tipo de crime tornou-se comum nos serviços da Administração Pública (AP) central (16,2%) e local (7,6%)²⁴², ficando posicionados ao meio da tabela, que por analogia ao sector da saúde, **é onde se inserem os vários actores gestionários responsáveis pelo sistema de saúde público e**

²⁴⁰ Fonte: Recomendação n.º 5/2012 do CPC;

²⁴¹ Ver em anexo: Tabela 24 - Selecção de diplomas sobre conflito de interesses e boa conduta;

²⁴² Ver em anexo: Tabela 25 - Percepção das principais instituições afectadas pela corrupção (2007);



dos profissionais de saúde dos prestadores de cuidados de saúde públicos (respectivamente). O estudo conclui que o fenómeno manteve-se ou agravou-se; quase metade da população inquirida, referiu que não tem confiança nas instituições de justiça²⁴³; 44,3% mencionou que os maiores índices de corrupção têm-se vindo a registar a partir do ano 2000²⁴⁴.

Estes números não divergem das estatísticas publicadas pelo Eurobarómetro 79.1 (2013:2), que apesar da diferença do período entre os dois estudos (2007 e 2013, respectivamente), coloca o sistema de saúde no centro do gráfico.

A partir deste ponto trataremos do fenómeno – corrupção numa **dimensão legal**.

Grande parte das orientações e medidas no combate ao fenómeno da corrupção, provêm de instrumentos jurídicos internacionais, como já foi anteriormente referenciado. Neste campo evidencia-se a Convenção Contra a Corrupção das Nações Unidas, que Portugal ratificou em Setembro de 2007, que de acordo com esta convenção, o crime de corrupção para o sector público e privado (para além de outras patologias conexas), encontram-se tipificados respectivamente no “*artigo 15.º - Corrupção de agentes públicos nacionais*” e no “*artigo 21.º - Corrupção no sector privado*”.

A tipificação legal do crime de corrupção está prevista no Código Penal português (artigos 373.º e 374.º), que prevê na sua definição penal, **práticas, actos e comportamentos** desviantes no abuso de funções públicas²⁴⁵, mediante promessa/dar ou aceitação/solicitação de vantagem (patrimonial ou não patrimonial), que a sociedade decidiu, a uma dada ocasião banir, como um acto ético-social (lícito) normal, implicando uma violação dessas regras como de outras normativas legais²⁴⁶, estando este ilícito associado à “*criminalidade altamente organizada*” (art. 1.º alínea m) do CPP)

²⁴³ Ver em anexo: Tabela 26 - Percepção da confiança nas instituições Judiciais (2007);

²⁴⁴ Ver em anexo: Tabela 27 - Percepção da evolução de ocorrências de práticas de corrupção (2007) ;

²⁴⁵ Ou de agentes privados através de leis crimes subsidiárias;

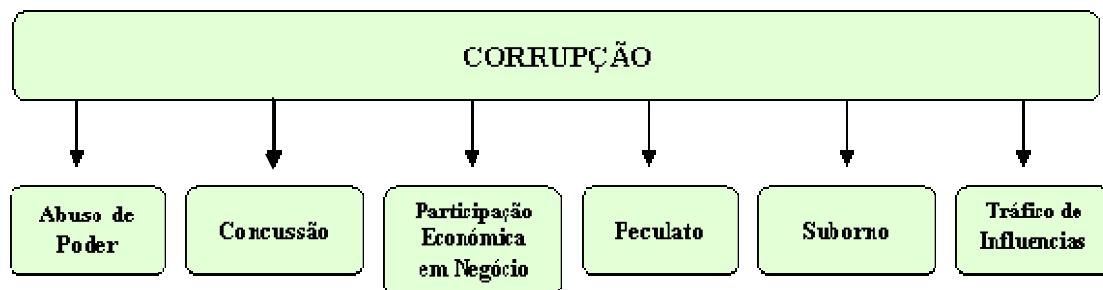
²⁴⁶ Exemplos: Códigos deontológicos, procedimentos administrativos;



e muito próximo deste, existem outras infracções conexas, todas elas constituindo crime penal, prejudiciais ao bom funcionamento das instituições, neste caso particular, das instituições ou prestadores de saúde. Todos eles têm um aspecto em comum, que é a obtenção de uma compensação não devida, quer seja patrimonial ou não patrimonial.

Neste tipo de crime, existem duas partes, ambas tiram benefício/vantagem do mesmo facto: uma delas é chamada de corruptor passivo (corrompido: solicita/recebe/aceita), que retira vantagens de qualquer natureza (patrimoniais ou não patrimoniais), a outra parte, é chamada de corruptor activo (o que corrompe: oferece/paga/promete), que vê a sua pretensão realizada (DCIAP-PGR e CIES-ISCTE, 2010:16). Ainda este tipo de crime é designado como “*crimes sem vítima*”²⁴⁷ devido ao benefício/vantagem que ambas as partes retiram da prática do facto, “(…) *vinculados por um pacto de secretismo, sendo ambos os únicos conhecedores do ilícito criminal*” (SNI, 2012:37).

Figura 2 - Corrupção e crimes conexos



Fonte: Elaboração própria

Através da figura verifica-se que o fenómeno da corrupção, sendo um produto de uma construção social, pode revestir diversas formas e manifesta-se de maneiras diferentes, tendo como outro factor comum, o exercício de funções públicas ou a titularidade de poderes públicos que “*Tradicionalmente, o conceito penal de corrupção*

²⁴⁷ É uma forma prática e cómoda de dividir o fenómeno criminal em duas famílias: crimes com vítima e crimes sem vítima (contra o património do estado). Este último explica-se pelo simples facto de não ser possível individualizar alguém em concreto como sendo vítima directa destas práticas, porém, a vítima é a sociedade no seu todo (Maia, 2012:1);



aparecia associado (...)” (Lima, 2011:28), mas que posteriormente e devido ao minimalismo desta interpretação, foi alargado à esfera privada através da criação de outras leis crimes subsidiárias.

Face ao que foi dito no parágrafo anterior (e ainda subcapítulo anterior), no direito português antes de 2001, excluía-se a hipótese de punir determinadas práticas sociais como as dádivas, o favoritismo ou o que se designa por *“puxar de cordelinhos”*²⁴⁸, por serem práticas normais, usuais e até aceites socialmente. Após a primeira importante alteração legal ao CP em 2001²⁴⁹ nesta matéria, com a modificação dos crimes: Tráfico de influência, Corrupção passiva para acto ilícito e lícito²⁵⁰, destacam-se ainda três alterações legais ao CP (em 2007, 2010 e 2015) no combate ao fenómeno.

Evidencia-se neste resumo, a última alteração ocorrida em 2015: a dispensa ou alteração de pena (art. 374.º B n.º1) para o crime de corrupção activa (art. 374.º) é alterada em 3 letras, fazendo toda a diferença, onde se lia *“O agente é dispensado de pena sempre que: (...)”*, passa a ler-se *“O agente pode ser dispensado de pena sempre que: (...)”*. Ainda a tentativa do crime de corrupção activa passa a ser punida. Alargou-se o conceito de funcionário (art. 386.º), passando a abranger, os magistrados, funcionários, agentes e equiparados de organizações de direito internacional público e de tribunais internacionais, os jurados e árbitros nacionais de outros Estados, quando tenham cometido a infracção em território português. A pena mínima do crime de Tráfico de influência (art. 335.º) passou para o dobro (de 6 meses para 1 ano), bem como o seu prazo de prescrição passou de 5 para 15 anos.

Com estas sucessivas alterações ao CP e, com especial destaque com a criação do *“artigo 372º - Recebimento indevido de vantagem”*²⁵¹, passou-se a punir certas

²⁴⁸ Expressão em linguagem gíria que designa práticas como: a oferta de prendas e hospitalidade, como forma de poder aceder a um serviço ou benefício;

²⁴⁹ Lei n.º 108/2001, de 28 de Novembro (11.ª versão ao CP): Regime jurídico dos crimes de corrupção;

²⁵⁰ Artigos 335.º, 372.º e 373.º (respectivamente) da Lei n.º 108/2001, de 28 de Novembro;

²⁵¹ A redação do artigo 373.º n.º 2 da Lei n.º 32/2010, de 02 de Setembro (26.ª versão do CP) deu origem à criação deste tipo de crime que substituiu o crime tipificado no artigo 372.º - Corrupção passiva para acto lícito (ou impróprio) (Lei n.º 59/2007, de 04 de Setembro (22.ª versão do CP));



práticas ético-sociais que têm como objectivo criar um *‘clima de permeabilidade’* ou de *‘simpatia’* (De Sousa e Triães, 2008; Martins, 2011:17-31; Niza, 2012:12-56), como determinadas dádivas e outras contrapartidas que impliquem o recebimento (solicitação ou aceitação) de algo por parte do funcionário público transacionáveis com o cargo que desempenha²⁵² (corrompido), ou do lado do cidadão (corruptor), da sua oferta ou promessa de dádivas/presentes ao funcionário “(...) *no exercício das suas funções ou por causa delas*”, sendo consideradas transacções “(...) *sem conexão directa e imediata com a prática de um acto concreto antecedente ou conseqüente pelo funcionário*” (DCIAP, 2012), ao contrário do suborno. No entanto, deixa ainda em aberto a exclusão às “(...) *condutas socialmente adequadas e conformes aos usos e costumes*”²⁵³ (art. 372º, n.º 3 do CP), pertencendo essa especial cautela e complexa decisão à entidade judicial.

Neste rumo evidencia-se o resultado de um estudo²⁵⁴ que esclarece que “(...) *os Portugueses são muito tolerantes em relação a uma série de práticas não reguladas ou de difícil regulação, nomeadamente, conflitos de interesse, ‘cunhas’, ‘amiguismos’, favorecimentos, (...), etc.*”, mas condenam o suborno²⁵⁵, o abuso de poder e a extorsão (De Sousa e Triães, 2008:68).

Comparando os dados estatísticos referidos no inquérito “*Corrupção e Ética em Portugal: o caso de Portugal (2007)*”²⁵⁶ (Maia, 2007:26-27) com os dados estatísticos

²⁵² Para Heidenheimer (1970) citado por De Sousa e Triães (2008:62-66) defende uma escala de corrupção e identificação dos comportamentos pertencentes dentro de cada uma das categorias: **negras** (considerada mais grave pela sociedade e tipificado nos códigos), **cinzentas** (relacionados com prendas, hospitalidade, ofertas, pequena corrupção e conflito de interesses) ou **brancas** (facilitação a bens e serviços às custas do património público, para benefício de toda a comunidade);

²⁵³ Exemplos: “(...) *as pequenas lembranças de cortesia ou que visam certos fins de publicidade, a gratificação a determinados funcionários em épocas festivas (remuneração de bombeiros, empregados da limpeza das ruas, guardas-nocturnos ou agentes da autoridade na quadra natalícia), algumas benesses com exclusivo significado honorífico (v.g., medalhas, livros, condecorações) e a outorga de prémios ou recompensas por actos meritórios, de reconhecido alcance colectivo, praticados no exercício do cargo (as recompensas estabelecidas para certas operações da polícia, desde que autorizadas pelos superiores hierárquicos)*” (Martins, 2011:18);

²⁵⁴ Corrupção e Ética em Democracia: O caso de Portugal;

²⁵⁵ 73% dos europeus “(...) *afirmam que o suborno e o recurso a conhecimentos é muitas vezes a maneira mais fácil de obter determinados serviços públicos*” (Relatório anticorrupção da UE, 2014:7);

²⁵⁶ Ver em anexo: Gráfico 1 - Temas prioritários para os Portugueses;



do Eurobarómetro 69 (2008:11)²⁵⁷, as áreas que se consideram prioritárias para Portugal, ambos indicam o mesmo rumo, reflectindo quase no topo das prioridades: o combate à corrupção e a saúde (acima da área da educação).

Também as principais conclusões de um estudo “*A corrupção participada em Portugal 2004-2008*”²⁵⁸ referem o seguinte: do universo de 838 processos analisados, 53,1% dos processos foram arquivados, 30,3% encontravam-se em investigação e apenas 3,6 % (14) processos resultaram em condenações, sendo que a principal razão para a absolvição em tribunais de 1.ª instância, continua a ser a falta de prova (57%); o elevado volume de arquivamentos é devido à origem de participações em anonimato (31,4%), dificultando a inquirição e o acesso a provas testemunhais, documentais, áudio ou outros, uma vez que a prova testemunhal é pouco credível em Tribunal (sendo a palavra de um dos intervenientes contra à do outro); foi descrito o perfil de corrupto: exerce uma profissão a tempo inteiro, é casado, de sexo masculino, pertence ao grupo etário 36-45 anos e raramente tem antecedentes criminais.

Por outro lado, o relatório designado por “*Sistema Nacional de Integridade*”²⁵⁹ de Portugal, sublinha a “*(...) lentidão e a complexidade do sistema judicial continua a ser um obstáculo ao eficaz (...)*” combate ao fenómeno, além da “*(...) falta de formação especializada de juizes (...), e a inexistência de tribunais especializados (...)*” (SNI, 2012:17, 39). Toda esta ineficiência do sistema provoca elevada demora²⁶⁰ e um acumular de processos que “*(...) acabam por prescrever*” (SNI, 2012:39). Esclarece ainda, que se multiplicam sem coordenação, os organismos de combate à corrupção e

²⁵⁷ Ver em anexo: Gráfico 2 - As questões mais importantes com que Portugal se depara;

²⁵⁸ Investigação coordenada entre DCIAP-PGR e CIES-ISCTE (2010:66-78, 109, 114-115);

²⁵⁹ Projecto anticorrupção integrado numa iniciativa da ONG Transparency International, desenvolvido em 26 países da Europa, que visa avaliar o desempenho e as bases legais das mais importantes instituições no âmbito do combate à corrupção;

Nota importante: Durante a preparação do Memorando de Entendimento e da reunião entre os elementos da TIAC e da TROIKA, nenhuma das recomendações foi tida em consideração nos processos (SNI, 2012:21);

²⁶⁰ Exemplos: problemas de comunicação entre as instituições judiciais; inadequação da actual legislação processual face à actual realidade; falta de organização laboral; sobrecarga dos juizes com actividades de mero expediente ou meros formalismos processuais; recurso a peritos externos; oportunidades da defesa do arguido (art. 20.º n.º 4 da CRP) (SNI, 2012:39);



que as várias medidas anticorrupção (leis e instrumentos legais) apresentadas pelos sucessivos Governos estão “(...) dispersas e são inconsistentes (...)” (SNI, 2012:10, 28) e como não bastasse, ainda apresentam “(...) várias lacunas e formulações que comprometem a sua implementação eficaz.” (SNI, 2012:10). Por fim, refere que as sanções a aplicar aos condenados são “(...) demasiado leves e inconsequentes”²⁶¹ (SNI, 2012:40).

No ano de 2014, foi verificado um aumento significativo de 48,1% de crimes de corrupção participados às autoridades, ascendendo a 80 participações em comparação com o ano anterior em que se registaram 54 participações (RASI, 2015:36). Relativamente a 2015, de um total de 647 inquéritos realizados, 296 terminaram em arquivamento e apenas 30 findaram por acusação (RASI, 2016:71-72).

2.2.2. No Sistema de Saúde

Até ao momento foi dado a conhecer alguns aspectos teóricos sobre o ilícito – corrupção e outros ilícitos que giram à volta deste, o enquadramento da definição na vertente social e legal, o nível de tolerância e condenação moral dos indivíduos, instrumentos jurídicos com medidas legislativas preventivas, o enquadramento no Código Penal, bem como alguns estudos onde indicam as razões de ineficácia do sistema judicial²⁶² e por fim algumas estatísticas criminais.

Resta agora identificar teoricamente as áreas vulneráveis e os riscos associados, onde é predominante ocorrer este fenómeno no sector da saúde, exemplificando uma dispersão de práticas corruptas, que apesar de algumas serem apenas imorais há outras que violam as leis penais.

²⁶¹ Como indica De Sousa (2011:62): “(...) o cumprimento da pena efectiva de prisão é uma raridade, a absolvição é a regra, e o regresso às funções é uma inevitabilidade”;

²⁶² Um estudo sobre a qualidade da democracia em Portugal revela que a maioria ds inquiridos “(...) duvidam que os tribunais tratam todos os cidadãos da mesma forma, e consideram as decisões dos tribunais muito lentas, e a justiça ineficaz na compensação das vítimas, e na punição dos infractores” (BQD, 2012:7, 27-28);



O relatório anticorrupção da UE (2014:18, 29), indica que as áreas de maior vulnerabilidade à corrupção no sector da saúde, corresponde aos contratos públicos e à indústria farmacêutica. É precisamente nestas duas áreas que se irá centrar o debate.

Dado ao vasto conjunto de informação recolhida para esse tema, decidiu-se organizar este subcapítulo em outros quatro subcapítulos²⁶³, como forma de facilitar a leitura, o conhecimento e a busca nas semelhanças entre os vários assuntos relacionados.

No subcapítulo das PPP, descreve-se o conjunto de patologias que levam aos principais riscos de corrupção no processo conceptual das parcerias, na avaliação e acompanhamento dos projectos e no modelo de gestão hospitalar, seguindo-se as irregularidades gerais detectadas nos hospitais em regime de PPP e simultaneamente enunciam-se algumas recomendações do TdC.

2.2.2.1. Dados gerais do fenómeno no Sector da Saúde

O antigo Ministro da Saúde, Paulo Macedo, afirmou em 2012 que as fraudes no sector da saúde²⁶⁴ investigadas atingiam os 100 milhões de euros, que dariam para *“(...) construir mais de 40 centros de saúde”*, referindo que as principais práticas *“É sempre o recurso a receitas falsas, a utentes inexistentes, a um conjunto de farmácias, de médicos, o que dá a entender que quem as pratica pensa que pode dar certo”*²⁶⁵.

Desde o ano 2010, são várias as investigações realizadas pelas várias autoridades com competência sobre esta matéria. Após um protocolo de cooperação em Janeiro de

²⁶³ 1.º - Dados gerais do fenómeno no Sector da Saúde;

2.º - Os casos: Corrupção e fraude na prescrição, consultas e cirurgias médicas;

3.º - Parcerias Público-Privadas no sector da saúde (PPP);

4.º - Resultados e implicações da corrupção;

²⁶⁴ Países como a Hungria (13%), Eslováquia (14%) e Polónia (15%), foi no sector da saúde em que se verificou a maior parte dos casos de corrupção (relatório anticorrupção da UE, 2014:6);

²⁶⁵ Fonte: Audição na Comissão Parlamentar da Saúde (2012), acessível no portal oficial do Governo, através do link: <http://www.portugal.gov.pt/pt/os-ministerios/ministerio-da-saude/mantenha-se-atualizado/20120626-ms-fraude.aspx>;



2012 entre duas tutelas, o MS e o MJ, mais concretamente através da Unidade Nacional Contra a Corrupção (UNCC) da PJ, têm-se intensificado o número de operações ou investigações que lesam o SNS em milhões de euros.

São vários os nomes apelativos dados às diversas operações da PJ no controlo da corrupção: **“EsquizoFarma”** (envolve rede de médicos e farmacêuticos) **“SOS Farmácias”** (compra ilegal de farmácias – envolve dois proprietários com várias farmácias [cerca de 20] e fornecedores de medicamentos), **“Remédio Santo I”** (envolve rede de médicos e farmacêuticos), **“Remédio Santo II”** (envolve uma rede de médicos e farmacêuticos), **“Receitas a Soldo”** (envolve médicos e farmacêuticos), **“Prescrição de risco”** (envolve médicos, farmacêuticos, um delegado de informação médica e um empresário), **“Não há remédio”** (envolve médicos, farmacêuticos e um delegado de informação médica), **“Consulta Vicentina”** (envolve médicos e farmacêuticos) e para finalizar **“Receituário falsificado”** (envolve médicos)²⁶⁶.

Uma das últimas acções da UNCC da PJ (Julho de 2014) que deu a investigação por concluída, foi o desmantelamento de um esquema que envolvia uma rede de 80 médicos da área da Otorrinolaringologia (do SNS e de clínicas privadas), de todo o país, que indicavam aos seus pacientes, aparelhos auditivos comercializados por três multinacionais, que por sua vez, os seus representantes incentivavam os clínicos a promover a venda apenas de determinadas marcas e em troca (contrapartidas/ofertas) recebiam dinheiro e viagens para destinos de sonho que podiam chegar a milhares de euros, totalizando ao longo de cinco anos (2007-2012) um benefício no valor de 400 mil euros²⁶⁷.

²⁶⁶ Fonte: De acordo com o sítio oficial da PJ e de um conjunto vasto de notícias descritas ao longo do estudo: Jornal Correio da Manhã (2014, 2014a, 2014b), Jornal Observador (2014);

²⁶⁷ Fonte: Jornal Correio da Manhã (2014a), notícia acessível através do sítio da internet: <<http://www.cmjornal.xl.pt/nacional/sociedade/detalhe/80-medicos-acusados-de-corrupcao.html>>;



Segundo uma citação da ex-Ministra da Justiça, Paula Teixeira da Cruz, no Jornal Público (2013a)²⁶⁸, refere que após estas operações policiais, as autoridades registaram uma *“(...) substancial redução de prescrição por parte de alguns médicos e de vendas nalgumas farmácias, bem como ao nível da despesa do Serviço Nacional de Saúde”* (também referido no RASI, 2015:199). Ainda num outro discurso anterior, citado pelo Diário de Notícias (2012)²⁶⁹, afirma a ex-Ministra que *“Há muitos casos em investigação e que envolvem desde aquisições de equipamentos à construção de determinados equipamentos e fármacos”*. No encerramento de uma Conferência sobre Combate à Fraude contra o SNS em 2012, relatou que *“A corrupção nos sistemas de saúde envolve, muitas vezes, planos bem estruturados, onde impera uma lógica organizativa direcionada para a obtenção de lucros, em que a corrupção assume grande relevância”* (Intervenção da Ministra da Justiça, 2012).

Dados de uma intervenção do Ministro da Saúde (2013a) em Junho de 2013, é referido que no âmbito destas parcerias e num período de um só ano, foi possível obter os seguintes resultados: 30 operações da PJ, algumas de grande envergadura, 35 detenções e a constituição de mais de 250 arguidos. Narrou também, que entre Novembro de 2012 até aquela data (8 meses), o CFF detectou e comunicou às entidades competentes *“(...) mais de 130 casos suspeitos representando quase 135 milhões”*.

Os últimos dados que foram notícia, dava conta de 245 casos suspeitos comunicados pelo CCF. No total, entre 2011 e Julho de 2014, as autoridades competentes comunicaram cerca de 2320 casos (Jornal Correio da Manhã, 2014a).

Ainda nessa intervenção, sublinhou a prática mais recorrente: *“A prescrição “fraudulenta” incide, fundamentalmente, em medicamentos com alto PVP e alta taxa de participação, é praticada através de conluio entre Médicos e Farmácias e/ou*

²⁶⁸ Acessível através do sítio da internet: <<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/fraude-no-sns-e-de-enorme-dimensao-admite-ministra-da-justica-1589872>>;

²⁶⁹ Acessível através do sítio da internet: <http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=2263059>;



através de “redes”, mais ou menos organizadas, que usurpam a identidade de certos utentes (...)”.

Para além destas práticas, outras igualmente relevantes vêm sido referenciadas nos seus diversos discursos, como por exemplo a “(...) obtenção de vantagens indevidas em processos de aquisição de bens e serviços; apropriação indevida de dinheiros públicos (por exemplo, taxas moderadoras); (...) o desvio de bens de consumo hospitalar (caso de medicamentos e material de enfermagem)” (Intervenção do Ministro da Saúde, 2012).

No âmbito da dissuasão e combate à fraude, controlo da despesa e ao desperdício, o MS pretende reforçar o controlo para outras áreas de riscos, nomeadamente na “(...) dispensa de Medicamentos em Meio Hospitalar, os cuidados continuados, os cuidados respiratórios, a hemodiálise, o transporte de doentes não urgentes, os dispositivos médicos, etc.(...)” (Intervenção do Ministro da Saúde, 2013a). Recentemente, novas áreas de risco foram identificadas, tais como os gastos indevidos em “(...) adjudicações de empreitadas de obras” e a “não cobrança das taxas moderadoras” (Jornal Correio da Manhã, 2014c; Jornal Económico, 2014)²⁷⁰.

No sentido de combater, prevenir e dissuadir este ‘flagelo’, o MS tem apostado em algumas linhas estratégicas, para que as suas entidades de supervisão e fiscalização, aumentem a sua intervenção na monitorização, auditoria, fiscalização e controlo da despesa, nos quais se destaca²⁷¹: a criação de um “**Sistema de Controlo Interno do MS (SCI)**”, com o objectivo de combater o desperdício e a fraude no sector da saúde, centralizar informação sobre irregularidades detectadas e sobre casos que tenham sido comunicados ao MP ou à PJ, fomentar uma cultura de cooperação activa entre os

²⁷⁰ Notícias acessíveis através do sítio da internet:

<http://www.cmjornal.xl.pt/nacional/sociedade/detalhe/saude_investiga_obras_e_compras.html>;
<http://economico.sapo.pt/noticias/medicos-e-farmacias-sao-responsaveis-por-86-da-fraude-na-saude_197393.html>;

²⁷¹ Fonte: Intervenção do Ministro da Saúde (2013), acessível na internet através do link:
<http://www.portugal.gov.pt/media/905777/20130402_ms_fraude_sns.pdf>;



serviços e organismos do MS²⁷²; **“A Colaboração entre Entidades”**, do próprio MS e entre o MS e o MJ, no quadro de combate à fraude; **“A criação do Centro de Conferencia de Facturas”**, para a detecção de eventuais erros, irregularidades e fraudes nas facturas dos prestadores de saúde e a comunicação de suspeitas de irregularidades/ilegalidades às entidades competentes (IGAS, INFARMED²⁷³, MP, PJ); **“Apostar no Efeito Dissuador”**, através da utilização sistemática de alerta aos cidadãos, contribuintes, pacientes e profissionais de saúde para os efeitos danosos das más práticas; a implementação informatizada da **“Prescrição Electrónica”**, que garante um controlo e segurança no circuito do medicamento e regras de prescrição²⁷⁴, e na sequência desta, surge recentemente o **“Sistema da Receita Electrónica Sem Papel”**, prevendo-se a sua obrigatoriedade em todo o SNS e farmácias²⁷⁵ a partir de 1 de Abril de 2016, que impede o desvio de vinhetas e fotocópias de receitas, com o benefício de uma maior transparência e segurança para o paciente.

O somatório de todas estas práticas corruptas, traz diversas implicações para o sector (a ser tratado no subcapítulo 2.2.2.4 [Pág. 129]), representa por um lado um *‘gigantesco’* desvio de recursos financeiros do SNS, e por outro lado, implica menos verbas para a protecção da saúde, que são subtraídos ilegitimamente através daqueles que mais de perto lidam com o próprio sistema de saúde, afectando negativamente o acesso à saúde e colocando em risco os mais vulneráveis, como os mais idosos e os que têm menos posses económicas, neste momento de crise e de austeridade que Portugal atravessa.

Todas estas patologias correlacionadas trazem grandes implicações, sobretudo na incapacidade do sistema para diminuir a dívida do sector público, na incapacidade para diminuir os tempos de espera em algumas patologias, compromete a eficiência, a

²⁷² Despacho n.º 6447/2012, de 20 de Abril – Institui o Grupo Coordenador do Sistema de Controlo Interno Integrado do MS (SCI);

²⁷³ Tem uma actividade puramente científica de avaliação dos medicamentos e de controle de qualidade;

²⁷⁴ Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de Maio: artigo 5.º (n.º4) - Regras de prescrição

Segundo esta Portaria, refere que em cada receita só podem ser prescritos 4 medicamentos, com o limite máximo de 2 embalagens por medicamento;

²⁷⁵ Despacho n.º 2935-B/2016, de 25 de Fevereiro – Generalização da receita eletrónica desmaterializada;



qualidade e a inovação que é pedida aos serviços de saúde²⁷⁶, seja através de uma gestão pública ou seja através de um parceiro privado. Estes são assuntos que serão tratados nos próximos subcapítulos.

2.2.2.2. Os casos: Corrupção e fraude na prescrição, consultas e cirurgias

Uma acção de inspecção realizada pela IGAS em 2009/2010 de combate à fraude no SNS, noticiada no Jornal da Tarde RTP1 (2011)²⁷⁷, foi sobre o controlo interno dos serviços competentes relacionados com a **produção, emissão, distribuição (e venda) de vinhetas**. Consultado o relatório dessa inspecção (relatório IGAS n.º 320, 2010:48-52, 61-63), foi possível identificar um conjunto variado de actos fraudulentos que prejudicam o SNS, que aqui se abreviam²⁷⁸: a existência de vários médicos com o mesmo número de cédula profissional ou a existência de várias cédulas distintas para o mesmo médico, médicos com idades superiores a 70 e 90 anos continuam a exercer a sua actividade supostamente em regime liberal/privado e a prescrever até 10 mil receitas por ano, vendas fictícias a pacientes já falecidos, e por fim, o caso de uma clínica do norte do país, que recebeu 60% de todas as vinhetas entregues a clínicas dentárias ou médicos dentistas em Portugal (só a dois médicos dentistas foram entregues 100 folhas de vinhetas a cada, quando a média aponta para 18 folhas de vinhetas por médico num universo de 43 profissionais daquela área)²⁷⁹.

²⁷⁶ Exemplos: dar consultas a um número mínimo de pacientes (quando há capacidade e meios para aumentar a produção) com o objectivo de os transferir para o privado; fazer aumentar o tempo médio de consulta para aumentar a lista de espera, fazendo com que o paciente desista da consulta no público e vá ao privado; falsear diagnósticos para a realização de MCDT e cirurgias no privado;

²⁷⁷ Notícia acessível através do link:

<<http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=454094&tm=2&layout=122&visual=61>>;

²⁷⁸ Para além dos factos descritos e devido à informação dissecada aquando da recepção do relatório, a notícia do jornal infra acrescenta ainda: um só médico passou 32000 receitas num só ano (120/dia) e 25 médicos que mais prescreveram passaram num ano 500 mil receitas;

²⁷⁹ Expõem-se algumas das conclusões do infra relatório (Relatório IGAS n.º 320, 2010:5, 55-61):

- Quanto à distribuição de vinhetas pelos diversos tipos de entidades, sobressai os valores reportados aos médicos privados (cerca de 34%) e dos ACES (cerca de 31%);



Há também notícias da utilização indevida de receitas e atestados médicos forjados por parte de um paciente (TVI24, 2014a)²⁸⁰. Os factos ocorreram com um funcionário da Caixa Geral de Depósitos, entre 2009 e 2011, que terá obtido 11 atestados médicos forjados, utilizou ilicitamente vinhetas e papel timbrado de hospitais, documentos que eram utilizados para aparentes justificações de faltas ao serviço, recebendo o vencimento por inteiro. Forjou também receitas que aviou em farmácias para receber os benefícios dos serviços sociais daquela instituição pública, causando um prejuízo de €80 756,14. Está indiciado pelo MP dos crimes de burla qualificada e falsificação de receituário.

Também o Tribunal de Penafiel deu como provado o facto de dois indivíduos que se apoderaram de receitas e de vinhetas médicas de cinco médicos, bem como de diversos nomes e respectivos números de beneficiários do SNS (burla). Essas receitas foram devidamente preenchidas e autenticadas com as vinhetas furtadas à revelia dos médicos, adquirindo medicamentos com elevada taxa de comparticipação do Estado, em 25 farmácias distintas. Foram condenados a dois anos e sete meses de prisão, com penas suspensas e a indemnizar o Estado em €22 067 (Jornal i, 2015a)²⁸¹.

Uma prática recorrente já referida é a **prescrição fraudulenta de medicamentos com alta taxa de comparticipação**. Uma das notícias divulgadas pelo Telejornal RTP1 (2014)²⁸² foi de uma operação na região de Lisboa pela PJ. Só um médico conseguiu obter indevidamente em apenas um só ano, mais de 200 mil euros, num alegado esquema de receitas e atestados falsos (corrupção e burla ao Estado). Segundo fonte

-
- Existem diferenças **acentuadas** nos valores cobrados nas diferentes ARS (€0,27 – €2/folha). Também os preços cobrados aos hospitais (ARS Norte) são superiores aos dos médicos privados. Há ainda casos em que os preços parecem remontar a 1988, um normativo da DGCSP que fixava o preço em 55\$00;
 - Os médicos do regime privado e social, “(...) *utilizam, exclusivamente, suportes de prescrição manual*”;
 - Por fim, o parecer do Inspector-Geral da IGAS sublinha o seguinte: “*As falhas e ineficiências da organização, da gestão e do controlo sectorial da produção/emissão e distribuição de vinhetas potenciam o risco de fraude e de abuso dos benefícios concedidos pelo sistema de comparticipação*”;

²⁸⁰ Notícia acessível através do link: <<http://www.tvi24.iol.pt/sociedade/burla/conseguiu-11-atestados-falsos-para-faltar-ao-trabalho>>;

²⁸¹ Notícia acessível através do link: <<http://www.ionline.pt/131447>>;

²⁸² Notícia acessível através do link: <<http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=736338&tm=8&layout=122&visual=61>>;



da PJ referiu ao Jornal Público (2014b)²⁸³, o clínico pedia como contrapartidas, “(...) *algumas centenas de euros por cada atestado falso*” que podiam chegar aos mil euros. Estes atestados que continham falsas declarações clínicas, eram usados em contexto profissional ou para candidaturas a concursos. Quanto às receitas falsas o esquema envolvia várias farmácias e Delegados de Informação Médica (DIM), para a obtenção indevida do valor das participações.

Numa investigação jornalística, apresentada pelo canal televisivo TVI (Reportagem da TVI, 2013)²⁸⁴, sob o título «*Desviados*» que desencadeou um processo de inquérito por parte da ERS de modo a averiguar a veracidade dos factos (Processo n.º ERS/089/13_A)²⁸⁵, expõe situações de **fraude e promiscuidade de médicos que trabalham simultaneamente no sector público e privado** (com relatos na primeira pessoa de pacientes e profissionais)²⁸⁶, em que o objectivo é dificultar o direito de acesso aos cuidados de saúde básicos (público), uma vez que os pacientes não tendo alternativa de escolha, a única solução será mesmo optar por ir ao sector privado, criando-se deste modo, um modelo de negócio auto-sustentável, financiado à custa de quem necessita de um serviço público tendencialmente gratuito. Há ainda relatos de: **diagnósticos falsos, falsificação de consultas**²⁸⁷, **alegada falta de capacidade instalada** (sector público) e de **cobrança de valores indevidos**.

²⁸³ Notícia acessível através do link: <<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/pj-deteve-medico-suspeito-de-corrupcao-burla-e-falsificacao-de-atestados-clinicos-1635267>>;

²⁸⁴ Notícia acessível através do link: <https://www.youtube.com/watch?v=Z5_Ac2cuklY>;

Esta investigação decorreu na cidade do Porto, em duas unidades de saúde públicas: no Centro de Saúde da Cristelo/Rebordosa (Paredes) e no Hospital Pedro Hispano (Matosinhos);

²⁸⁵ Acessível no portal oficial da ERS:

<https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1018/ERS_089_13.pdf>;

²⁸⁶ Na reportagem, o paciente Joaquim Seabra foi confrontado com registos de duas consultas que nunca efectuou e visa desconhecer o médico. A paciente Laurentina Ribeiro, refere que foi encaminhada para a CUF para ser operada (hérnia abdominal), tendo pago 2500 euros, que posteriormente o médico pediu-lhe mais 350 euros. A ex-coordenadora do centro de saúde de Cristelo/Rebordosa, garantiu que o desvio de pacientes daquela unidade pública para unidades privadas e de falsas consultas, acontecia há anos e era do conhecimento de todos, pelo que denunciou o caso ao MP;

²⁸⁷ Os médicos, registavam de forma reiterada a falta da presença dos pacientes e com isto obtinham disponibilidade para estarem nos consultórios privados (repetidos casos constavam no sistema informático a falta de presença às 11H00, quando essas consultas estavam marcadas para a tarde – 15H00), e ainda, consultas presenciais confirmadas a doentes crónicos acamados que não requerem a presença do médico para ser revalidada a prescrição de medicamentos;



Em traços gerais, a primeira parte da peça jornalística refere diversos casos, que através da actuação dos próprios profissionais de saúde, criavam listas de espera artificiais limitadas com o intuito de direccionar/empurrar pacientes do sector público (neste caso do Centro de Saúde da Cristelo/Rebordosa) para os seus consultórios particulares ou clínicas particulares de pequena dimensão (sector privado), que se situavam a cerca de 300 metros do prestador público; a segunda parte da investigação, foca também casos de direccionamento de pacientes do sector público (Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE) para o sector privado/convencionado, para a realização de actos cirúrgicos (em apenas 30 dias)²⁸⁸, com a falsificação do diagnóstico e inscrição dos pacientes como prioritários/urgentes²⁸⁹, aos quais os médicos optavam por praticar tais actos no privado, e por vezes, quando estavam a prestar o serviço de urgência no sector público e dentro do horário público, lesando não só os pacientes como os contribuintes em geral e, *'sabotando'* o Estado ou o SNS.

É também evidenciado outras situações: doações de produtos caseiros a pedido do médico; abuso de funções quanto à emissão de atestados médicos, negando-os se fossem emitidos no sector público; manipulação de escalas de serviço (no caso específico, um médico que trabalhou 24 horas seguidas durante 15 dias); ausências de serviço para trabalhar no privado, sem dar conhecimento aos superiores, violando as normas do número mínimo de especialistas nas urgências. Confrontando a realidade factual da 1.ª parte da reportagem com o supra relatório²⁹⁰, este contrasta desde logo com a seguinte menção: *"À data e hora da acção de*

²⁸⁸ O recurso ao sector convencionado (privado ou social) só pode ocorrer quando decorrido 75% do Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG) sem que tenha sido marcada a cirurgia pelo hospital de origem, emitindo um vale-cirurgia a favor do utente (Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004);

²⁸⁹ Pacientes que poderiam ser operados no prazo de 9 meses de acordo com as regras de segurança cirúrgicas;

²⁹⁰ A intervenção da ERS foi desencadeada em dupla perspectiva: primeira direccionada ao apuramento dos factos referidos na reportagem, a segunda, estender a acção de fiscalização a 26 prestadores de CSP distribuídos pelas 5 ARS.

De acordo com as várias diligências realizadas, a ERS procedeu à emissão de instruções a todos os ACES e ULS (salienta-se a seguinte: adoptarem, de forma imediata, todos os comportamentos que garantam, efectivamente, o rigoroso cumprimento de todas as regras estabelecidas no quadro legal relativo aos TMRG); Recomenda ao MS uma acção de sensibilização dirigida aos pacientes, quer para conhecimento dos seus direitos de acesso, quer para a necessidade de adequarem os seus comportamentos às distintas situações de saúde - agudas ou não agudas (Relatório ERS n.º 089, 2013:72-73, 75);



fiscalização não se encontrava presente nenhum utente no exterior (...) aguardando a abertura das instalações”; apurou também que existia informação afixada relativa ao número de vagas para consultas, concluindo que dos factos apurados “(...) não permitiram reunir prova de prática de desvio de utentes do sector público para o sector privado”²⁹¹ (Relatório ERS n.º 089, 2013:15).

Idênticos factos, passaram numa reportagem da RTP1 (2015)²⁹², no Programa “Sexta às 9”, sobre um **alegado desvio de crianças** surdas do Hospital de Coimbra – Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra (CHUC) para o Centro Cirúrgico de Coimbra (privado), para colocação de implantes cocleares. Através de falsas informações (mentira), dois médicos (Carlos Alberto Ribeiro e Jorge Manuel Quadros) daquela unidade pública informavam os progenitores que o SNS apenas participava um deles, enquanto a colocação do outro implante, teria que passar pelo privado²⁹³, aconselhando desde logo, aquele centro privado, onde a mesma equipa médica trabalhava, com custos na ordem dos 30 000 a 50 000 mil euros (anestesia, cirurgia e aparelhos), lucrando indevidamente através desta prática, cirurgias que eram comparticipadas a 100% pelo Estado (SNS). De salientar é a distância entre as duas unidades, apenas 3 km.

Outros esquemas corruptivos, são sobre o **agendamento de cirurgias fictícias**, tal como foi noticiado pela reportagem da TVI (2015)²⁹⁴, o caso do Centro Hospitalar do Baixo Vouga E.P.E. (Aveiro), em que as cirurgias eram (re)agendadas e adiadas

²⁹¹ Do autor da dissertação: ficará sempre a dúvida, se depois de exibida a reportagem, tanto os prestadores como médicos, adequaram os seus comportamentos de forma autónoma, desconhecendo a acção de fiscalização da ERS, ou se tiveram conhecimento (fuga de informação) do desencadear de uma fiscalização para apuramento de responsabilidades, tomando desde logo certas medidas para defraudar a notícia;

²⁹² Notícia acessível através do link:

<http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=804740&tm=8&layout=122&visual=61>>;

²⁹³ Na entrevista a um membro daquela unidade pública, garantiu que o “*Centro Hospitalar de Coimbra fará a implementação que os técnicos determinarem que são para fazer*”, não havendo qualquer limitação na implementação dos dois aparelhos;

O MS responde o seguinte: “(...) *os implantes cocleares (...) quando prescritos por médicos do Serviço Nacional de Saúde, são comparticipados a 100% pelo Estado, quer na parte dos dispositivos médicos utilizados, quer do trabalho médico-cirúrgico e de outros profissionais, exames médicos, consultas, medicamentos e internamento.*”;

²⁹⁴ Notícia acessível através do link: <http://www.tvi24.iol.pt/sociedade/cirurgias-ficticias/atividade-ficticia-no-centro-hospitalar-do-baixo-vouga-vai-ser-analisada>>;



consecutivamente sem conhecimento dos pacientes. Com este esquema de adiamento, permitia ao hospital não ter que enviar pacientes para outros hospitais, evitando desta forma despesas acrescidas e, esconder o número de pacientes em lista de espera para o envio à tutela, uma vez que desta forma o hospital não seria penalizado financeiramente no contrato de programa com o Governo. Também os profissionais deste hospital declaram ao Bastonário da OM, o “(...) conhecimento de inúmeros casos (...), com o intuito de mascarar os verdadeiros números das listas de espera para envio à tutela”²⁹⁵.

Outra ‘contaminação’ que provoca um desfalque financeiro no SNS é o **pagamento de remunerações indevidas**, que contempla elevados valores na remuneração base, horas extraordinárias e adicionais. Trata-se de uma prática comum e reiterada, praticada por alguns profissionais de saúde, mais evidenciada no grupo profissional médico²⁹⁶, que terá lesado o Estado numa verba superior a 1 359 288,37€ (valor estimado resultante das remunerações mais elevadas [potencialmente irregulares] relativos a 6 médicos), descrito no relatório IGAS n.º 83 (2013)²⁹⁷. Neste contexto, vejamos algumas irregularidades detectadas nas acções inspectivas da IGAS, a 19 entidades de saúde públicas, entre o ano 2009 a 2012:

- O uso da “Licença Sem Vencimento de longa Duração” ou ainda a “(...) troca do vínculo entre o Contrato de Trabalho em funções públicas (CTFP) e o Contrato Individual de Trabalho (CIT)”²⁹⁸, uma vez que este último é potenciador de uma

²⁹⁵ No entanto, o CA defendeu-se negando tais remarcações, salientando que tempo médio de espera para cirurgia entre 2012 – 2014, melhorou, de 6,8 meses para 4,2 meses e número de doentes em lista de espera para cirurgia há mais de 12 meses, desceu de 783 para 256;

²⁹⁶ Relativamente ao controlo da assiduidade e pontualidade “(...) foi notado que o grupo de maior relevo - o grupo médico - é o mais excepcionado do sistema biométrico” (leitura de impressão digital), havendo uma preferência pelo registo manual – “folhas de ponto” (Relatório IGAS n.º 83, 2013:6). Com este esquema, há a facilidade de aumentar o número de horas extraordinárias, através da “sobreposição horária”. Exemplo: o registo de saída do Serviço de Urgência (SU) às 09H00 e o horário normal de trabalho se iniciou às 08H00 (Relatório IGAS n.º 83, 2013:42);

²⁹⁷ Sobre o relatório, o Ministro da Saúde emitiu o Despacho n.º 12/2012, de 5 de Março (faz parte integrante do relatório), onde se destaca o seguinte parágrafo: “Para além do reembolso das verbas indevidamente recebidas, a irregularidade de tais pagamentos deu já lugar à instauração de processos disciplinares aos seus beneficiários. Cabe aos membros dos Conselhos de Administração acautelar a não repetição destas situações já que daí pode advir-lhes, nos termos da lei, a imputação de responsabilidade financeira e sancionatória” (Lei n.º 98/1997, de 26 de Agosto – Lei de Organização e Processo do TdC: artigo 65.º);

²⁹⁸ Relatório IGAS n.º 83 (2013:6);



remuneração base superior à remuneração fixada em tabela para os CTFP, chegando mesmo a duplicar (a título de exemplo, foi constatado um CIT com uma remuneração base mensal no valor de €10 066,20);

- Em certas entidades de saúde, ainda não é “(...) evidenciado o horário do trabalhador médico”²⁹⁹ (exemplo: no Centro Hospitalar de Tondela-Viseu, EPE, o controlo da assiduidade e da pontualidade para processamento da remuneração, é feito através das folhas de presenças em confronto com a cláusula contratual);
- O não funcionamento/utilização do sistema biométrico informático (leitura de impressão digital) e o uso frequente dos registos manuais, permite que não haja um “(...) controlo das horas extraordinárias/suplementares, de prevenção, de chamada e, até, da produção cirúrgica adicional”³⁰⁰;
- Médicos que sobrepõem a “(...) produção cirúrgica adicional [SIGIC] e os tempos normais de trabalho”³⁰¹, havendo uma duplicação de pagamentos;
- O “pagamento de trabalho extraordinário muito além do limite legal de um terço da remuneração mensal principal, (...) com escalas do SU em sobreposição com o período normal de trabalho”, ou a sobreposição de “(...) actividades com férias e folgas”³⁰² (exemplo: o caso de um médico da ULS de Matosinhos, que em 2009 registou em trabalho extraordinário, o equivalente a metade das horas normais de trabalho anuais [4348 horas], tendo acumulado entre 2009-2011 o correspondente a 12 090,5 horas em trabalho extraordinário/prevenção [média dos 3 anos: 45,9%]).

Também uma auditoria do TdC que visou identificar as remunerações mais elevadas pagas pelas unidades hospitalares do SNS (59 unidades) a médicos entre 2009-2012, refere que o médico mais bem pago em 2009 recebeu €744 655,65 e labora no Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, ou seja, mensalmente auferiu de uma remuneração média €53 189,69, o que significa 9,5 vezes (863%) o salário base (€5523,24), contribuindo para estes valores os suplementos remuneratórios³⁰³, sobretudo as “(...) horas extraordinárias e o pagamento da produção adicional (SIGIC)” (TdC, 2013b:18), constatando-se uma vez mais que a realização do trabalho

²⁹⁹ Relatório IGAS n.º 83 (2013:7);

³⁰⁰ Relatório IGAS n.º 83 (2013:7);

³⁰¹ Relatório IGAS n.º 83 (2013:8);

³⁰² Relatório IGAS n.º 83 (2013:7, 41, 49);

³⁰³ Prestação de trabalho nocturno, extraordinário, de prevenção, de chamada, trabalho em serviço de urgência e trabalho em unidades de cuidados intensivos ou intermédios, entre outros;



extraordinário “(...) ocorreu para além do limite legal de um terço da remuneração mensal principal”³⁰⁴, apurando ainda pagamentos superiores ao valor hora em referência – 30€/hora para especialistas (TdC, 2013b:26-27). É ainda evidenciado que a remuneração mais baixa no ranking dos 10 médicos, é de €283 667,73 (€20 261,98 mensais) (TdC, 2013b:19).

Em 2008 e 2009, só cinco médicos auferiram “(...) mais do dobro a remuneração total dos membros de todos os conselhos de administração (198 membros) das unidades hospitalares EPE” (TdC, 2013b:7). Foi nas unidades hospitalares do Alentejo e do Algarve que se detectaram as remunerações mais elevadas e nas especialidades como a Oftalmologia, a Ortopedia e a Anestesiologia (TdC, 2013b:17-19).

É possível referenciar uma vez mais o recurso às licenças sem vencimento de longa duração por parte dos médicos e subsequentemente a celebração de contratos individuais de trabalho com os mesmos prestadores, para usufruírem indevidamente de condições remuneratórias mais vantajosas, no qual o TdC critica a actuação dos CA que têm “(...) uma gestão pouco criteriosa dos recursos, com falta de transparência e censurável” (TdC, 2013b:44-47).

Segundo o Jornal de Notícias (2013)³⁰⁵ que reporta esta auditoria do TdC, menciona que no início de 2012 “(...) foram substituídos os conselhos de administração das entidade mencionadas”, principalmente do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio e a Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, entre outros.

Também diversos casos sobre a **acumulação do exercício de funções públicas e alegada sobreposição de horários** têm sido alvo de notícia. Um dos acontecimentos narrado pela imprensa escrita (Jornal Correio da Manhã, 2013)³⁰⁶, ocorreu no Hospital de Santa Maria em Lisboa. Alguns médicos são suspeitos de duplicarem os salários por

³⁰⁴ DL n.º 62/1979, de 30 de Março (Regime de trabalho e remuneração do pessoal hospitalar): art.º 7 (n.º7);

³⁰⁵ Notícia acessível através do link:

<http://www.jn.pt/PaginaInicial/Nacional/Saude/Interior.aspx?content_id=3328008&page=-1>;

³⁰⁶ Notícia acessível através do link:

<<http://www.cmjornal.xl.pt/nacional/sociedade/detalhe/medicos-apanhados-a-acumular-salarios.html>>;



serviços que não prestaram aquela entidade pública. São acusados de que quando estavam nos serviços de urgência daquele prestador, realizavam em simultâneo cirurgias e consultas em outras entidades públicas e privadas de Lisboa³⁰⁷. Dois deles chegaram a constituir uma empresa (Out Intervention) de prestação de serviços especializados para consultas e cirurgias plásticas na unidade de patologia mamária da Maternidade Doutor Alfredo da Costa (MAC). Assim que tiveram conhecimento da denúncia à IGAS dissolveram-na. Numa notícia posterior do Jornal Público (2014c)³⁰⁸, soube-se curiosamente que um deles é filho do ex-director da MAC, com quem terá celebrado contratos com a instituição dirigida pelo pai. Ainda outros dois, tinham contratos com horário de trabalho de 20 horas semanais, que não chegavam a trabalhar 8 horas por mês.

Ainda no Hospital de Santa Maria - Lisboa existem suspeitas que o director do serviço de Cirurgia Vascular (José Fernandes e Fernandes), tem vindo a privilegiar a empresa Biosonda na compra de endopróteses vasculares, que chegam a custar entre 20 a 30 mil euros. Em causa estão várias irregularidades relacionadas com compras. Para evitar concursos públicos, o director daquele serviço efectuava a compra por ajuste directo atribuindo o critério de urgência ao mesmo tempo que indicava a referida empresa como a que estaria em melhores condições para fornecer de imediato o material clínico. É referido que o critério de urgência não se verifica e há casos de pacientes que naquela altura não necessitavam das próteses. Existem indícios de corrupção, falsificação de documentos e de burla na compra de próteses (Correio da Manhã, 2015; Jornal Público, 2015b)³⁰⁹. É ainda suspeito de desviar doentes de hospitais privados para a realização de cirurgias no Hospital de Santa Maria – Lisboa, custeados por este hospital público, não obstante os pacientes terem pago pelos actos médicos

³⁰⁷ Como a MAC, a CUF Descobertas (considerada a maior maternidade privada do país – Grupo Mello Saúde), Hospital dos Lusíadas, o Hospital St. Louis, Clínica de Todos os Santos e Hospital Beatriz Ângelo (PPP);

³⁰⁸ Notícia acessível através do link: <<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/ministerio-publico-vai-investigar-medicos-que-trabalharam-em-varios-locais-a-mesma-hora-1660219>>;

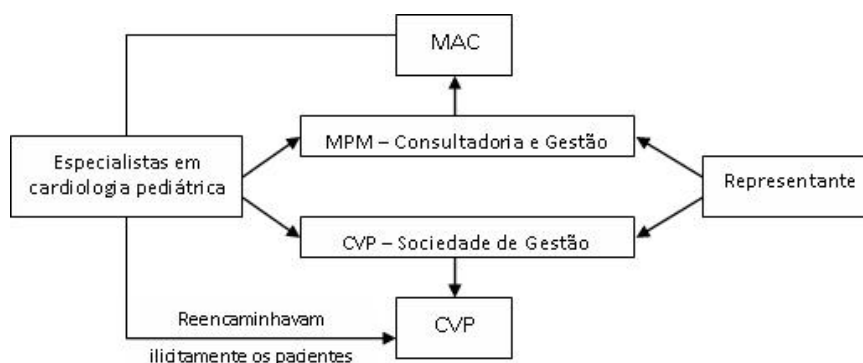
³⁰⁹ Notícia acessível através do link:
<http://www.cmjornal.xl.pt/nacional/portugal/detalhe/buscas_no_hospital_de_santa_maria.html>;
<<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/judiciaria-faz-buscas-no-hospital-de-santa-maria-1712842>>;



aos prestadores privados, onde na mira das investigações das autoridades, está especialmente o Instituto Cardiovascular, onde é fundador e director (Jornal Público, 2015c)³¹⁰.

Outro caso a envolver a MAC numa alegada situação de **conflito de interesses**, resulta de uma auditoria do TdC, envolvendo médicos que trabalhavam simultaneamente naquele prestador público e na Cruz Vermelha Portuguesa (privado). Escreve o Jornal de Notícias (2013a)³¹¹, os médicos referenciados são especialistas em cardiologia pediátrica, trabalhavam na MAC em regime de prestação de serviços (2009-2011), contratos esses, que foram celebrados entre a MAC e a empresa MPM - Consultadoria e Gestão. O representante desta empresa era ao mesmo tempo accionista, presidente da Comissão executiva, director clínico da sociedade gestora hospitalar do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa (CVP – Sociedade de Gestão Hospitalar) e ainda integrava o corpo clínico desta sociedade. Também os especialistas de cardiologia ao serviço da MAC contratados através da empresa MPM, faziam parte do corpo clínico do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa através da empresa CVP, que ilicitamente referenciavam e encaminhavam as crianças (pacientes) da MAC para aquele prestador privado, violando grosseiramente um dos acordos de cooperação, que impede os Recursos Humanos (RH) daquela sociedade (CVP), prestarem em simultâneo actividades no SNS.

Figura 3 - Esquema de conflito de interesses



Fonte: Elaboração própria

³¹⁰ Notícia acessível através do link:

<<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/pj-investiga-cirurgias-de-hospitais-privados-no-santa-maria-que-terao-lesado-o-estado-1713391>>;

³¹¹ Notícia acessível através do link:

<http://www.jn.pt/PaginaInicial/Nacional/Saude/interior.aspx?content_id=3474901&page=-1>;



Casos de conflitos de interesses são mais que muitos publicados pelos *Média*. O próximo e último (Jornal Público, 2014a; Diário de Notícias, 2014a)³¹², derivou de um contrato de ajuste directo entre a Administração Regional de Saúde (ARS) Lisboa e Vale do Tejo e uma empresa de consultoria e assessoria para reforma hospitalar e reorganização da urgência (POP Saúde), que resultou na demissão de Rita Abreu Lima, chefe de gabinete do ex-Ministro da Administração Interna, Miguel Macedo (também recentemente envolvido num alegado esquema de corrupção de vistos dourados – “Operação Labirinto”). Esta empresa de consultoria e assessoria foi criada a 3 de Janeiro de 2014 pelo ex-presidente do INEM (Miguel Soares de Oliveira) e marido de Rita Lima, onde também é sócia (dois sócios: €500 cada quota). No dia anterior à criação, esta ARS tinha decido contratar uma empresa privada para apoiar a reorganização da urgência metropolitana da Grande Lisboa e a reforma hospitalar. Cinco dias depois, esta empresa de consultoria é escolhida e o contrato é assinado a 10 de Janeiro. A rapidez com que esta contratação pública decorreu suscitou grandes dúvidas. Foi apurado que Rita Lima foi responsável pelo departamento dos RH e pelo gabinete jurídico do INEM, entre 2006 e 2008, período em que o presidente do INEM era Luís Cunha Ribeiro, actual responsável à data do contrato por aquela ARS, ao passo que Soares Miguel de Oliveira (marido de Rita Lima) era nessa altura assessor daquele dirigente e presidente da delegação do norte do INEM.

Outro caso polémico que deriva de uma investigação jornalística, foi uma reportagem da SIC (2014)³¹³ ao grupo privado de saúde Sanfil (negócio de 5 famílias, considerado o 4.º maior grupo privado em Portugal), que conduziu o MS a enviar o caso à IGAS. Nesta investigação revela **indícios de favores, promiscuidade e conflito de interesses entre o poder público e político e o grupo privado**. A partir de 2007 com o surgimento do SIGIC (o programa de combate às listas de espera para cirurgia), o grupo encontrou

³¹² Notícia acessível através do link:

<<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/chefe-de-gabinete-de-miguel-macedo-demite-se-por-cao-de-contrato-com-ars-de-lisboa-1619938>>,

<<http://www.mynetpress.com/pdf/2014/janeiro/2014011735d362.pdf>>;

³¹³ Acessível através do link:

<<http://sicnoticias.sapo.pt/programas/reportagem/sic/2014-01-09-negocio-de-familias>>;



aqui uma oportunidade para engordar os cofres. Em 2012 foi considerada a entidade privada que mais cirurgias fez ao abrigo deste programa (entre 2008-2012: 17 278 cirurgias [17%]; facturava em 2001, €4 milhões, passou a facturar €44 milhões em 2012), com apenas dois blocos operatórios e 41 camas, o que se torna ainda mais estranho. O seu principal fornecedor é o Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra (CHUC). Na análise às facturas dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica – MCDT (endoscopias e colonoscopias) foram detectados valores de medicamentos que nunca seriam prescritos para aquelas situações e material cirúrgico nunca utilizado ou nalguns casos reutilizado (não facturáveis), que eram debitados indevidamente ao paciente, subscritor de um sub-sistema de saúde e por vezes com preços diferentes. O jornalista investigador, confrontou os médicos com essas facturas, que demonstraram surpresa e garantem que grande parte daquela informação é falsa³¹⁴, pois não se adequa aquelas intervenções. Outra irregularidade detectada foi a instalação de um equipamento TAC na unidade do Centro Hospitalar de S. Francisco em Pombal (propriedade da Sanfil), que entre o pedido e a atribuição da licença pode demorar mais de um ano, mas nos documentos que foram acedidos, comprovam que o equipamento começou a laborar ilegalmente logo após a sua instalação. Em resposta ao facto, o grupo garante que o diploma em vigor (DL n.º 279/2009, de 6 de Outubro) dá cobertura legal para a utilização plena do equipamento, ficando apenas dependente de uma comunicação prévia à ARS. No entendimento das 5 ARS(s), referem que não se aplica ao caso da TAC. A investigação vai mais longe e mostra outros concorrentes directos à Sanfil que esperavam há mais de um ano por uma autorização da tutela ao programa do SIGIC, pressupondo que a tutela lhes bloqueia deliberadamente o andamento do processo. Curiosamente após do contacto do

³¹⁴ Em resposta à situação, o administrador desculpou-se da irregularidade, encontrando um culpado, a pessoa responsável pelos lançamentos no sistema informático, programa esse, que os lançava automaticamente sempre que estava em causa aqueles actos (ao que o repórter apurou, trata-se do seu braço direito);



repórter da SIC com a ARS Centro, esta inesperadamente apressou-se em convocar aqueles prestadores privados para uma reunião³¹⁵.

Agora sabe-se que o presidente do CA daquele hospital público de Coimbra, José Martins Nunes (anestesiista e antigo secretário de Estado do último Governo de Cavaco Silva), foi colaborador por diversos anos da Sanfil. João Manuel de Cerpa Oliva, sócio da Sanfil (e também deputado CDS/PP), foi até 2008, chefe de ortopedia dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Joaquim Mira, segundo sócio da Sanfil, foi oftalmologista daquele centro hospitalar até 2012. Alfredo Fânzeres da Mota, outro dos sócios, continua naquele centro hospitalar como director de urologia e transplante renal. Destacar também, a aquisição da nova colaboradora para directora de operações, Rita Cristóvão, pertencente ao quadro da ACSS, com o pelouro do SIGIC.

Também uma outra notícia do jornal Diário de Notícias (2014)³¹⁶ relata irregularidades num anúncio³¹⁷ publicado pela Sanfil, da oferta das taxas moderadoras e co-pagamentos ao paciente. O Ministro da Saúde decidiu enviar o caso para a ERS para averiguação, proferindo o seguinte: *“Esta publicidade pode suscitar dúvidas e questões sobre a sua eventual irregularidade ao oferecer/dispensar o pagamento das taxas moderadoras nas consultas e exames, promovendo a indução do consumo”*.

Entre as diversas notícias pesquisadas, também foi possível constatar o lado ‘misterioso’ da indústria farmacêutica, neste caso particular, do grupo Bial, considerada a maior farmacêutica portuguesa. A notícia do Jornal Sábado (2013)³¹⁸ expõe **diversos tipos de contrapartidas, envolvendo a Bial (Medibial) ou os seus**

³¹⁵ Conseguiu-se apurar através de um jornal regional Notícias de Coimbra (2014), que esses dirigentes dos prestadores privados pediram a deputados do PSD (Maurício Marques e José Canavarro) para interferirem junto da ARS Centro, para com rapidez deferissem as suas candidaturas e *“(...) no dia seguinte, os contratos foram assinados”*. Também este caso foi denunciado à PJ. Notícia acessível na internet em: <http://www.noticiasdecoimbra.pt/deputados-zelam-pela-saude-financeira-da-idealmed-e-clinica-particular-de-coimbra/>>;

³¹⁶ Notícia acessível através do link:

http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=3626208&page=-1>;

³¹⁷ Ver em anexo: Figura 9 - Anúncio publicitário do prestador privado Sanfil;

³¹⁸ Notícia acessível através do link:

<http://www.mynetpress.com/pdf/2013/setembro/2013091933e43f.pdf>>;



DIM(s) e centenas de médicos: “(...) 500 euros caso o médico prescriptor receitasse, durante 4 ou 5 meses, produtos da Bial a 15 ou 20 doentes; e mil euros se a prescrição fosse feita a 30/35 pacientes”. Estas contrapartidas consideradas como prática generalizada do grupo, eram normalmente consumadas através de dinheiro vivo, por cheque ou cartões de compras, para que os médicos prescrevessem medicamentos daquele laboratório participados pelo estado. Os DIM(s) tinham mesmo ordens internas para justificarem os pagamentos: o dinheiro vivo era justificado através de facturas de jantares fictícios; por cheques para participarem na simulação de estudos científicos, que mais não eram que inquéritos para preencher pelos médicos; e, através dos cartões de compras, eram entregues vários cartões com plafond para compras (Continente e El Corte Inglés). Em causa estavam fármacos para o tratamento da epilepsia, com elevada taxa de participação (Zebinix, Elontril e Sedoxil). Há ainda fortes indícios de promiscuidade e conflito de interesses, já que a empresa contratada (Formifarma) para realizar os supostos estudos em que os médicos eram pagos, é detida por José Aranda da Silva, que foi presidente do INFARMED e ex-bastonário da Ordem dos Farmacêuticos. Nestes esquemas são ainda descritos situações de “pressão” sobre médicos e “ameaças de despedimentos” dos DIM(s) caso não fossem atingidos os objectivos de vendas.

Já recentemente (Julho de 2015) no âmbito de um processo/inquérito relacionado com estas ilegalidades, o grupo Bial foi alvo de buscas (Porto, Lisboa e Coimbra), sendo constituídos arguidos 16 DIM(s), por indícios da prática de corrupção, no entanto, ainda não existe nenhum administrador nem médicos entre os arguidos (Jornal de Notícias, 2015a)³¹⁹. Das 24 buscas realizadas pela UNCC da PJ em coordenação com o DCIAP, foram encontrados diversos cartões com crédito para compras, que já continham alguns nomes de médicos. Tudo leva a indiciar que o grupo mantém um esquema de pagamentos de luvas/contrapartidas a médicos pela prescrição dos seus medicamentos. Também a oferta de cartões de hipermercados com a promessa do

³¹⁹ Notícia acessível através do link:

<http://www.jn.pt/PaginaInicial/Justica/Interior.aspx?content_id=4670041&page=-1>;



médico receitar um determinado número de embalagens, é outro estratagema já conhecido.

Vejamos outras práticas verificadas numa outra indústria farmacêutica, que não vê limites para fazer aumentar as vendas, mais concretamente nos laboratórios Azevedos. Uma das estratégias ilegais para fazer aumentar as vendas do fármaco Keplat (tratamento da dor e inflamação), consistia na oferta de uma pen ao médico que permitia mediante registo, jogar no computador e ao fim de 3 meses, os concorrentes nos 3 primeiros lugares da classificação, recebiam um prémio em viagens para congressos de 500 a 1000 euros. Essa pen trazia ainda uma folha para preencher com as 10 prescrições/mês daquele fármaco. Quanto aos DIM(s), sabe-se que o trabalho destes é transmitir o que há de novo no mercado, e não havendo novidades limitam-se a incentivar que se receite muito. Ora, era mesmo isso que acontecia, tornando-se numa prática generalizada e reiterada. Os DIM(s) eram pressionados e coagidos para comercializar mais produtos/prescrição juntos dos médicos, com um objectivo de realizarem 10 visitas por dia (foi atingido uma média nacional de 12 e 15 visitas), quando a lei permite apenas 8, acrescentar ainda a estes objectivos, duas visitas diárias, em média, às urgências, apesar destas visitas estarem proibidas (Despacho n.º 8213-B/2013, de 24 de Junho). Para avivar a memória dos médicos ofereciam-se brindes com os nomes dos medicamentos sujeitos a receita médica ou com o nome do laboratório (até nas águas!). Outro facto é o controlo dos DIM(s) através de GPS, como forma de os pressionar e de servir como prova para um despedimento por justa causa. Outra irregularidade inaceitável, era (ou é) a venda de alguns produtos directamente aos pacientes a preços mais baixos que nas farmácias. Neste esquema, os Azevedos distribuía blocos de senhas pelos médicos, numa das faces bastava colocar uma cruz no produto escolhido, no outro lado, constava o horário de atendimento, telefone e e-mail para a encomenda directa aos laboratórios (Revista Visão, 2015)³²⁰.

³²⁰ Notícia acessível através do link:

<<http://visao.sapo.pt/saiba-quanto-nos-vaio-custar-as-ppp-na-saude=f739150>>;



Despacho n.º 8213-B/2013, de 24 de Junho

Regras de acesso dos DIM aos serviços e estabelecimentos do SNS

Artigo 4.º (Número de visitas) (...)

4 — Em regra, cada DIM só pode visitar oito profissionais de saúde por dia (...);

Artigo 5.º (Local e horário das visitas) (...)

a) As visitas devem ter lugar em sala própria e adequada ao fim a que se destinam, **não podendo realizar -se em serviços de urgência ou de atendimento permanente ou em serviços de internamento;**

Também os funcionários administrativos têm a ‘*mão aventureira*’ no desvio indevido de taxas moderadoras, provocando um desfalque nas contas do SNS. Um caso que está na esfera da justiça, passou-se no Centro de Saúde da Marinha Grande, onde uma ex-funcionária responsável pela gestão dos dinheiros, desviou alegadamente 139 mil euros de taxas moderadoras. O esquema consistia em não proceder ao pagamento de diversas facturas de fornecedores mas dando as facturas como pagas, transferindo os respectivos valores para a conta «taxas da Sub-região de Saúde de Leiria» de maneira a bater certo. Desta forma os depósitos efectuados das taxas moderadoras correspondiam sempre aos mapas mensais do programa informático de contabilidade (Jornal Público, 2015a)³²¹.

Situação idêntica aconteceu no Centro de Saúde de Seia (Guarda), onde um funcionário ter-se-á locupletado (enriquecido) em mais de 12 000 euros de verbas provenientes das taxas moderadoras, prática que ocorreu de forma reiterada durante pelos menos 6 anos e que culminou na sua detenção pela PJ, suspeito pela prática dos crimes de peculato, falsificação de documentos e falsidade informática. O funcionário para ocultar o seu comportamento delituoso, “(...) procedia à alteração e destruição de vários documentos, registando à posteriori isenções indevidas no respectivo sistema informático ou anulando consultas em relação às quais tinham sido cobradas taxas moderadoras” (Comunicado da PJ, 2015)³²².

³²¹ Notícia acessível através do link: <<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/arguida-diz-em-tribunal-que-so-desviou-30-mil-euros-de-taxas-moderadoras-1691721>>;

³²² Acessível através do sítio da internet: <<http://www.policiajudiciaria.pt/PortalWeb/page/%7B28AB9999-38A3-432F-B749-510ABE2FFA32%7D>>;



O nepotismo (favorecimento familiar) também está presente no sector, como é o caso da antiga presidente do CA da ULS da Guarda, Ana Manso, que em Dezembro de 2011 interferiu na transferência do seu marido, Fernando Manso (administrador hospitalar na ULS de Castelo Branco), de Castelo Branco para a Guarda, e após isto, em Março de 2012 nomeou-o como auditor interno sem referir o seu parentesco. Após intervenção do Ministro da Saúde, foi “(...) forçada a demitir o seu marido no mesmo dia em que o nomeou”, e após relatório de auditoria da IGAS, culminou também com a sua demissão em Novembro de 2012. Em Abril de 2015, o Tribunal da Guarda decidiu absolvê-la da prática de um crime de abuso de poder (Jornal Público, 2012; Jornal A Guarda, 2015)³²³.

Vários também são os relatos de falsos médicos ou falsos enfermeiros, a praticarem actos clínicos – cuidados de saúde, para as quais não estão habilitados, que culminam numa **prática corrupta de usurpação de funções** (art. 358.º do CP).

Artigo 358.º do Código Penal
Usurpação de funções
Quem:
a) Sem para tal estar autorizado, exercer funções ou praticar actos próprios de funcionário, de comando militar ou de força de segurança pública, arrogando-se, expressa ou tacitamente, essa qualidade;
b) Exercer profissão ou praticar acto próprio de uma profissão para a qual a lei exige título ou preenchimento de certas condições, arrogando-se, expressa ou tacitamente, possuí-lo ou preenchê-las, quando o não possui ou não as preenche; ou
c) Continuar no exercício de funções públicas, depois de lhe ter sido oficialmente notificada demissão ou suspensão de funções; é punido com pena de prisão até 2 anos ou com pena de multa até 240 dias.

Uma das notícias recentes, provém do caso de cegueira do médico holandês (referenciado no exemplo do subcapítulo – 2.1.1 Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos [Pág. 21]), cujo funcionário psicólogo exercia actos de enfermagem para os quais não estava habilitado. Foi condenado a dez meses de prisão com pena suspensa (Jornal de Notícias, 2015)³²⁴.

³²³ Notícia acessível através do link: <<https://www.publico.pt/sociedade/noticia/governo-demite-ana-manso-da-unidade-local-de-saude-da-guarda-1574619>>; <<http://www.jornalaguarda.com/index.php/atualidade/2853-ana-manso-comecou-a-ser-julgada-pela-alegada-pratica-de-um-crime-de-abuso-de-poder>>;

³²⁴ Notícia acessível através do sítio da internet: <http://www.jn.pt/PaginaInicial/Seguranca/Interior.aspx?content_id=4356822&page=-1>;



Outra notícia caricata publicada e que o Jornal Público (2013f)³²⁵ teve acesso através da 7.ª Secção do DIAP de Lisboa, foi a de um indivíduo de 58 anos, que conseguiu fazer-se passar por médico ao longo de duas décadas em clínicas e lares da região de Lisboa e Algarve, que contava com a cumplicidade de uma médica que lhe fornecia receitas e vinhetas e de uma enfermeira. Este falso médico cobrava em média 40 euros por consulta, optava principalmente entregar em mão os medicamentos aos pacientes, fez diversos exames médicos físicos e clínicos, colheitas de sangue e administrou injeções a centenas de pacientes. O plano utilizado para tornar esta história credível era a seguinte: a enfermeira tentava convencer os pacientes que era um médico experiente, que trabalhava no hospital de Santa Maria – Lisboa, apresentava-se de bata e socas brancas com o nome do referido hospital e um dos gabinetes chegou a ter uma placa.

Relativamente ao crime de usurpação de funções o TRP (2005)³²⁶ acorda o seguinte:

Acórdão TRP (2005) “Usurpação de funções; Acto médico”
Se o agente, depois de se intitular médico, tendo mesmo colocado uma placa com a palavra “Médico” na porta do seu gabinete, vai ver um doente a casa, a pedido de um familiar deste, lhe mede a tensão arterial e lhe ministra uma medicação que trazia consigo, pratica acto próprio da profissão de médico e, não sendo médico, comete o crime de usurpação de funções do artigo 358, n.1 alínea b) do Código Penal de 1995.

Um aluno do curso de Medicina Veterinária foi detido em 2011 por exercer a profissão de Veterinário sem as habilitações necessárias e condenado em Junho de 2015 ao pagamento de uma multa de 1200 euros, pelo crime de Usurpação de funções, crime continuado de falsificação de documentos, entre outros, crimes que já decorriam desde 2003. Nessa altura o aluno da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro mandou fazer um carimbo com o nome e número de cédula profissional de um médico veterinário e docente naquela Universidade. A descoberta foi feita por um colega de profissão do docente, ao estranhar a sua assinatura em boletins sanitários de canídeos,

³²⁵ Notícia acessível através do sítio da internet: <<http://publico.pt/sociedade/noticia/falso-medico-que-exerceu-durante-20-anos-acusado-de-burla-1579984>>;

³²⁶ Acessível através do sítio da internet: <<http://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/56a6e7121657f91e80257cda00381fdf/e858eb2b4eba07cb80256fb80041f462?OpenDocument&Highlight=0,usurpa%C3%A7%C3%A3o,de,fun%C3%A7%C3%B5es,de,m%C3%A9dico>>;



quando o mesmo trabalhava essencialmente com animais de pecuária. Os pais do aluno exploravam uma vacaria e seria alegadamente numa receita médica que o aluno terá obtido a assinatura do profissional (Canal Superior, 2015)³²⁷.

O mais recente caso de condenação de usurpação de funções, ocorreu a 9 de Julho de 2015 (Diário de Notícias, 2015)³²⁸. O arguido fazia-se passar por médico, prestando assistência em provas automobilistas (Vila-Real, Montalegre e Murça), tendo sido condenado a uma pena de 10 meses de prisão, substituídas por uma multa de 1500 euros. O indivíduo assumiu em determinadas situações, o cargo de chefe de equipa médica e noutras, foi o único médico presente na prova, chegando muitas das vezes a vestir a farda do INEM. Só entre 2009-2010, o indivíduo participou em cerca de 10 provas, e o caso só foi descoberto, quando dois outros médicos alertaram a OM para uma irregularidade com o número de cédula. O juiz considerou “*ultra relevante*” o facto de o indivíduo ter desempenhado actos médicos, sem licenciatura ou estar inscrito na OM.

Para finalizar, este caso remonta a 2005, no qual o Hospital de Bragança (integrado actualmente na ULS do Nordeste) contratou uma empresa prestadora de serviços na área da medicina no trabalho, para a realização de espirometrias³²⁹ aos trabalhadores do hospital. Um médico e um técnico de higiene e segurança no trabalho dessa empresa privada, foram acusados do crime de co-autoria de Usurpação de funções de técnico de cardiopneumologia, contudo foram absolvidos, ficando provado que não tinham a intenção (dolo) de cometer o crime (Revista TecnoSaúde, 2009)³³⁰.

Também Associação Portuguesa de Fisioterapeutas tem vindo alertar que existem várias pessoas a exercer a função de fisioterapeuta sem habilitação, pondo em perigo

³²⁷ Notícia acessível através do link: <<http://informacao.canalsuperior.pt/noticia/19771>>;

³²⁸ Notícia acessível através do link:

<http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=4671536&page=-1>;

³²⁹ Método de estudo que permite avaliar com um espirómetro, a capacidade respiratória pulmonar, registando os diversos volumes pulmonares e, em função do tempo, conhecer os débitos (Fonte: <<http://www.infopedia.pt/dicionarios/termos-medicos/espirometria>>);

³³⁰ Acessível através do link:

<<http://stss.pt/files/section/TECNOSAUDE/SINDICATO-JUNHO-09.pdf>>;



a saúde dos pacientes, defendendo mais fiscalização nesta área de saúde (Diário Digital, 2015)³³¹.

Da mesma forma a Ordem dos Nutricionistas tem alertado para o crescente número de casos registados e o perigo para a saúde pública (dietas milagrosas). Desde de 2012 já se registaram 152 casos sinalizados e é na área geográfica da Grande Lisboa que se registam mais denúncias com a chegada do verão, o que levou a Ordem a criar uma ferramenta no seu sítio oficial da internet, onde é possível verificar o registo nacional dos nutricionistas/dietistas e a lançar uma campanha de sensibilização com o mote “Vamos pôr a nutrição na Ordem” (Reportagem da TVI24, 2015)³³².

Como é impossível descrever casos associados a cada área de risco, fica para futuras investigações os riscos ligados à venda e posterior arrendamento de património imobiliário pertencente ao sector público de saúde³³³; o constante recurso à contratualização de empresas privadas de prestação de serviços para colmatar a falta de profissionais nos hospitais públicos (Anestesiologia, Obstetrícia, Pediatria) e a sua despesa acrescida (ou não) para o SNS.

De seguida abre-se um novo subcapítulo, por ser um assunto demasiado complexo, não só pelos valores financeiros implicados, mas também pelos vários riscos associados, promiscuidade e conflitos de interesses.

³³¹ Acessível através do link: <http://diariodigital.sapo.pt/news.asp?id_news=777147>;

³³² Acessível através do sítio da internet: <<http://www.tvi24.iol.pt/sociedade/nutricao/falsos-nutricionistas-aumentam-no-verao>>;

³³³ Veja-se a reportagem da SIC (2011), que mostra um esquema de venda de hospitais públicos a uma empresa pública responsável pelo imobiliário público (Parpública), no qual o Estado paga depois uma renda elevada por esse mesmo imóvel que vendeu, isto é, o Estado a vender ao próprio Estado, e em seguida, o Estado arrendar ao Estado.

Acessível através do sítio da internet: <<http://videos.sapo.pt/8hV4AopJLuuAc4/ZqQWM>>;



2.2.2.3. As Parcerias Público-Privadas no sector da saúde (PPP)

Como foi anteriormente dito, outro ‘veneno’ (área de vulnerável) associado à corrupção, são as Parcerias Público-Privadas³³⁴ (PPP), que têm sido opção em projectos de grande envergadura financeira, envolvendo “(...) *infra-estruturas essenciais no domínio da saúde*” (TdC, 2007:7).

A história das PPP neste sector, remontam ao ano de 2001 pela mão do ex-Ministro da saúde Correia de Campos (porém o anúncio em sistema de gestão privada já tinha sido feito em 2000 pela sua antecessora Manuela Arcanjo)³³⁵, num projecto ambicioso que previa a concessão para a construção, manutenção e gestão de onze hospitais divididos em duas vagas (uns construídos de raiz, outros obras de melhoria ou de substituição). Numa primeira fase (1.ª vaga: 2002-2005) seriam construídos o Hospital de Cascais, Braga, Loures (novo), Vila Franca de Xira e Sintra (cancelado), geridos por

³³⁴ Trata-se de uma figura jurídica (modelo de contratualização) que surgiu em Portugal a partir da década de 90 (com a Ponte Vasco da Gama), tendo como objectivo a cooperação entre o Estado e entidades privadas (consórcio) para concretização de um fim (serviço ou bem), no qual o parceiro privado tem o compromisso de assegurar o financiamento, a construção, a renovação, a manutenção e a gestão de uma infra-estrutura ou prestação de um serviço (forma de gestão assente numa lógica privada).

Assim, o conceito de PPP pode ser definido como “(...) *um contrato de longo prazo (25/30 anos), com elevada especificação, entre o sector público (cliente) e sector privado (contratado) através do qual os serviços públicos são fornecidos aos cidadãos pelo segundo*” (Silva, 2009:32 citando Gerrard, 2001).

Designa-se o Estado por concedente e o privado por concessionário (Sarmiento, 2013:14).

Em Portugal é predominante no sector dos transportes (rodoviário [21] e ferroviário [2]), encontrando-se em expansão para outros sectores: saúde [8], segurança [1], água, saneamento e prisões (Silva, 2009:143; UTAP, 2014:11).

A principal razão para recorrer a este modelo no sector da saúde, deve-se sobretudo às “(...) *restrições orçamentais e limitações à dívida pública*”, tendo como principais objectivos: “(...) *alcançar maior eficiência e sustentabilidade financeira, aumento da produtividade, desempenho e eficácia*” (Silva, 2009:80, 144, 147);

Segundo Silva (2009:34, 81, 83, 140) e TdC (2013a:32, 54), o modelo adoptado por Portugal no sector da saúde, foi o modelo britânico conhecido pela sigla DBFO(I) (Design, Build, Finance and Operate [and transfer]) caracterizado por assumir diversas formas: concepção, construção, financiamento, gestão (inclui serviços clínicos: abrange CSP e continuados, cuidados diferenciados e especializados) e transferência para o Estado. É apropriado para grandes e complexos projectos que envolvem elevado montante de capital. Em síntese, o Governo define e especifica os activos/serviços e o parceiro privado constrói o activo para o fim pretendido de serviço/bem, financiando-o e/ou gerindo-o de forma a assegurar a produção de bens ou serviços pretendidos.

No entanto apresenta duas diferenças em relação ao modelo britânico: a primeira, procura separar os riscos, isto é, o contrato de parceria é feito através de duas sociedades diferentes (uma assume-se entidade gestora do edifício, a outra assume-se como entidade gestora hospitalar), por períodos de tempo diferentes (30 e 10 anos, respectivamente); a segunda, refere-se à inclusão dos serviços clínicos no pacote de serviços a prestar (Simões, 2004:7-8; Silva, 2009: 149, 153, 166; TdC, 2009:8, 22, 33; Sarmiento, 2013:39; TdC, 2013a:32);

³³⁵ Fonte: Esquerda.net (2011), acessível em: <<http://www.esquerda.net/dossier/cronologia-das-ppp-na-%C3%A1rea-da-sa%C3%BAde>>;



duas sociedades cada (uma constrói e gere a infra-estrutura hospitalar, a outra gere os serviços clínicos), e numa fase posterior (2.ª vaga), seriam construídos o Hospital de Lisboa Oriental³³⁶, Faro, Seixal, Évora, Vila Nova de Gaia e Póvoa do Varzim/Vila do Conde, contemplando apenas a construção e gestão da infra-estrutura hospitalar, enquanto a gestão dos serviços clínicos serão assegurados pelo SNS (Simões, 2004:3-4; Silva, 2009:148; TdC, 2009:10-12, 23; Moreno, 2010:112, 114; Cruz e Marques, 2012:99-100; DGTF, 2012:44; Auditoria cidadã, 2013:70; Sarmiento, 2013:59-60).

Até ao momento foram realizadas 10 PPP³³⁷ neste sector: quatro hospitais (com duas concessões cada), sendo eles, os Hospitais de Braga, Vila Franca de Xira (a mais recente parceria), Cascais e Loures; segue-se o Centro de Atendimento do SNS³³⁸ e por fim o Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul³³⁹ (Silva, 2009:148; TdC, 2009:12; DGTF, 2012:12; Auditoria cidadã, 2013:70; Sarmiento, 2013:59; UTAP, 2013 e 2014).

É referido por Lopes (2011:12-13; 85-87) que as PPP surgiram quando o Estado “(...) se viu confrontado com a necessidade de adaptação a novas realidades de gestão no exercício da coisa pública e com a diminuição de recursos para enfrentar desafios de investimento”. No entanto, este novo modelo de gestão tem conduzido a problemas, resultantes de um conjunto de factores patológicos: “(...) seja pela sua utilização sem regras precisas, seja pela «má utilização», ou ainda pela existência de défices de fiscalização e controlo no desenvolvimento da sua execução”. O autor refere ainda que

³³⁶ Concurso público lançado a 16 de Abril de 2008 (já decorreram mais de 8 anos);

³³⁷ Actualmente são 8, com o fim do contrato do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul – Faro (Novembro 2013) e do Centro de Atendimento do SNS (Abril de 2014);

No Orçamento de Estado para 2014, é dedicado apenas cinco linhas às PPP no sector da saúde:

“No sector da Saúde, durante o ano de 2014, os trabalhos centrar-se-ão, sobretudo, na conclusão do estudo e preparação do lançamento de um novo procedimento que permita assegurar a continuação da prestação dos serviços de saúde no Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul (CMFRS) e na concretização dos resultados do processo de avaliação do projecto do Hospital Lisboa Oriental (HLO), actualmente em curso” (Orçamento de Estado, 2013:77);

³³⁸ Conhecido por Linha Saúde 24 (808 24 24 24), situado em Lisboa e no Porto, iniciou a actividade a 25 de Abril de 2007, tem como responsabilidades o serviço de triagem, de aconselhamento e de encaminhamento dos pacientes;

³³⁹ Situado em São Brás de Alportel (Faro), iniciou a actividade a 6 de Abril de 2007 e destina-se a receber pacientes com lesões medulares, traumatismos crâneo-encefálicos, acidentes vasculares cerebrais e outras patologias do foro neurológico, reumatológico, ortopédico, cardiovascular e pneumológico.

Ao contrário do modelo das restantes parcerias, assentes numa gestão distinta, o centro agregou a exploração do edifício e da produção numa só gestão (UTAP, 2013:48);



os principais riscos deste modelo, são o **relacionamento duradouro**³⁴⁰ entre as entidades públicas e privadas e a **vertente financeira**³⁴¹ muito elevada. Sugere também que os vários tipos de **riscos**³⁴² (possibilidade de perda) devem ser partilhados e existir uma co-responsabilização das partes (sujeitos públicos e privados).

Para se ter uma ideia dos valores que estão em causa (**encargos** e no **financiamento**)³⁴³, é referido no diploma actual que regula esta figura jurídica, que ficam excluídas as Parcerias Público-Privadas que envolvam “(...) *cumulativamente, em termos previsionais, para a duração de toda a parceria, um encargo bruto para o sector público inferior a 10 milhões de euros e um investimento inferior a 25 milhões de euros*”³⁴⁴.

Os dois factores de risco correlacionados, que acarretam elevados custos para o Estado, dada a duração longa dos contratos, riscos partilhados e a dificuldade em manter válido as estimativas, são as **derrapagens (financeiras e de prazos)** e as **operações de reequilíbrio financeiro ou reconciliações**, traduzindo-se num elevado n.º de renegociações a que o privado tanto procura recorrer (principal fragilidade do

³⁴⁰ Também este relacionamento duradouro entre MS, instituições e serviços do SNS ou outras, e entidades privadas, encontra-se descrito no artigo 2.º n.º 1 do DL n.º 185/2002, de 20 de Agosto (Regime jurídico das PPP em saúde);

O relatório do National Audit Office (equivalente ao TdC) NAO (2002:2) citado por Silva (2009:140) esclarece que “(...) *o planeamento de longo prazo é difícil nos serviços de saúde, porque existe um conjunto de variáveis que sofrem alterações, (...) incluindo a alteração da demografia local*”;

³⁴¹ Na literatura de Silva (2009:34) menciona Turrin (2004) para descrever que em relação à **fonte de financiamento** “(...) *não deverá vir do sector público (impostos ou endividamento público), mas de outras fontes como capital e empréstimos privados.*”;

³⁴² Na opinião de Sarmiento (2013:24), os riscos podem ser divididos em 6 grupos: risco político, risco de planeamento e construção, risco de manutenção, risco financeiro, risco de procura e risco de renegociação;

Podem ainda ser classificados em risco: retido, partilhado ou transferido (Cruz e Marques, 2012:54);

Segundo Silva (2009:34, 52), os **riscos** que devem ser transferidos para o parceiro privado são: o risco de concepção e construção, o risco tecnológico, o risco dos processos de gestão e financiamento, “(...) *disposto a assumir os custos, penalizações por incumprimento, prejuízo e risco de falência*”. Por seu turno, Cruz e Marques (2012:45), referem que existem 4 tipos de risco, que são normalmente da responsabilidade do Estado, na sua totalidade (ou em maior parte): risco de avaliação ambiental, risco de procura e o risco político. Esclarece que o risco deve ser alocado ao parceiro mais capacitado para o gerir;

³⁴³ Ver em anexo: Tabela 28 - Estimativas de encargos totais futuros para as PPP já em marcha;

³⁴⁴ DL n.º 111/2012, de 23 de Maio: artigo 2.º (n.º 5 alínea a)) - Definição e âmbito de aplicação;



modelo). Quanto às derrapagens³⁴⁵ provêm por exemplo dos atrasos nas expropriações, na contratação e elaboração do projecto, nas constantes alterações aos projectos depois de assinados (devido a imposições ambientais, aos poderes locais, grupos de pressão, entre outros factores) e atrasos na execução física da empreitada (Silva, 2009:159-160; Moreno, 2010:110, 131, 142; Cruz e Marques, 2012:43). Em relação ao segundo maior encargo, pode culminar com a falência do consórcio: falhas na projecção financeira inicial ou pela alteração unilateral do contrato por parte do Estado afectando a sua rendibilidade esperada (Sarmiento, 2013:37), inadequada preparação das peças concursais, sem estudos de viabilidade económica credíveis que justificassem o projecto (Cruz e Marques, 2012:184, 188), mas também das taxas moderadoras (moderar de utilização ou evitar uma utilização desnecessária), dos custos com medicamentos, protocolos de programas de saúde, dos serviços clínicos prestados, as contribuições para aposentações (TdC, 2013a:23-24, 41-42, 55 – Vol. II). Ou seja, é com base em cláusulas contratuais, que o parceiro privado apresenta ao Estado, as compensações financeiras que considera ter por direito de forma a repor o equilíbrio financeiro e garantir as condições de lucro (Moreno, 2010:133-134).

A título de exemplo, em 2011 os encargos financeiros com as parcerias na saúde (8 parcerias), ficaram acima do valor previsto³⁴⁶, que representou uma derrapagem financeira em 7% (DGTF, 2012:47). O TdC (2009:7-8, 10-11, 25-30) é unânime ao elucidar, que todas as etapas processuais apresentaram derrapagens de prazos e onde

³⁴⁵ Uma tese de doutoramento sobre derrapagens nas obras públicas (António Flor – Prof. no Instituto Superior Técnico – Lisboa), que analisou 73 empreitadas auditadas pelo TdC, conclui que as derrapagens em Portugal andam **acima dos 100%**, ao passo que em outros países rondam os 6% - 30%.

Vejamos alguns exemplos:

Lusoponte – Travessia sobre o Tejo (Ponte 25 de Abril e Ponte Vasco da Gama), o contrato já foi alterado 8 vezes, tendo o concessionário recebido uma verba em compensações superior de 410 milhões. O contrato foi assinado em 2004, pelo Ministro das Obras Públicas, Ferreira do Amaral, curiosamente é o actual presidente não-executivo da Lusoponte;

Casa da Música – Custo Previsto: €33,9 milhões / Custo final: €111,1 milhões / Derrapagem: 228%;

Centro Cultural de Belém-Custo Previsto:€33 milhões/Custo final: €111,2 milhões/Derrapagem: 237%;

Estádios Euro 2004 – Custo Previsto: €140 milhões / Custo final: €384 milhões / Derrapagem: 174%;

Fonte: estes dados provêm de uma investigação jornalística, programa “*Linha da Frente*” da RTP1 (2011), intitulada “*Afinal de Contas*”, disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=tYZ56Bm7k5I>>.

³⁴⁶ Ver em anexo: Tabela 29 - Encargos líquidos nas parcerias em saúde face ao previsto (2011);



se verificam maiores atrasos é na avaliação de propostas e na negociação final³⁴⁷. Relativamente à avaliação de propostas, os quatro concursos lançados dos hospitais duraram “(...) entre 13 a 23 meses contra um objectivo inicial de 5 meses, ou seja com uma derrapagem que oscilou entre os 160% e os 360%”, em relação à fase de negociação final³⁴⁸ prolongaram-se entre 7 a 11 meses face ao objectivo de 3 meses. Verifica-se ainda o seguinte: dos 4 hospitais que deviam estar em construção em 2006, nenhum estava, sendo iniciada a primeira em 2008 (Hospital de Cascais); a extinção do primeiro concurso referente ao Hospital de Loures em Dezembro de 2003, seguidamente relançado em 2007 (Moreno, 2010:114). Quanto às reconciliações, o Hospital de Cascais, recebeu do ano 2009 e 2010, um valor respectivo de 3,576 e 5,988 milhões de euros; o valor da reconciliação a favor do hospital de Braga em 2010, foi apurado num montante de 7,463 milhões de euros; uma excepção à regra a favor do Estado, foi o processo de reconciliação do Centro de Atendimento do SNS com referência aos anos 2010-2012, num valor de 838 mil euros (TdC, 2013a:23, 41, 71 – Vol. II).

Face ao descrito, na fase de concepção das PPP há que ter em conta os seguintes factores: o risco, o encargo, o lucro, o período de vigência do contrato, as derrapagens e o reequilíbrio financeiro ou reconciliações como principais problemas ou riscos que levam a patologias corruptas, principalmente na atribuição (ou desvio) de grandes verbas monetárias (lucro) para o parceiro privado, enquanto o parceiro público acarreta normalmente com as despesas, como é evidenciado pelo SNI (2012:10) “(...) os riscos associados a estes negócios correm por conta do Estado, leia-se dos contribuintes, enquanto os lucros são garantidos aos privados através de fórmulas

³⁴⁷ Ver em anexo: Tabela 30 - Duração das fases dos processos concursais dos hospitais PPP;

³⁴⁸ **Hospital de Cascais:** as negociações no seu conjunto com os concorrentes foram de 17 meses face ao objectivo de 8 meses (competitiva [6 meses] e final [11 meses face ao objectivo inicial de 3 meses]).

A previsão global do concurso (todas as fases) era de 20 meses, o real foi 45 meses (TdC, 2009:27-28).

Hospital de Braga: as negociações com os concorrentes foram de 20 meses face ao objetivo de 8 meses; Iguamente a previsão global do concurso corresponde a 20 meses, o real foi 47 meses (TdC, 2009:27-28);

Hospital de Vila Franca de Xira: a avaliação de propostas foi a que consumiu mais tempo – 23 meses, face ao objetivo de 5 meses;



*contratuais blindadas*³⁴⁹, refere também, que nestas parcerias, os actos corruptos deve-se à “(...) *forte promiscuidade entre as esferas política e empresarial*”, também referido por Lopes (2011:105)³⁵⁰.

A maior perplexidade deste modelo (fase de avaliação a acompanhamento, deve-se à falta de funcionários do Estado com formação e competências técnicas para estudarem, apreciarem e emitirem pareceres sobre um procedimento demasiado burocrático, complexo e moroso, onde estão envolvidos elevados montantes financeiros, recorrendo-se permanentemente a **consultores externos**³⁵¹, nomeadamente financeiros e jurídicos (Silva, 2009:145; TdC, 2009:7, 13; IGF, 2010:72; Moreno, 2010:126-127, 136; Lopes, 2011:101; Cruz e Marques, 2012:49, 71), assumindo um papel de “*quase liderança*” em torno de todo processo, onde se podem cruzar outros interesses, que segundo o TdC (2007:26-27) “(...) *têm sido factores impeditivos do acautelar do adequado interesse público*”.

Por esta razão o TdC (2007:24), procedeu ao levantamento de diversas recomendações, no qual se destaca a recomendação n.º 1: “*O Estado deverá reforçar as competências e as equipas de monitorização e gestão dos contratos de PPP das entidades públicas contratantes de modo a evitar a sua dependência do outsourcing (consultores)*”³⁵². Nesta matéria já o DL n.º 141/2006 de 27 de Julho (1.ª alteração ao diploma das PPP), previa um conjunto de impedimentos ao consultor em relação à entidade que se apresente como concorrente dessa PPP, contudo não se fazia sentir o seu efeito até chegada das recomendações do TdC.

³⁴⁹ De igual modo é referido por Lopes (2011:103) citando Pedro Gonçalves (2005:329) “(...) *sem riscos para os parceiros privados ou disciplinados por contratos que propiciam lucros maiores em caso de modificação do que em caso de execução*”;

³⁵⁰ “(...) *o relacionamento e a proximidade entre os agentes e responsáveis pelo sistema político com responsabilidade na decisão e os grupos económicos privados envolvidos no processo.*”;

³⁵¹ Também a estrutura de missão «Parcerias.Saúde» (Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001, de 16 de Novembro), destinada a coordenar, desenvolver e implementar no sector da saúde experiências inovadoras de gestão (Hospitais, CSP e Continuados), “(...) *recorreu sistematicamente a consultores externos no apoio à tomada de decisão, tanto para justificar a opção por uma PPP como para seleccionar os concorrentes*” (IGF, 2010:72). Estima-se que o Estado tenha gasto mais de 20 milhões de euros (Auditoria Cidadã, 2013:70; Moreno, 2010:113);

³⁵² Apesar de ser uma recomendação no âmbito das PPP - Concessões Rodoviárias e Ferroviárias, esta recomendação é transversal à generalidade das PPP;



O último diploma que regula esta matéria (PPP), já contempla a criação de uma “Unidade Técnica de Acompanhamento de Projectos”³⁵³ (UTAP), que tem por missão participar em todo o processo de parcerias (preparação, desenvolvimento, execução e acompanhamento global de processos de parceria). Fica também estampado no diploma, o regime jurídico de incompatibilidades, impedimentos e controlo público de riqueza³⁵⁴, ao qual o coordenador desta Unidade Técnica fica sujeito. Tornar o processo mais **transparente** é outra medida do diploma, mediante a publicitação **obrigatória** dos vários documentos³⁵⁵. Ainda é evidente a continuação ao recurso de consultores externos³⁵⁶, ficando igualmente vinculados ao regime jurídico de incompatibilidades, impedimentos e controlo público de riqueza.

Artigo 38.º (DL n.º 111/2012, de 23 de Maio)

Incompatibilidades, impedimentos e controlo público de riqueza

(...)

2 – (...) o coordenador fica impedido, pelo período de três anos, de desempenhar, directa ou indirectamente, qualquer função ou de prestar qualquer serviço a entidades que sejam ou tenham sido parceiros privados em processos de parceria com a intervenção ou o apoio técnico da Unidade Técnica, bem como a entidades de grupos em que aquelas se insiram.

É também verificado no relatório do TdC (2007:27), que uma vez mais, não existem sinais de envolvimento ou participação dos cidadãos nos respectivos processos decisórios respeitantes a esta área, como por exemplo através de consulta pública.

Por fim, outro problema a observar ao nível da avaliação e monitorização de projectos, refere-se ao mecanismo de controlo introduzido neste sector, designado por **comparador público**³⁵⁷ (TdC, 2007:17, 26, 28, 39 – 44; Silva, 2009:145; Moreno,

³⁵³ DL n.º 111/2012, 23 de Maio: artigo 34º (e ss) - Unidade Técnica de Acompanhamento de Projectos;

³⁵⁴ DL n.º 111/2012, 23 de Maio: artigo 38.º-Incompatibilidades, impedimentos e controlo público de riqueza

³⁵⁵ DL n.º 111/2012, 23 de Maio: artigo 32.º - Sítio da Unidade Técnica (<http://www.utap.pt/>);

DL n.º 111/2012, 23 de Maio: artigo 33.º - Publicitação obrigatória;

³⁵⁶ DL n.º 111/2012, 23 de Maio: artigo 40.º - Consultores;

³⁵⁷ Justifica a existência da concessão como sendo mais barata do que aquilo que seria através do investimento directo do Estado (modelo tradicional), isto é, “(...) *corresponde a uma estimativa do custo provável do contrato relativo ao projecto, caso este fosse desenvolvido pelo sector público*” (Simões, 2004). Dito por outras palavras, permite comparar o custo-benefício (ao valor actual líquido) entre a PPP e o investimento tradicional público.

Este mecanismo serve de referência máxima para a negociação. Exemplo: se para construir um hospital o comparador público indicar um custo de 100, a negociação com os privados terá de ser quem oferece o preço mais baixo e abaixo dos 100. Porém, se a melhor proposta privada for 110, deve ser rejeitada e construir o hospital com recurso à contratação tradicional.

Quando as propostas fiquem acima do referencial, não produziram a máxima utilidade/eficiência dos gastos públicos (Value for Money). Um comparador muito elevado, permite ganhos excessivos ao privado,



2010:102; Auditoria cidadã, 2013:70; TdC, 2013a:20, 72-73). Segundo o antigo juiz conselheiro no TdC, Carlos Moreno (2010:102)³⁵⁸, não representa uma solução mágica de avaliação de projectos, dado que os critérios de avaliação são facilmente manipuláveis e que as várias renegociações podem desvirtuar este mecanismo, pois os custos podem subir, podendo ultrapassar o valor calculado inicialmente.

A principal inconformidade deve-se à falta de normas/directrizes para o seu cálculo, sendo efectuado para cada projecto de forma autónoma e de acordo com as tendências da equipa responsável (Cruz e Marques, 2012:194).

Auditorias conjuntas entre a Inspeção-Geral de Finanças e IGAS (relatório IGF, 2010:72), aos processos concursais dos hospitais em PPP (2.ª vaga), referem que o concurso inicial deveria ser anulado, devido aos critérios de avaliação (baseado em critérios subjectivos, em soluções arquitectónicas e na organização dos serviços apresentados, de carácter qualitativo), cujo Custo Público Comparável (376,9 M€) de um dado hospital, conseguia ser muito inferior às propostas entregues (variaram entre 598 M€ e 659,9 M€).

Também o facilitismo com que o parceiro privado (ou consórcio) **renegoceia** o contrato à posterior³⁵⁹, significa desrespeitar as regras de competitividade e de transparência, atribuindo-lhe um favorecimento ‘*especial*’ por parte do Estado (vulgo decisores políticos), com perda clara para o próprio Estado (Moreno, 2010:103). Tal situação verificou-se com o Hospital de Cascais e de Braga, já com os contratos assinados, no mesmo mês foram sujeitos a ajustamentos (Auditoria Cidadã, 2013:70-71; Moreno, 2010:114).

um comparador muito baixo, afasta os privados ou pode levar a futuros reequilíbrios financeiros, já que o privado não é capaz de gerar lucros (Silva 2009:53, 128; Cruz e Marques, 2012:56; Sarmiento, 2013:33-34);

³⁵⁸ Numa entrevista, este juiz disse o seguinte: “Das 100 auditorias que eu fiz, conclui sempre que os dinheiros tinham sido, bastante mal gastos”. Acrescentou ainda que “(...) nas negociações, o Estado assumiu riscos, que normalmente nas parcerias público-privado pertencem ao parceiro privado: (...) o risco comercial [procura, competição e cobrança] e o risco financeiro” [inflação, taxas de juros, spreads];

³⁵⁹ Os contratos são imperfeitos ou ambíguos, que resultam da incapacidade de ambas as partes, redigir um contrato que contemple todas as situações futuras possíveis. Desta forma, “(...) são assinados contratos genéricos em que muitos dos detalhes surgem quando o contrato já se encontra em vigor” (Silva, 2009:128-129);



Como especifica Sarmiento (2013:26) quanto à **transparência**, deve ser disponibilizado ao público, um conjunto de informações de que fazem parte as boas práticas orçamentais: previsões dos pagamentos futuros, condições que podem alterar o montante, o período de execução, a natureza e âmbito da utilização dos activos, o financiamento privado, a previsão das receitas públicas futuras, responsabilidades, renegociações, entre outros. O mesmo é descrito pelos autores Cruz e Marques (2012:196-197), aditando que embora estes contratos sejam complexos e requeiram conhecimentos técnicos, deveriam ser acompanhados de “(...) *um pequeno sumário executivo não técnico*” para o comum dos cidadãos.

No modelo de gestão hospitalar ou clínica, centrado no produto/produção (output) e nos resultados (outcome) (Silva, 2009:125), o consórcio privado tem como compromisso “(...) *a prestação de cuidados de saúde, (...) exercer a gestão organizacional e operacional do hospital, (...) bem como garantir os princípios de acesso, universal, igualdade e generalidade a todos os beneficiários do SNS*” (Silva, 2009:152).

Porém, o parceiro privado ostentará vícios e atitudes desviantes do contexto normal da boa gestão (good governance), com o propósito da obtenção de lucro, efectuando uma gestão manipulada e uma selecção feita de outras escolhas (riscos), prejudicando os pacientes, ofendendo-os nos seus princípios e direitos constitucionais no acesso à saúde.

Exemplo do insulto aos princípios e direitos constitucionais, consiste no “(...) *processo de selecção de pacientes com base nos tratamentos e custos*” ou na “(...) *selecção e patologias menos onerosas ou de menor severidade*” (Silva, 2009:128-129, 158).

Outro risco que envolve o modelo de gestão (clínica) são as metas e objectivos da **avaliação de desempenho** (mensurabilidade), que permitem medir em quantidade e não em qualidade, a utilização e produtividade dos recursos com base em indicadores



como o número de consultas, tempos de espera, lista de espera cirúrgica entre outros (elementos de estrutura), que são compensados por pagamentos e pagamentos suplementares³⁶⁰ à entidade prestadora pelos serviços clínicos prestados, sendo revistos periodicamente, acrescido do facto, de não existirem penalidades definidas (Silva, 2009:125, 127, 157-158, 166). Ora, estes indicadores muitas das vezes são **manipulados**, elevando-os com o objectivo de aumentar também os custos, sendo estes posteriormente reembolsados pelo público, e através deste esquema, o parceiro privado consegue angariar mais receita ou lucro.

Passando à **inovação e qualidade**, há que esclarecer que propiciam um aumento dos custos para o parceiro privado (exemplo: investimento em equipamentos, novas terapêuticas, alteração e melhoria de processos, salários, entre outros), pelo que não tem interesse, *“(...) quer pelo investimento que representa, quer por ignorar o impacto favorável que tem no interesse público”* (ou se daí originar retorno ou através da renegociação de contrato), existindo *“(...) uma grande rigidez para o desenvolvimento de iniciativas e acções a tomar”*. Os indicadores de qualidade são medidos através dos recursos (elementos estruturais) e não nas práticas e resultados clínicos dos pacientes (outcomes), pelo que existe o risco para uma **selecção adversa de pacientes**, já descrito anteriormente (Silva, 2009:133, 156, 167).

Embora o parceiro privado não consiga controlar as escolhas dos médicos, *“(...) influencia-las-á no sentido da minimização dos custos”*. A respeito dos custos com a produção médica, clarificar-se, que os cuidados médicos a prestar ao paciente é o médico que decide³⁶¹ (diagnóstico e tratamentos) sem que ter de pensar ou estimar custos, *“(...) pois rege-se pelo espírito Hipocrático”* (Silva, 2009:138-139).

A título de exemplo, foi elaborado um quadro onde se expõe algumas irregularidades detectadas em três hospitais, que utilizam este tipo de modelo:

³⁶⁰ Pagamentos suplementares é *“(...) quando o consórcio atinja ou ultrapasse padrões de qualidade e eficiência”* (Silva, 2009:157);

³⁶¹ CDOM: artigo 142.º - Liberdade de escolha dos meios de diagnóstico e tratamento;



Tabela 7 - Síntese descritiva dos Hospitais PPP e principais irregularidades detectadas

PPP	Irregularidades detectadas
Hospital de Braga	O projecto do Hospital de Braga (São Marcos) foi aprovado em 2005 (TdC, 2009:32) e iniciou o funcionamento em Maio de 2011, sendo a empresa Escala Braga (Sociedade Gestora do Estabelecimento e do Edifício) pertencente ao Grupo Mello, responsável pela sua construção, manutenção e gestão clínica. O contrato vigora até 2039. A sua presença neste Hospital, já implicou que fossem aplicadas diversas multas, enquadradas com o incumprimento reiterado de obrigações contratuais de informação (ocultação de informação ao Estado), indisponibilidade do serviço de urgência, transferência indevida de pacientes, entre outras aplicadas em 2011, que se somam no seu conjunto um valor de 4,550 milhões de euros (TdC, 2013a: 130-131 – Vol. II). Este grupo privado é acusado de uma serie de irregularidades*: anestesistas insuficientes para as cirurgias programadas, controlo da vida privada dos seus funcionários, material fora do prazo de validade desde 2008, botijas de oxigénio no chão, sem qualquer protecção, cerca de 300 cirurgias canceladas, a ausência de ficheiros de pacientes nas novas instalações, alteração de medicação, atrasos em tratamentos oncológicos, desmarcação de cirurgias já com o paciente internado, recibos de vencimento com publicidade, director clínico é director de 7 serviços. Outras irregularidades noticiadas**: processos clínicos sem confidencialidade, sacos do lixo pendurados nos carros de medicação, contentores de resíduos sem tampo, fármacos em frigoríficos domésticos sem controlo de temperatura, frascos de éter com prazo de 2008 em utilização, roupas e malas de senhora em bloco operatório, medicação não identificada, contentores de agulhas usadas acima do limite, não separação dos circuitos de pacientes de materiais clínicos limpos e sujos resultantes das cirurgias.
Hospital de Cascais	O projecto do Hospital de Cascais (Dr. José de Almeida) foi aprovado em Agosto 2004, iniciou o funcionamento em Fevereiro 2010, concedendo a construção, manutenção ao consórcio TDHOSP - Gestão de Edifício Hospitalar, SA, que prevê um investimento inicial por parte do Estado de 73 milhões de euros referentes à construção, num contrato vigente até 2038, enquanto a gestão clínica foi concedida ao grupo HPP Saúde – Parcerias Cascais, SA, designado actualmente por Lusíadas Saúde (TdC, 2009:32, 50; Silva 2009:148). Após a assinatura do contrato inicial, o mesmo teve que ser imediatamente renegociado, uma vez que o parceiro privado recusou assumir certos custos assistenciais de produção (TdC, 2009:50; Moreno, 2010:114). Esta renegociação foi num primeiro momento chumbado pelo TdC, devido ao impacto negativo para o Estado, aprovando-o em seguida. O resultado desta renegociação foi um custo para o Estado de 21 milhões de euros. Outras irregularidades devem-se: à diminuição do número de camas, encontrando-se em sobrelotação, o não pagamento de horas extras aos profissionais de saúde, o fecho do laboratório de análises clínicas que consistiu num contrato em outsourcing com o Hospital dos Lusíadas, que é curiosamente gerido pelo mesmo grupo (conflito de interesses), o que implica que o Estado pague ao Grupo HPP de Cascais exames complementares que o mesmo manda realizar ao seu próprio grupo. Quanto a multas, em 2010 totalizava cerca 581 mil euros (Tdc, 2013a:22 – Vol II).
Hospital de Loures	O projecto do Hospital de Loures (Beatriz Ângelo) foi lançado em 2003 e anulado no ano seguinte, relançado-o 4 anos depois (TdC: 2009:12, 49; Cruz e Marques, 2012:99). Iniciou o seu funcionamento em Janeiro de 2012, resultado de numa parceria do Estado com o grupo Espírito Santo Saúde (SGHL – Sociedade Gestora do Hospital/ HL – Sociedade Gestora do Edifício), num contrato vigente até 2042. No que respeita às irregularidades: começa desde logo com a anulação do primeiro concurso (ano: 2004) por diversas irregularidades no processo (violações aos pressupostos do caderno de encargos) (TdC, 2009:32, 54-55); o número elevado de médicos recrutados nos hospitais centrais de Lisboa, ficando estes com escassez de pessoal médico; segue-se a guerra pela distribuição da área abrangência, ficando de fora as freguesias de Sacavém e Santa Iria de Azóia; o elevado número de partos contratados (1800), que seriam retirados à Maternidade Alfredo da Costa com o fecho desta.

Fonte: Auditoria cidadã (2013:72-73), Silva (2009:148), TdC (2009 e 2013:Vol II) Sítio oficial da ACS**;

(*) Intervenção de Helena Pinto (2013);

(**) Reportagem da TVI (2011);

(***) Link: <<http://www.acss.min->

[saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7oEcursosemSa%C3%BAde/Gest%C3%A3oProgramadeParcerias/Apresenta%C3%A7%C3%A3o/tabid/506/language/pt-PT/Default.aspx](http://www.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7oEcursosemSa%C3%BAde/Gest%C3%A3oProgramadeParcerias/Apresenta%C3%A7%C3%A3o/tabid/506/language/pt-PT/Default.aspx)>;



Também ao longo destes últimos anos, a realidade mostra fortes indícios de **promiscuidade e conflitos de interesses entre o Estado**³⁶² (decisores políticos) e **parceiros privados** (beneficiando estes). Segundo o relatório Auditoria Cidadã (2013:68-73), dá conta que um conjunto de decisores políticos que são actualmente administradores destes parceiros ou grupos privados, destacando-se dois nomes: Luís Filipe Pereira, ex-Ministro da saúde (por 3 anos, no Governo de Durão Barroso) e sendo sempre administrador do Grupo Mello, foi o principal responsável pelas PPP na área da saúde, que posteriormente o Grupo ficou com atribuição de dois hospitais; Pedro Dias Alves, começou por ser administrador do Hospital Amadora-Sintra pelo Grupo Mello, posteriormente foi responsável público pela avaliação das propostas de PPP, tendo sido atribuído à Lusíadas Saúde (designado anteriormente por HPP – Hospitais Privados Portugueses) a gestão clínica do Hospital de Cascais, onde actualmente é administrador (CA).

Também o relatório anticorrupção da UE (2014a:8) clarifica que *“Há casos de ministros responsáveis pelas obras públicas que assumiram cargos de direcção em empresas com as quais haviam assinado contratos na qualidade de ministros”*.

Numa experiência de gestão privada que remonta ao ano de 1996-2008, o Estado concedeu a gestão clínica do Hospital Amadora-Sintra³⁶³ ao Grupo Mello Saúde, desde logo resultaram divergências (ano: 2002-2006) em que ARS de Lisboa e Vale do Tejo acusa aquele grupo privado de *“(...) facturar e exigir ao Estado o pagamento de Exames Complementares de Diagnóstico e receitas que nunca teriam existido”* (Auditoria cidadã, 2013:70), ou seja, manipulação de contas e fraude na gestão, que resultou num processo auditado e multado pelo TdC. Importa também aqui dizer, que foi atribuído a este grupo privado a concessão da gestão do Hospital de Braga (hospital com maior encargo e dívidas) e de Vila Franca de Xira.

³⁶² Para Luís de Sousa (presidente da TIAC) *“Muitas vezes os Governos embarcam em obras que são pura e simplesmente uma resposta às clientelas, quer dizer, não há real necessidade de as fazer, não há necessariamente à partida lutas pagas ou comissões para que essa decisão seja tomada, mas há financiamentos políticos”* (Fonte: Notícia Rádio Renascença (2014), acessível em: <http://rr.sapo.pt/informacao_detalle.aspx?fid=25&did=171436>);

³⁶³ Actualmente designado por Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE;



Outro dado histórico mas com benefício claro para o Estado, foi a recusa da emissão de “Visto” pelo TdC à prorrogação do prazo do contrato da parceria entre a ARS Algarve e a sociedade Gestora do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul³⁶⁴, por mais 14 meses que terminou em Novembro de 2013. Apesar da comissão de negociação³⁶⁵ alegar que as condições negociadas serem consideradas vantajosas (redução dos encargos de exploração em cerca 890 mil de euros [-10%]), o que permitiria a continuação do centro pela entidade privada respeitante à gestão de exploração, manutenção, conservação do edifício e realização de cuidados de saúde, acabou por ser assumida pela ARS Algarve, originando uma redução de 11% dos encargos.

De forma a aumentar o controlo sobre os gastos/encargos, a ACSS tem publicado no seu sítio da internet, uma “Tableau Board”³⁶⁶ com evolução dos encargos futuros no sector da saúde, que segundo o relatório da Auditoria cidadã (2013:71), conclui o seguinte: **o parceiro privado não assume nenhum risco isoladamente e os riscos de maior impacto são assumidos inteiramente pelo Estado** (assunto a ser desenvolvido no subcapítulo seguinte).

Todos estes riscos correlacionados, constituem factores inibidores e destruidores ao incentivo à obtenção de ganhos de eficiência, inovação e qualidade, lesam o interesse público e ofendem os princípios da universalidade e da equidade.

³⁶⁴ Despacho n.º 15312-D/2013, de 22 de Novembro de 2013, acessível através do sítio da Secretaria-Geral do MS: <<http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4D921E90-4382-4E9E-B682-3FE85F261D87/37330/0000600007.pdf>>;

³⁶⁵ Despacho n.º 10625-A/2013, de 2 de Agosto, acessível através do sítio: <<http://www.utap.pt/Despachos/Despacho%20n.%C2%BA%2010625-A.pdf>>;

³⁶⁶ Apresenta um conjunto de indicadores de actividade hospitalar, indicadores de eficiência operacional, indicadores de índole económico-financeira e indicadores de qualidade e serviço. Com base nos valores obtidos, é efectuada uma comparação entre hospitais numa perspectiva dos recursos dispendidos na actividade, tendo em conta o grau de complexidade clínica, bem como factores estruturais inerentes a cada hospital. Ver relatório da ACSS sobre análise ao sector convencionado (3º trimestre de 2010): <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/2011_Mai_Relatorio_3T2010.pdf>;



2.2.2.4. Resultados e implicações da corrupção

Em Abril de 2013, o montante global de fraudes que estavam em investigação, correspondia a uma verba superior a 100 milhões de euros, entre os quais 15 milhões correspondem a casos suspeitos de fraude na prescrição de medicamentos e 23 milhões correspondem a MCDT (Jornal Público, 2013c)³⁶⁷.

No início do segundo semestre de 2014, este valor duplicou, a que correspondeu um desvio na ordem de 229 milhões de euros (só cinco médicos, prejudicaram o SNS em cerca de 6,6 milhões de euros), que resultaram dos 245 casos investigados pelas autoridades inspectivas. Só entre 2011 e Julho de 2014, as autoridades competentes comunicaram cerca de 2320 casos, que culminaram em 253 arguidos e 52 médicos detidos. Só no processo Remédio Santo (em 2014), dos 18 arguidos, 16 foram condenados e 13 dos quais a penas de prisão efectiva (Jornal Público, 2016a). Médicos e farmácias são os principais responsáveis por 86% dos esquemas de fraude (Jornal Correio da Manhã, 2014, 2014a, 2014b; Jornal Económico, 2014).

Os dados oficiais revelados pelo ex-Ministro da Saúde numa entrevista (Dr. Paulo Macedo), refere que o balanço da actividade de combate à fraude nestes últimos anos, ascende já a 372 milhões de euros. Entre Setembro de 2012 e Maio de 2015, estão em investigação 416 processos, o que representa cerca de 13 processos por mês (Jornal de Notícias, 2015b)³⁶⁸. Do conjunto destes processos, a investigação recaiu sobre 330 prescritores de facturas, 140 prestadores de serviços, e por fim, em dois pacientes (Jornal Correio da Manhã, 2015)³⁶⁹.

Segundo a Rede Europeia de Combate à Fraude e Corrupção na Saúde (EHFCN), estima que os desvios globais anuais com fraude e corrupção, sejam de cerca de 6% da despesa global anual em saúde (OMS, 2010:65), o que no caso de Portugal representa

³⁶⁷ Notícia acessível através do link: <<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/fraudes-na-saude-muito-superiores-a-100-milhoes-de-euros-1589974>>;

³⁶⁸ Notícia acessível através do link: <<http://www.ionline.pt/273265>>;

³⁶⁹ Notícia acessível através do link: <http://www.cmjornal.xl.pt/nacional/portugal/detalhe/buscas_no_hospital_de_santa_maria.html>;



cerca de 2000 milhões de euros, segundo palavras do antigo Ministro da Saúde, Dr. Paulo Macedo, numa conferência recente (Jornal i, 2015).

Numa auditoria do TdC (2013a:16, 70-74) aos encargos das PPP³⁷⁰, refere que os Hospitais Braga, Vila Franca de Xira, Cascais e Loures, vão custar ao Estado, ou dito de outra forma, aos contribuintes Portugueses, cerca de 10,4 mil milhões de euros em vez de 4,1 mil milhões revelados pelo Ministério das Finanças, pois as contas foram feitas a dez anos, quando o contrato é de trinta³⁷¹, ou seja, como indica no relatório, as estimativas do *“(...) Ministério das Finanças não têm considerado cerca de 6.000 milhões de euros de encargos que são relativos aos 20 anos de serviços clínicos ainda não contratualizados. (...) representam um acréscimo de encargos de cerca de 152% face aos encargos contratuais já assumidos”*.

Neste sentido, o TdC (2013a:30) fez uma serie de recomendações, destacando-se a recomendação feita ao Governo, em particular à Ministra das Finanças para *“(...) o apuramento realista da despesa prevista com os contratos de PPP, designadamente por incorporação nos seus cálculos apenas do efeito da correcção monetária”*.

Por sua vez, um estudo da empresa de auditoria Ernst & Young encomendado pelo Governo³⁷² em 2012, projecta as estimativas a 30 anos num cenário ainda mais negro, ostentando um valor total de 13 596 milhões de euros (gestão clínica: €12 419 milhões; gestão dos edifícios: €1177 milhões), anunciando que os encargos na gestão clínica irá *“(...) atingir um pico de 573,9 milhões de euros, em 2038”* (Revista Visão, 2013).

³⁷⁰ A estimativa dos gastos plurianuais com todas as PPP, ascendiam no final de 2009 a €50 mil milhões, sem contar com os encargos adicionais – renegociações (Auditoria Cidadã, 2013:62; Moreno, 2010:100, 133);

³⁷¹ O MS num comunicado, refere que a conclusão do TdC é limitada, uma vez que o *“(...) Estado pode optar pela continuidade de prestação de serviços do privado ou pela prestação directa de cuidados de saúde pelo Estado”*, acrescentando que, mesmo que o Estado opte pela primeira opção, *“(...) os preços dessa prestação de serviço não estão ainda negociados”* (Fonte: RTP Notícias, 2013, notícia acessível em: <<http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=669894&tm=6&layout=121&visual=49>>);

³⁷² Esta adjudicação foi alvo de muitas críticas, uma vez que esta empresa audita as contas de inúmeras empresas envolvidas em consórcios de concessão e de PPP, dando origem a um processo no Tribunal Administrativo, que acabou por ser arquivado (Auditoria cidadã, 2013:65);



No global das parcerias³⁷³, um dos recentes relatórios sobre os encargos líquidos com as PPP, indicava que nos primeiros 6 meses de 2015, ascenderam a 840,031 milhões de euros, o que representou um aumento de 21% face ao período homólogo de 2014. No sector da saúde em especial³⁷⁴, o valor acumulado no mesmo período foi de 191,873 milhões de euros, uma subida de 2% em relação ao período homólogo. Particularizando, o Hospital de Braga é claramente a entidade que assume maior encargo, com cerca de 40% (€77,359) dos encargos totais, uma subida de 7% em relação ao mesmo período (UTAP, 2015:9-10, 20-22, 45-52).

Recuando um pouco no tempo, o somatório anual dos encargos em 2013 (€401,061 milhões [+23% em relação a 2012])³⁷⁵, “(...) apresentaram um desvio global de 7% face ao previsto no Relatório do OE 2013”³⁷⁶, tal desvio é explicado devido aos altos encargos do Hospital de Braga (€151,969 milhões [38%]) e de Cascais (€75,350 milhões de euros [19%]) face aos encargos projectados. Em 2014 voltou-se a registar novo aumento anual dos encargos totais (€412,059 [+3% em relação a 2013]), e só não foi mais elevado, devido aos efeitos com o fim das parcerias do Centro de Medicina do Sul (Novembro de 2013) e do Centro de Atendimento do SNS (Abril de 2014), pois teriam em boa realidade registado um acréscimo maior (6%), mesmo assim, realça-se um ponto positivo do período em análise que apresentou “(...) um desvio global de -1% face ao previsto no Relatório do OE2014”, onde uma vez mais é realçado o peso relativo dos encargos do Hospital de Braga (€160,629 [39%])³⁷⁷.

Salienta-se que a variação 2012-2013 com **reconciliações**, ascenderam no global a 207% (passando de €7,605 milhões para €23,362 milhões) nas parcerias hospitalares e 65% (passando de €2,988 milhões para €4,945 milhões) nas parcerias com Infra-estruturas (UTAP, 2013:22, 51-53). Não tão elevadas foram as reconciliações de 2013-2014, que ascenderam no global a 37% nas parcerias hospitalares e 49% nas parcerias

³⁷³ Ver em anexo: Tabela 31 - Encargos globais líquidos acumulados nas PPP (2T 2015);

³⁷⁴ Ver em anexo: Tabela 32 - Encargos acumulados por PPP na Saúde (2T 2015);

³⁷⁵ UTAP (2014:50-51);

³⁷⁶ UTAP (2013:51);

³⁷⁷ UTAP (2014a:47-52);



com Infra-estruturas, concluindo-se que existe uma clara tradição ao seu refúgio e que em termos absolutos, não há forma destes valores se manterem ou até diminuïrem, continuando em crescimento embora com menos *'violência'* (UTAP, 2014a:22, 46-53).

Ao longo destes anos (2009-2014), a evolução dos encargos nas PPP da saúde foi de uma forte tendência de crescimento³⁷⁸. O TdC (2013a:67-70) estima que atingirá o seu pico em 2016, prevendo que os mesmos se mantenham com pequenas oscilações até 2036 (contrariamente às projecções feitas pelo Ministério das Finanças), data em que começam a ter uma acentuada descida até 2042, com o previsível fim de todas parcerias com as entidades gestoras, como se pode constatar em anexo pelo Gráfico 5.

Por fim, convém também frisar as receitas do parceiro privado. Assim durante 2013, no global os parceiros privados, registaram um crescimento no volume de negócios de 22%, correspondendo a 400,627 milhões de euros. Só o Hospital de Braga representa 40% do peso total das receitas, amalhando no seu cofre 157,179 milhões de euros (inclui a verba das duas entidades gestoras), um valor acima da proporção do que recebe do Estado (UTAP, 2013:82).

Todas estas práticas e actos de corrupção aliados à má prática de gestão dos recursos (humanos, financeiros e materiais), ao desperdício dos mesmos, fizeram com que fosse criada uma *'gigante'* dívida no sector público da saúde, tema este a considerar em futuras investigações.

Com este subcapítulo pretendeu-se contribuir para um conhecimento maior sobre uma parte das implicações financeiras que determinados comportamentos ou condutas desviantes aliada à má gestão e outras irregularidades acarretam para o sector da saúde, criando o efeito de bola de neve (repetidas condutas desviantes + reiterada má gestão + despesas anormais continuadas do sector), que se traduzem no fundo em menos cuidados de saúde a prestar aos pacientes.

³⁷⁸ Ver em anexo: Gráfico 3, Gráfico 4 e Gráfico 5;



3. As principais entidades de supervisão, regulação, judicial e de investigação

Este presente capítulo, tem como principal finalidade dar a conhecer um conjunto de entidades descritas ao longo deste estudo com competências de supervisão, regulação, judicial e de investigação criminal (judiciária), que têm como objectivo repor a normalidade e funcionamento dos diversos organismos de saúde, e ainda, responsabilizar, sancionar, penalizar, disciplinar ou educar os infractores pelos factos provados ou pelas inconformidades detectadas.

Neste contexto, serão apresentadas 8 entidades, a quem se recorreu no pedido dos mais variados documentos para a elaboração deste trabalho (ou recorrendo aos sítios de internet oficiais) e que ao longo do estudo foram referenciadas.

É feita uma breve descrição quanto ao enquadramento legal (competências e atribuições), actividade realizada, sem entrar em grandes pormenores, e por fim, um relato sumário de notícias de jornais (imprensa escrita), que expõem o ‘trabalho de casa’ protagonizado por cada entidade.

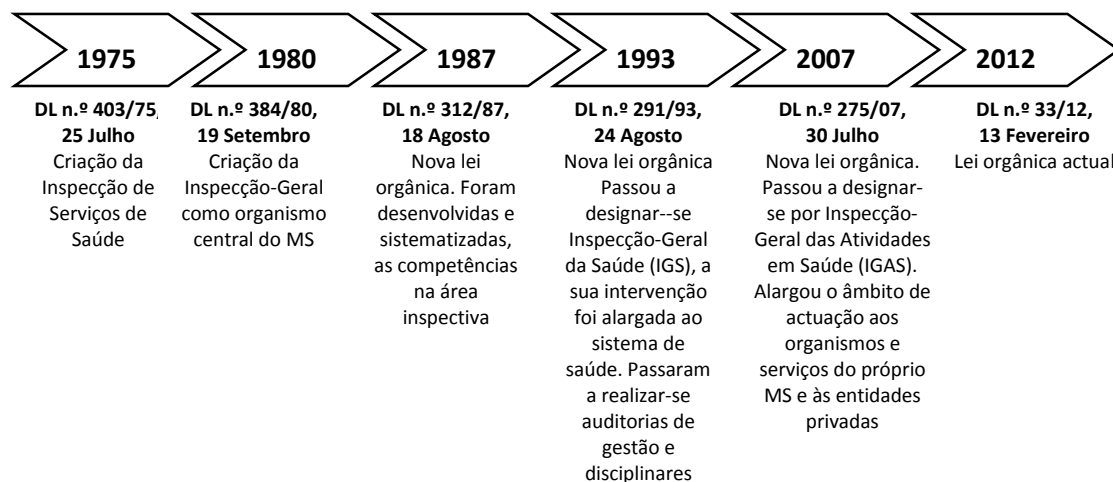
3.1. IGAS – Inspeção-Geral das Actividades em Saúde

3.1.1. Enquadramento



Lema: «Servir a saúde, servindo as pessoas»

Figura 4 - Enquadramento histórico (1975-2012)



Fonte: Adaptado do Plano estratégico IGAS (2014:7)



Segundo o mais recente DL n.º 33/2012 de 13 de Fevereiro, a Inspeção-Geral das Actividades em Saúde (IGAS) é um serviço central da administração directa do Estado, dotado apenas de autonomia administrativa, que segundo o n.º 1 do artigo 2.º daquele diploma “(...) tem como missão **auditar, inspeccionar, fiscalizar e desenvolver a acção disciplinar** no sector da saúde, com vista a assegurar o cumprimento da lei e elevados níveis técnicos de actuação”.

Ainda o mesmo artigo refere que tem competências para desenvolver a sua intervenção “(...) em todos os domínios da actividade e da prestação dos cuidados de saúde desenvolvidos quer pelos serviços, estabelecimentos e organismos do Ministério da Saúde, (...) quer ainda pelas entidades privadas, pessoas singulares ou colectivas, com ou sem fins lucrativos”.

Dentro das suas atribuições³⁷⁹ destacam-se as seguintes:

- Verificar o cumprimento das disposições legais, regulamentares e das orientações aplicáveis, a qualidade dos serviços prestados, por qualquer entidade ou profissional, no domínio das actividades em saúde, através de acções de **auditoria, inspeção e fiscalização**;
- Realizar **auditorias** aos serviços, estabelecimentos e organismos integrados no MS, ou por este tutelados, de âmbito organizacional e financeiro;
- **Inspeção** ao nível da segurança e qualidade, em articulação com DGS;
- Realizar acções de **fiscalização** às unidades de prestação de cuidados de saúde do sector privado e social³⁸⁰;
- Desenvolver a **acção disciplinar** em serviços, estabelecimentos e organismos integrados no MS ou por este tutelados;
- Efectuar acções de prevenção e detecção de situações de **corrupção e de fraude**, promovendo os procedimentos adequados;
- **Colaborar** com organismos nacionais e internacionais em matérias das atribuições das inspecções-gerais.

³⁷⁹ DL n.º 33/2012, de 13 de Fevereiro: artigo 2.º (n.º 2) – Missão e atribuições;

³⁸⁰ Associações, Fundações, Misericórdias e IPSS;



Colabora com vários organismos nacionais e internacionais, como os serviços centrais do MS, bem como os operadores dos sectores privado e social, as regiões autónomas, as ordens profissionais, universidades e instituições vocacionadas para a formação, em articulação com as instituições do sistema judiciário/judicial (PJ, MP, TdC, Provedoria de Justiça) e a Rede Europeia de Combate à Fraude e Corrupção³⁸¹ no sector da saúde (IGAS, 2012:17-18).

O seu principal interlocutor é o gabinete do Ministro da Saúde, que durante a elaboração deste estudo foi dirigido pelo Dr. Paulo José Ribeiro Moita de Macedo³⁸².

Como principais clientes/*stakeholders*, encontra-se ao serviço do cidadão/pacientes dos serviços de saúde, dos profissionais de saúde e dos órgãos dos estabelecimentos de saúde, que na sequência das participações destes e, estando dotada de autonomia técnica, permite-lhe a prossecução de intervenções por iniciativa própria.

Figura 5 - Clientes / Stakeholders (IGAS)



Fonte: Adaptado do Plano Estratégico 2010-2012

A IGAS encontra-se afiliada à Rede Europeia de Combate à Fraude e Corrupção no sector da Saúde – EHFCN, que segundo uma notícia do Jornal Correio da Manhã

³⁸¹ Sítio oficial: <<http://www.ehfcn.org/>>;

³⁸² Ver em anexo: Figura 10 - Fotos dos titulares dos órgãos públicos;



(2011)³⁸³ cita um estudo feito por esta entidade a burlas em 23 países, colocou Portugal no topo do ranking, com 839 milhões de euros de fraude estimada, seguindo-se a Finlândia (722 milhões) e a Irlanda (709 milhões). Estima que entre 10% a 12% do valor total dos gastos do estado em medicamentos corresponda a fraude. Ainda aquela entidade refere que a fraude mais comum nos países europeus, é a apresentação aos serviços estatais ou ainda às seguradoras privadas de saúde, “(...) **facturas de tratamentos que nunca foram efectuados ou com duplicação de valor**”.

Actualmente encontra-se a exercer o cargo de Inspector-geral da IGAS em regime de comissão de serviço³⁸⁴, a Dr.ª Leonor do Rosário Mesquita Furtado³⁸⁵ (Procuradora da República), que sucede a António José Martins Coelho (foi também Subinspector-Geral da IGAS).

3.1.2. Actividade realizada

Transversal a três áreas de intervenção operacional (auditoria, inspecção e disciplinar), a IGAS desde 2011 tem intensificado a sua actividade³⁸⁶ para a luta contra o desperdício, fraude e corrupção no SNS, no controle das incompatibilidades e impedimentos³⁸⁷ dos profissionais, no controle dos sistemas de certificação da incapacidade temporária e para o aumento do grau de transparência e integridade das instituições através dos Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infracções Conexas (IGAS, 2012:5, 9-11, 19; IGAS, 2015:8-10, 26, 34, 53, 59).

³⁸³ Notícia acessível na internet em: <<http://www.cmjornal.xl.pt/exclusivos/detalhe/portugal-lidera-fraudes-na-saude.html>>;

³⁸⁴ Despacho n.º 2712/2015, de 16 de Março - Designação para exercer o cargo de Inspector-Geral da IGAS;

³⁸⁵ Ver em anexo: Figura 10 - Fotos dos titulares dos órgãos públicos

³⁸⁶ Para além das descritas: garantir os níveis de acesso, qualidade e segurança na prestação de cuidados (prevenção e controlo da infecção), segurança contra incêndios, interrupção voluntária da gravidez, procriação medicamente assistida, medicina dentária, controlo na prescrição e dispensa/distribuição de medicamentos, entre outras (IGAS, 2012:9, 14);

³⁸⁷ O relatório IGAS n.º 83 (2013:7) esclarece que relativamente ao “(...) controlo das incompatibilidades, refere-se que, usualmente, a acumulação de trabalho baseia-se numa declaração assinada pelos mesmos, na qual declaram que não há incompatibilidade de horários com os deveres decorrentes dos contratos celebrados com a instituição que respeitar, procedimento que se apresenta insuficiente e impede o controlo e a transparência da situação do profissional, designadamente para efeitos remuneratórios”;



Um aspecto crucial na sua actividade que está relacionada com a política do medicamento foi “(...) o reforço das auditorias da IGAS à despesa com medicamentos nos estabelecimentos hospitalares do SNS (...)”, de modo a garantir a sustentabilidade financeira do SNS, através de uma utilização racional dos serviços e controlo das despesas (IGAS, 2012:9, 35).

Na actividade global de 2011 foram realizadas 34 auditorias, 62 inspecções, 55 fiscalizações e 8 auditorias disciplinares (IGAS, 2012:30-31).

Quanto à acção estritamente disciplinar contabilizaram-se 315 processos (disciplinares [182], inquéritos [130], revisões [2], reabilitação [1]), que deram lugar a 21 penas disciplinares, destacando-se a pena de multa [33%] e suspensão [33%]. Mais de $\frac{1}{3}$ das penas respeitam a factos relacionados com negligência médica. **A destacar 2 penas de demissão/despedimento relacionadas com fraude contra o SNS** (IGAS, 2012:5, 90-92).

Já em 2014 e comparando com os dados de 2011, manteve a sua actividade em todas as áreas com a excepção da acção disciplinar (menos 37 processos disciplinares): com 31 auditorias, 32 inspecções, 121 fiscalizações³⁸⁸, 278 processos estritamente disciplinares (disciplinares [142], inquéritos [136], revisões/reabilitação [0]), que deram lugar a 21 penas disciplinares, destacando-se igualmente a pena de multa [38%] e suspensão [24%]. Cerca de $\frac{1}{3}$ das penas respeitam a factos relacionados com irregularidades na prescrição de medicamentos, seguidas de acumulação indevida de funções (24%), já em sentido declinante, a negligência médica teve pouca representatividade (9%). **A destacar igualmente 2 penas de demissão associados a fraude na prescrição de medicamentos** (IGAS, 2015:31, 69-72).

Comunicou ainda ao TdC várias acções para o apuramento de eventuais responsabilidades financeiras³⁸⁹ (sancionatória e reintegratória), na sequência das auditorias realizadas, que ultrapassaram os €23 milhões, e por fim, **tem colaborado**

³⁸⁸ Salienta-se que na sequência de 17 acções de fiscalização a clínicas/consultórios de medicina dentária, foi detectado que em 5 delas era efectuada a suposta prática do crime de Usurpação de funções;

³⁸⁹ Nos termos dos artigos 59.º e 65.º da Lei n.º 98/1997, de 26 de Agosto – LOPTC;



com a PJ em várias acções de combate à fraude nas farmácias portuguesas³⁹⁰ (IGAS, 2015:43, 51).

No âmbito deste estudo, uma das acções de relevo foi a auditoria realizada aos Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infracções Conexas (PPRCIC) de 42 hospitais - empresa (EPE) em 2010, no âmbito da Recomendação n.º 1/2009, de 1 de Julho do CPC. Refere que apenas 18 (43%) entidades entregaram os planos ao CPC (24 ainda não o elaboraram), concluindo que dos 14 planos analisados, nenhuma entidade identificou os riscos de “(...) *todas as áreas e departamentos da sua organização*”, sendo que 12 hospitais (86%) identificou como área mais exposta aos riscos, os “*Serviços Financeiros e de Aprovisionamento*”, seguindo-se “*Serviço de Recursos Humanos*” (11 hospitais [79%]) e por fim os “*Serviços de Instalações e Equipamentos/Logística*” (10 hospitais [71%]), salientando o facto, quando o risco de ocorrência é elevado, as entidades não indicam se foram tomadas medidas correctivas para reduzir ou eliminar o risco. Quanto aos riscos associados, 13 (93%) planos identificaram corretamente os riscos, e destes, 11 (79%) planos “(...) *o risco foi qualificado de acordo com o grau de probabilidade*”. Por fim, as medidas apresentadas foram identificadas na maioria dos planos (13 [93%]) (Relatório IGAS n.º 49, 2013:10-18).

No sentido de dar continuidade a esta última auditoria, a IGAS alargou o seu universo a 62 entidades de saúde³⁹¹ (entre Junho 2011 e Julho de 2012), constatou que 48 (77%) entidades já tinham elaborado o plano (PPRCIC), e destas, 9 (19%) ainda não tinham procedido à sua publicação na internet. Apurou que mais uma vez concentra-se nas entidades de natureza EPE, o não cumprimento da recomendação, com 14 entidades a não cumprirem com a elaboração dos planos. Há entidades que agora identificaram outro leque de áreas, nomeadamente nas operativas, sendo que as mais visadas foram a do “(...) *transporte de doentes, a realização MCDT no exterior, a prescrição de*

³⁹⁰ NUIPC – 128/11.1TELSB (DCIAP) – Operação Remédio Santo;

NUIPC – 2267/11.0JFLSB (DCIAP) – Operação Consulta Vicentina;

³⁹¹ Administração Directa do Estado: 2; Administração Indirecta: 18; SEE: 41; Entidade independente: 1;



medicamentos e o acesso de marcação de consultas". Quanto à detecção de situações de fraude e corrupção somente uma entidade identificou três casos (Unidade Local de Matosinhos, EPE) (Relatório IGAS n.º 49, 2013:14-15, 24).

Tabela 8 - Manchetes de Jornais (IGAS)

Manchetes de Notícias		Descrição Sumária
1.º	<i>Inspecção da saúde investiga morte de criança no hospital de Penafiel</i> ³⁹²	A IGAS vai investigar no Hospital de Penafiel, as circunstâncias da morte de uma criança, após uma cirurgia de rotina a um problema de apneia do sono. Segundo os pais, momentos depois da cirurgia, a criança começou a vomitar, sendo assistida apenas por uma enfermeira, sem que qualquer médico a fosse observar num espaço temporal de nove horas, até que começou a deitar "(...) espuma pela boca" e a ficar com os "(...) olhos virados para cima" é que os médicos vieram, fazendo-lhe uma serie de exames, acabando por ser transferida para o hospital de São João, onde veio a falecer.
2.º	<i>Inspecção detecta gestão ruinosa</i> ³⁹³	Numa acção inspectiva, a IGAS detectou má gestão nos agrupamentos de saúde da Região de Lisboa e Vale do Tejo, causando "(...) prejuízos ao Estado no valor de 133 milhões de euros, (...) entre as irregularidades consta o pagamento indevido entre 2009 e 2010, de 12.352 euros, a vários trabalhadores que tinham dois números mecanográficos". Na ARS de Lisboa e Vale do Tejo detectou uma trabalhadora que recebeu mais de 1.500 euros de cobranças em taxas moderadoras. Na Unidade de Saúde Familiar de Pinhal do Rei (Alcobaça), devidos a problemas na energia eléctrica, detectou a destruição de 225 doses de vacinas, no valor de 3.889 euros.
3.º	<i>Distrito: Enfermeiros acusados de burla obrigados a repor dinheiro</i> ³⁹⁴	Na Unidade Hospitalar de Macedo de Cavaleiros (ULS do Nordeste), a IGAS concluiu um inquérito a um casal de enfermeiros acusados de burla, em horas extraordinárias que alegadamente receberam (ele: enfermeiro adjunto da direcção do Hospital; ela: responsável dos Cuidados Continuados), sem terem cumprido qualquer serviço. Estão obrigados a repor a quantia de cerca 15 mil euros. Este processo foi reencaminhado para o MP e à PJ, para o apuramento de mais irregularidades ou ilícitos ou se ainda haverá mais envolvidos.
4.º	<i>Inspecção da Saúde promete "papel menos conservador" e combate à fraude</i> ³⁹⁵	A tomada de posse da nova Inspector-geral da IGAS, Leonor Mesquita Furtado, aconteceu no mesmo dia em que a PJ deteve mais quatro pessoas por burlas ao SNS, num esquema fraudulento executado por pessoas com ligações ao ramo farmacêutico, que terão obtido lucros ilícitos através da apresentação em farmácias de receituário contrafeito. A nova inspectora-geral assumiu o compromisso de "(...) auditar, inspeccionar e fiscalizar" o sector da saúde de forma "(...) menos conservadora" e "(...) mais transparente"

Fonte: Elaboração própria

³⁹² Fonte: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/inspeccao-da-saude-investiga-morte-de-crianca-em-hospital-de-penafiel-1613406?utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed%3A+PublicoRSS+%28Publico.pt%29>;

³⁹³ Fonte: <<http://www.cmjornal.xl.pt/nacional/sociedade/detalhe/lisboa-inspecao-deteta-gestao-ruinosa-na-saude.html>>;

³⁹⁴ Fonte: <<http://mirandelatv.blogspot.pt/2012/06/distrito-enfermeiros-acusados-de-burla.html>>;

³⁹⁵ Fonte: <<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/inspeccao-da-saude-promete-papel-menos-conservador-e-combate-a-fraude-1692278>>;



3.2. ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

3.2.1. Enquadramento



Segundo o DL n.º 35/2012 de 15 de Fevereiro, a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) é um Instituto público integrado na Administração Indirecta do Estado, que tem por missão administrar os recursos financeiros e humanos do MS e do SNS, instalações e equipamentos, sistemas e tecnologias de informação do SNS, promover a qualidade organizacional das entidades prestadoras de cuidados de saúde, e por fim, proceder à definição e implementação de políticas, normalização, regulamentação e planeamento em saúde.

Basicamente constituem atribuições³⁹⁶ da ACSS, entre outras, o acompanhamento, a avaliação e o controlo do desempenho económico-financeiro dos serviços e estabelecimentos do SNS em articulação com as ARS.

Dito isto por outras palavras, a ACSS participa em quase todas as funções do sistema de saúde público, salvo na prestação de cuidados e no licenciamento.

Foi possível identificar nos PPRCIC, que esta entidade assume o compromisso de adoptar uma política preventiva e empenhar esforços “(...) em estabelecer uma cultura de Organização e de ética, intolerante com qualquer conduta corrupta (...) e em criar um sistema eficaz na identificação e reporte de tal actividade” (PPRCIC ACSS, 2010:11; PPRCIC ACSS, 2014:12).

Actualmente o órgão máximo³⁹⁷ (Conselho directivo) é presidido pela Prof.ª Dr.ª Marta Alexandra Fartura Braga Temido de Almeida Simões³⁹⁸, que iniciou funções a 14 de Janeiro de 2016.

³⁹⁶ DL n.º 35/2012, de 15 de Fevereiro (Lei Orgânica da ACSS): artigo 3.º – Missão e atribuições;

³⁹⁷ Resolução de Conselho de Ministros n.º 1-C/2016, de 14 de Janeiro;

³⁹⁸ Ver em anexo: Figura 10 - Fotos dos titulares dos órgãos públicos;



A nível de organização interna, a ACSS, I.P. é constituída por 8 unidades orgânicas: dos quais 5 são departamentos (Gestão Financeira, Gestão e Financiamento de Prestação de Saúde, Gestão da Rede de Serviços e Recursos em Saúde, Gestão e Planeamento de RH, Gestão e Administração Geral), pelo Gabinete Jurídico, Gabinete de Auditoria Interna e pela Unidade de Gestão do Centro de Conferência de Facturas.

Concentramo-nos nesta última unidade que faz parte integrante deste trabalho, no subcapítulo seguinte.

3.2.1.1. CCF - Centro de Conferência de Facturas da ACSS

O Centro de Conferência de Facturas (CCF) da ACSS iniciou a actividade a 1 de Março de 2010, está sediado na Maia – Porto, gerido por uma entidade privada (Accenture)³⁹⁹ em regime de *outsourcing*, sendo responsável pela gestão de todas as actividades relacionadas com o processamento de conferência de facturas, desde a recepção dos ficheiros e documentos de prescrição e prestação até ao correcto apuramento dos valores a um determinado prestador. Serve ainda de arquivo dos respectivos suportes documentais⁴⁰⁰.

Tem por missão conferir as facturas apresentadas pelos prestadores de saúde ao SNS, pautando-se por elevados níveis de eficiência e eficácia e assegurando o correcto apuramento da dívida do SNS aos prestadores, assim como a minimização de pagamentos indevidos. Actualmente este centro confere e monitoriza todos os documentos ou facturas relacionados com **receitas de medicamentos compartilhados pelo SNS, MCDT e cuidados continuados**⁴⁰¹.

³⁹⁹ Organização multinacional, prestadora de serviços de consultoria de gestão, tecnologias de informação e outsourcing, com experiência na área de Administração Pública em Portugal, em particular no sector da Saúde;

⁴⁰⁰ Fonte: informação do sítio oficial em: <<https://www.ccf.min-saude.pt/portal/page/portal/publico>>;

⁴⁰¹ Fonte: Intervenção do Ministro da Saúde (2014), acessível na internet através do link: <<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/comb+corrupcao.htm>>;



Futuramente está prevista a conferência de documentos prescritos nas seguintes áreas: cuidados respiratórios domiciliários, hemodiálise, unidades terapêuticas de sangue, hospitalização privada e transporte de doentes.

Um dos principais objectivos deste centro é promover um maior controlo de todo o ciclo da factura, aumentando a capacidade de dissuasão da fraude e reduzindo o risco de pagamentos indevidos.

A Inspecção-Geral de Finanças alistou algumas irregularidades ao sistema de prescrição e conferência de facturação do medicamento, a destacar: a prescrição manual ainda é bastante utilizada pelos médicos, apresentando diversas fragilidades ao nível da sua segurança (as vinhetas e as receitas utilizadas são susceptíveis de serem desviadas e utilizadas de forma indevida); as bases de dados dos pacientes e prescritores estão desactualizadas, prejudicando a eficácia do CCF na correcta conferência da facturação mensal; foi apurado que para um valor de comparticipação do SNS de 3 milhões de euros, cerca de 1,2 milhões (40% daquele valor), teriam sido gastos de forma irregular (Relatório da IGF, 2010:34).

3.2.1.2. Actividade realizada

Enquanto entidade responsável por assegurar a recepção, tratamento e conferência das facturas apresentadas pelos prestadores de saúde do SNS, relaciona-se com diversas entidades, directa ou indirectamente, assegurando a prestação dos seguintes serviços principais:

- **Validação e conferência centralizada de prescrições e de prestações de Medicamentos, MCDT e Cuidados continuados;**
- **Gestão documental e arquivo físico e electrónico** dos documentos e informação inerentes ao processo de conferência;
- **Produção e disponibilização de informação de gestão e de estatísticas;**
- **Apoio aos prestadores, ACSS e ARS**, no esclarecimento de dúvidas e resolução de questões ou reclamações.



Tabela 9 - Manchetes de Jornais (CCF)

Manchetes de Notícias		Descrição Sumária
1.º	<i>Centro de conferência de facturas detecta situações fraudulentas estimadas em sete milhões de euros</i> ⁴⁰²	Desde 1 Março de 2010 até Março de 2012, o CCF já processou mais de 40 milhões de receitas de medicamentos, representando mais de 290 milhões de embalagens. Segundo um responsável, foram já identificadas e comunicadas às autoridades “(...) situações eventualmente fraudulentas relacionadas com medicamentos”, representando um total estimado de “(...) sete milhões de euros”. O Ministro da Saúde refere o exemplo de pacientes a quem foram prescritos doses de medicamentos que davam para 17 anos.
2.º	<i>Conferência de facturas ajudou a detectar casos</i> ⁴⁰³	A anterior Ministra da Saúde, Ana Jorge, defendeu que o centro de conferência de facturas foi determinante para se identificarem as situações de fraude com medicamentos. Adiantou que as situações detectadas envolvem quase todo o circuito do medicamento, entre médicos (que prescrevem as receitas), farmácias e distribuidores, exemplificando que “Há medicamentos que foram vendidos 20 vezes sem nunca terem saído da farmácia”.
3.º	<i>SNS: unidade de combate à fraude sinalizou 80 casos suspeitos</i> ⁴⁰⁴	A Unidade de Exploração de Informação (UEI) do CCF criada no segundo semestre de 2012, que até Março de 2013 “(...) já permitiu sinalizar e comunicar às entidades competentes 80 casos suspeitos, representando mais de 82,5 milhões de euros” (palavras de Paulo Macedo, ex-Ministro da Saúde). Sobre os autores da fraude, dos 65 relatórios já transmitidos, num montante de 43 milhões de euros, 57 respeitam a médicos e oito são relativos a farmácias, “(...) pelo que o total de casos comunicados à PJ acaba por ser 34, num montante de cerca de 25 milhões de euros”.
4.º	<i>Inspecção detecta gestão ruínosa</i> ⁴⁰⁵	O CCF tem detectado várias irregularidades, entre eles constam: <ul style="list-style-type: none">• “(...) factura lançada indevidamente na contabilidade e paga duas vezes, de 124 mil euros”;• “(...) na área da contratação pública de bens e serviços reporta-se à autorização de despesas sem informação prévia de cabimento, no valor de 3,2 milhões de euros e processos no valor de 9,4 milhões que não foram submetidos a fiscalização prévia do Tribunal de Contas”;• “(...) pagamentos indevidos de cerca de 2000 euros a 17 médicos de clínica geral relativos a subsídios mensais adicionais”.
5.º	<i>Autoridades investigam 600 milhões de euros em facturas do SNS</i> ⁴⁰⁶	O CCF em 6 anos de actividades permitiu detectar 160 milhões de erros em prescrições. Dados revelados directora da ACSS, Marta Temido, em Janeiro de 2016, estão em investigação “(...) cerca de 600 milhões de euros”, salientando que o CCF “(...) vai passar a escrutinar a área do transporte de doentes não urgentes e das farmácias hospitalares”.

Fonte: Elaboração própria

⁴⁰² Fonte: <<http://www.portugal.gov.pt/pt/os-ministerios/ministerio-da-saude/mantenha-se-atualizado/20120321-ms-ccfaturas.aspx>>;

⁴⁰³ Fonte: <http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1885931>;

⁴⁰⁴ Fonte: <<http://m.tvi24.iol.pt/sociedade/sns-saude-sociedade-fraude-tvi24-fraude/1435336-4071.html>>;

⁴⁰⁵ Fonte: <<http://www.sep.org.pt/images/stories/sep/DOSSIER/2013/11/121113news12.pdf>>;

⁴⁰⁶ Fonte: <<http://www.jn.pt/nacional/saude/interior/autoridades-investigam-600-milhoes-de-euros-em-faturas-do-sns-4993726.html?id=4993726>>;



3.3. ERS – Entidade Reguladora da Saúde

3.3.1. Enquadramento

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) é um organismo com natureza de entidade administrativa independente⁴⁰⁷ (não se encontra sujeita a superintendência ou tutela governamental), criada em 2003, com poderes de regulação, regulamentação, supervisão, fiscalização e sancionatórios⁴⁰⁸, dotada de autonomia administrativa, financeira e de património próprio, que segundo o n.º 1 do artigo 5.º do seu estatuto, “(...) tem por missão a **regulação**, (...) da actividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde” (público, privado, cooperativo e social), desenvolvendo a sua actuação em todo território nacional, com a entrada em vigor do mais recente estatuto (DL n.º 126/2014, de 22 de Agosto: artigo 4.º [n.º4]).



Excluem-se da sua regulação, os profissionais de saúde no que respeita à sua actividade sujeita à regulação e disciplina das respectivas ordens ou associações profissionais públicas, bem como os estabelecimentos sujeitos à regulação específica do INFARMED⁴⁰⁹.

Em síntese a ERS é a entidade independente que regula e supervisiona a prestação de cuidados de saúde e o funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, zelando pelo direito de acesso aos cuidados de saúde (especialmente no acesso universal de todos ao SNS), pela legalidade, transparência e pelas regras de

⁴⁰⁷ DL n.º 126/2014, de 22 de Agosto (Estatuto da ERS): artigo 6.º - Independência.

Significa que os membros do Governo não podem dirigir recomendações, directivas ou prioridades de actuação aos Órgãos da ERS ou aos seus colaboradores. Apenas pode fixar princípios orientadores de política de saúde e aprovar previamente alguns actos que lei determine;

⁴⁰⁸ DL n.º 126/2014, de 22 de Agosto (Estatuto da ERS): artigo 1.º - Designação e natureza;

⁴⁰⁹ DL n.º 126/2014, de 22 de Agosto (Estatuto da ERS): artigo 4.º (n.º3) – Âmbito dos sectores e das actividades económicas reguladas;



concorrência⁴¹⁰ respeitantes às actividades económicas na área da saúde dos sectores privado, público, cooperativo e social⁴¹¹.

A sua missão é a regulação e as suas atribuições⁴¹² compreendem a supervisão da actividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde no que respeita:

- Ao cumprimento dos requisitos de exercício da actividade e de funcionamento;
- A garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde e dos demais direitos dos pacientes;
- A legalidade e transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e pacientes.

À ERS foram também atribuídas funções sancionatórias⁴¹³, nomeadamente entre outras, as que violam regras de igualdade e universalidade no acesso aos cuidados de saúde globais (primários, diferenciados, continuados ou paliativos) ou ao SNS.

Actualmente o principal dirigente (presidente do Conselho Directivo) é o Dr. Jorge Manuel Trigo de Almeida Simões⁴¹⁴, que se encontra nestas funções desde 30 de Setembro de 2010, para um mandato de 6 anos⁴¹⁵ (não renovável).

3.3.2. Actividade realizada

Dos relatórios consultados (ERS, 2014; 2015), a ERS de acordo com os seus poderes de supervisão, autoridade e sancionatórios, foi possível verificar que foram desenvolvidas diversas actividades, das quais se destacam as seguintes: o tratamento de reclamações dos pacientes, a realização de inspecções e auditorias às instalações dos prestadores

⁴¹⁰ DL n.º 126/2014, de 22 de Agosto (Estatuto da ERS): artigo 10.º - Objectivos da regulação;

⁴¹¹ DL n.º 126/2014, de 22 de Agosto (Estatuto da ERS): artigo 4.º - Âmbito dos sectores e das actividades económicas reguladas;

⁴¹² DL n.º 126/2014, de 22 de Agosto (Estatuto da ERS): artigo 5.º - Missão e atribuições;

⁴¹³ DL n.º 126/2014, de 22 de Agosto (Estatuto da ERS): artigo 5.º (e artigo 61.º e ss)-Poderes sancionatórios;

⁴¹⁴ Ver em anexo: Figura 10 - Fotos dos titulares dos órgãos públicos;

⁴¹⁵ DL n.º 126/2014, de 22 de Agosto (Estatuto da ERS): artigo 37.º - Duração do mandato;



de cuidados de saúde, situações que possam pôr em causa os direitos dos pacientes, processos de contraordenação e aplicação de sanções.

Na actividade global de 2014, realizou 334 acções de fiscalização e avaliações periódicas, de verificação do cumprimento dos requisitos, legais e regulamentares, de exercício da actividade e funcionamento dos estabelecimentos (ERS, 2015:6).

Emitiu 9222 licenças a estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, sobretudo a clínicas ou consultórios dentários (5270) e a clínicas ou consultórios médicos (2738) (ERS, 2015:5).

Através dos seus poderes sancionatórios, instaurou 122 processos de contraordenação, perfazendo 206 infracções, a maioria dos quais relacionados com a ausência de registo dos prestadores neste organismo (68 [33,01%]), violação de normativos relacionados com o regime de licenciamento específico (52 [25,24%]) e a inexistência de livro de reclamações (45 [21,84%]). Foram decididos 280 processos de contraordenação, que resultaram em 197 sanções (113 são coimas e 84 admoestações) e 83 arquivamentos, cujo valor total das coimas aplicadas ascenderam a 273 418,62 euros (ERS, 2015:48-49).

Quanto às reclamações⁴¹⁶, foram contabilizadas 10 948, registando um aumento de 2 788 queixas em comparação ao ano anterior. As principais reclamações referem-se aos procedimentos administrativos (2882 [24,7%]), aos tempos de espera (2385 [20,4%]) e aos cuidados de saúde e segurança do doente (2023 [17,3%]). Da sua análise foram concluídas 7265 reclamações (englobando processos de anos anteriores). O tempo médio para o tratamento de uma reclamação foi de 42,39 dias, resultando numa melhoria face aos 93,61 dias (ERS, 2015:22-25).

⁴¹⁶ Antes da entrada do novo estatuto, a ERS apenas recebia reclamações dos prestadores de saúde do sector privado, a partir do último trimestre de 2014, passou a ter competência exclusiva para a apreciação e a monitorização de todas as queixas e reclamações apresentadas nos prestadores de saúde públicos, privados, cooperativos e sociais;



De frisar uma relevante e imprescindível recomendação⁴¹⁷ dirigida ao MS, sobre a necessidade de fixação legal de TMRG para os MCDT (ERS, 2015:13).

Tabela 10 - Manchetes de Jornais (ERS)

Manchetes de Notícias		Descrição Sumária
1.º	<i>Clínicas Dental Group suspensas</i> ⁴¹⁸	A ERS suspendeu durante quatro meses, o funcionamento de oito clínicas Dental Group depois de terem sido detectadas várias irregularidades em fiscalizações daquele grupo, em Lisboa. A suspensão deve-se a fiscalizações realizadas aos estabelecimentos, onde foram detectadas irregularidades tais como dentistas sem habilitações ou medicamentos e materiais fora de prazo e deficiente esterilização.
2.º	<i>Utentes do SNS são discriminados</i> ⁴¹⁹	A ERS suspeita de prestadores privados a darem preferência no atendimento a quem paga sem recurso a seguros. O motivo deve-se ao facto de o SNS demorar a pagar os serviços contratados. A partir de uma queixa/reclamação, foi desencadeada uma acção de fiscalização à Clínica Médica de Santo Adrião, de uma utente que tentou marcar uma consulta de estomatologia, na qualidade de beneficiária da ADSE, sendo informada que só teria consulta quatro meses depois. A mesma ligou mais tarde, na qualidade de particular e obteve consulta três dias depois. Outras preocupações da ERS é a “(...) cobrança ilegal de taxas de urgência e a publicidade a acordos que não existem”.
3.º	<i>Reguladora investiga clínica</i> ⁴²⁰	A ERS investigou a clínica de fisioterapia Nuclitarget, em Lisboa, por angariar clientes, na sua maioria idosa, através do uso de práticas comerciais desleais. Jorge Simões, presidente da ERS, explicou que “(...) as pessoas são contactadas telefonicamente pela clínica para fazer um rastreio, mas no final acabam por pagar centenas de euros em sessões de fisioterapia ou massagens”.
4.º	<i>ERS abre processos contra hospitais por dificultarem acesso de doentes a cuidados</i> ⁴²¹	A ERS instaurou processos a vários centros hospitalares por dificultarem o acesso de doentes aos cuidados de saúde. Um exemplo claro é o caso ocorrido em Fevereiro de 2014, quando um indivíduo vítima de acidente de viação, foi transferido do Hospital de Chaves para o Hospital de Santa Maria, após lhe ter sido negado o acesso ao Hospital de Santo António por “(...) indisponibilidade de vaga, secundada por igual indisponibilidade dos hospitais da zona norte e centro”, percorrendo 400 Km de ambulância. Considera o regulador que a recusa do doente pelo HSA, criou um obstáculo aos cuidados de que o doente precisava. Outro dos processos remonta a Outubro de 2013, quando um doente internado no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra foi transferido para o Hospital Distrital de Santarém, não sendo recebido, tendo sido então encaminhado para o Centro Hospitalar do Médio Tejo. Considera a ERS que “(...) embora não tenha ocorrido uma efectiva violação do direito de acesso do utente”, em virtude de uma errada escolha do hospital de destino, “(...) não deixou de se verificar um constrangimento no acesso”.

Fonte: Elaboração própria

⁴¹⁷ Recomendação n.º 2/2014, acessível no sítio da ERS em: <https://www.ers.pt/pages/65?news_id=958>;

⁴¹⁸ Fonte: <<http://expresso.sapo.pt/clinicas-dental-group-suspensas=f667416>>;

⁴¹⁹ Fonte: <<http://www.cmjornal.xl.pt/nacional/sociedade/detalhe/utentes-do-sns-sao-discriminados.html>>;

⁴²⁰ Fonte: <<http://www.cmjornal.xl.pt/nacional/sociedade/detalhe/reguladora-investiga-clinica.html>>;

⁴²¹ Fonte: <<http://www.jornalmedico.pt/2015/01/13/ers-abre-processos-contra-hospitais-por-dificultarem-acesso-de-doentes-a-cuidados/>>;



3.4. TdC – Tribunal de Contas

3.4.1. Enquadramento



Em breves palavras o TdC⁴²² é o órgão supremo, responsável pelo controlo e fiscalização da legalidade ou integridade das despesas públicas e de julgamento (responsabilidades financeiras). Abarca todo o sector público administrativo: nacional, regional e local (Moreno, 2010:87-90, 92).

O trabalho do TdC assenta numa metodologia de auditoria externa financeira⁴²³ das contas públicas e na fiscalização⁴²⁴ da gestão do dinheiro público, como sendo um organismo de **prevenção** e **detecção** de irregularidades nas contas públicas. De prevenção porque fiscaliza as finanças e os gastos públicos no que respeita a critérios de economia, eficiência e eficácia (3 E); de detecção porque remete para o MP⁴²⁵, processos em que se verifique indícios de ilícitos criminais no âmbito das contas públicas (SNI, 2012:16).

Nas palavras do anterior presidente do TdC (Guilherme d'Oliveira Martins) é unânime ao relatar que os seus pares europeus apontam o modelo português como o preferido, e isto deve-se a uma jurisdição completa, “(...) *somos integrados no poder judicial e as nossas decisões são sujeitas todas a recurso e o MP está presente em todas as secções*” (Entrevista ao ex-presidente do TdC, 2015).

Para prossecução da sua missão, o TdC é constituído por 3 Secções/Câmaras: a 1.ª Secção, aprecia e decide sobre os processos remetidos para fiscalização prévia e

⁴²² CRP: artigo 214.º (n.º 1) - Tribunal de Contas, “O Tribunal de Contas é o órgão supremo de fiscalização da legalidade das despesas públicas e de julgamento das contas que a lei mandar submeter-lhe (...)”;

⁴²³ Lei n.º 98/1997, de 26 de Agosto (LOPTC): artigo 55.º – Das auditorias;

⁴²⁴ Lei n.º 98/1997, de 26 de Agosto (LOPTC): capítulo IV–Das modalidades do controlo financeiro do TdC;

⁴²⁵ Lei n.º 60/1998, de 27 de Agosto (EMP): artigo 4.º (n.º1 alínea a) – Representação do Ministério Público; artigo 12.º (n.º1 alínea a) – Competência (do Procurador-Geral da República);

Lei n.º 98/1997, de 26 de Agosto (LOPTC): artigo 29.º - Intervenção do MP, “O Ministério Público é representado, junto da sede do Tribunal de Contas, pelo Procurador-Geral da República, que pode delegar as suas funções num ou mais dos procuradores-gerais-adjuntos”;



fiscalização concomitante⁴²⁶ (acompanhamento); a 2.ª Secção, controla, fiscaliza e audita as contas do Estado (incluindo a Segurança Social); a 3.ª Secção, encarregada do julgamento das responsabilidades financeiras (TdC, 2015:1).

Desta súmula, destaca-se então, a sua definição legal constante no artigo 1.º, n.º 1 da Lei de Organização e Processo do TdC (LOPTC): o TdC “(...) fiscaliza a legalidade e regularidade das receitas e das despesas públicas, aprecia a boa gestão financeira e efectiva responsabilidades por infracções financeiras”.

É portanto, um organismo independente⁴²⁷, dotado de autonomia administrativa e orçamental⁴²⁸, composto por um Presidente⁴²⁹ (nomeado) e por 16 juizes⁴³⁰ (o vice-presidente é eleito de entre os 16 membros, por escrutínio secreto⁴³¹) que desenvolve uma actividade de âmbito nacional (sede em Lisboa - Av. da República, n.º 65 e presença em duas secções regionais: uma, nas Regiões Autónomas dos Açores - Ponta Delgada, a outra, na Madeira – Funchal)⁴³².

Dentro das suas competências destacam-se o visto prévio⁴³³ (1.ª Secção) e a efectivação de responsabilidades financeiras⁴³⁴ (3.ª Secção), contudo são-lhe apontadas determinadas falhas. Em relação à primeira competência descrita, a principal falha apontada, está relacionada com a “(...) fiscalização meramente formal e

⁴²⁶ Exemplos: actos que implicarem despesas de pessoal, contratos que não devam ser remetidos para fiscalização prévia por força da lei, os contratos adicionais no âmbito de empreitadas de obras públicas já visadas, titulem a execução de trabalhos a mais ou de suprimento de erros e omissões (TdC, 2015)

⁴²⁷ Lei n.º 98/1997, de 26 de Agosto (LOPTC): artigo 7.º – Independência;

⁴²⁸ Lei n.º 98/1997, de 26 de Agosto (LOPTC): artigo 31.º – Autonomia administrativa e orçamental;

⁴²⁹ Ver em anexo: Figura 10 - Fotos dos titulares dos órgãos públicos;

⁴³⁰ Lei n.º 98/1997, de 26 de Agosto (LOPTC): artigo 14.º – Composição;

⁴³¹ Lei n.º 98/1997, de 26 de Agosto (LOPTC): artigo 17.º – Vice-presidente;

⁴³² CRP: artigo 214.º (n.º3) - Tribunal de Contas; LOPTC: artigo 3.º – Sede, secções regionais e delegações;

⁴³³ Lei n.º 98/1997, de 26 de Agosto: artigo 44.º e ss – Finalidade do visto. Fundamentos da recusa do visto.

O visto prévio consiste numa verificação dos actos, contratos e demais instrumentos geradores de despesa, antes de produzirem efeitos financeiros, de modo averiguar a sua conformidade/legalidade ou se os respectivos encargos têm cabimento (artigo 44.º), não produzindo quaisquer efeitos antes do visto, os valores superiores a 950 000€ (artigo 45.º n.º 4), excepto nos contratos celebrados por ajuste directo por motivos de urgência imperiosa (artigo 45.º n.º 5), e ainda, se respeitam os critérios de economia, eficiência e eficácia (3 E);

⁴³⁴ Lei n.º 98/1997, de 26 de Agosto (LOPTC): artigo 5.º (n.º1 alinea e)) – Competência material essencial, “Julgar a efectivação de responsabilidades financeiras de quem gere e utiliza dinheiros públicos (...)”; Lei n.º 98/1997, de 26 de Agosto (LOPTC): capítulo V – Da efectivação de responsabilidades financeiras;



legal sobre os contratos ou despesas (...)”, não se pronunciando sobre a viabilidade e sustentabilidade dos contratos, completando os seus estudos com meras recomendações; em relação à segunda competência, está relacionada com o cariz sancionatório (multa), demasiado reductor “(...) resumindo-se a meras infracções de carácter formal, procedimental ou de normas financeiras”⁴³⁵ (SNI, 2012:34-35).

Moreno (2010:93) refere que a aplicação de sanções pecuniárias é mais teoria do que prática, explicando que “A esmagadora maioria das infracções financeiras indiciadas nos relatórios de auditoria do tribunal nunca chega a ser julgada”, o que decifra o cariz sancionatório reductor mencionado no relatório SNI (2012:34-35).

Para além da sua maior competência ser a auditoria externa financeira ao Estado, o TdC pode ainda desenvolver auditorias de qualquer natureza (2ª Secção): à boa gestão financeira (3 E), ambiental, à utilidade social de serviços e organismos, da segurança social, etc., com vista a “(...) formular um juízo de valor sobre a transparência e a sustentabilidade das finanças públicas” (Moreno, 2010:90, 184).

Deste modo o TdC serve para garantir que os recursos públicos são utilizados da melhor maneira e “(...) não para fazer a apreciação de decisões políticas”, ou seja, verifica se a lei foi cumprida e de seguida “(...) se houve eficiência na utilização dos recursos” segundo palavras do ex-presidente do TdC, Guilherme d'Oliveira Martins (Entrevista ao ex-presidente do TdC, 2015).

3.4.2. Actividade realizada

No domínio deste sector tem efectuado diversas auditorias, evidenciando-se a “Auditoria ao Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde”, aos “Encargos do

⁴³⁵ Refere o relatório SNI (2012:35) que não há sancionamento da responsabilidade financeira, como por exemplo da má gestão dos dinheiros públicos;

Das várias responsabilidades financeiras sancionatórias e de outras infracções elencadas nos artigos 65.º e 66.º (respectivamente) do diploma em questão, é possível constar que as sanções apenas se referem à “violação das normas”, “retenção ou utilização indevida” e a aspectos procedimentais, cujos montantes das multas vão de 25 a 180 UC ou de 5 a 40 UC (respectivamente);



Estado com PPP na Saúde” e à consolidação das contas do SNS. Tem feito múltiplas recomendações, dirigido tanto aos responsáveis pelos Ministérios da Saúde e das Finanças, como para os gestores públicos deste sector, para que acautelem o desperdício, providenciando um melhor uso dos dinheiros públicos, apelando à economia, eficiência e eficácia financeira (3 E).

Como principais observações ao sector da saúde o TdC conclui o seguinte: em 2012 e 2013, as metas de cobrança de taxas moderadoras não foram alcançadas e os objectivos para a despesa com medicamentos não foram atingidos; no período 2010-2013, verificou-se uma diminuição de 11% nos custos operacionais dos hospitais, inferior à meta estabelecida, de 15%; a quota de medicamentos genéricos no mercado do SNS foi superada (TdC, 2015:8).

Tem ainda responsabilizado os diversos administradores hospitalares, através da reposição de verbas monetárias (reintegratória) ou a aplicação de pena de multa⁴³⁶ (sancionatória), pela má gestão ou das incongruências detectadas nas contas dos prestadores de saúde (como se pode verificar a título de exemplo na nota de rodapé n.º 515 [Pág. 192]).

Um dos objectivos estratégicos para o triénio 2014-2016 é *“Intensificar o controlo financeiro nas áreas de maior risco para as finanças públicas”* (TdC, 2015:1).

⁴³⁶ Moreno (2010:93) refere que *“A esmagadora maioria das infracções financeiras indiciadas nos relatórios de auditoria do tribunal nunca chega a ser julgada”*;



Tabela 11 - Manchetes de Jornais (TdC)

Manchetes de Notícias		Descrição Sumária
1.º	<i>Tribunal de contas acusa saúde de desperdiçar milhões</i> ⁴³⁷	Uma auditoria do TdC aos contratos do MS com a Cruz Vermelha Portuguesa, arrasa os acordos de cooperação assinados entre as suas entidades, criticando o protocolo celebrado em 2013 que custará ao Estado 7,6 milhões de euros. Fundamenta que os acordos não têm sido “(...) sustentada em estudos de análise custo-benefício” e a “(...) negociação não tem sido fundamentada em indicadores sobre a eficiência do SNS, nomeadamente em termos da utilização da capacidade instalada e de custos”. Em causa estão cirurgias cardiotorácicas, acusando aquele hospital de praticar preços elevados.
2.º	<i>Tribunal de Contas questiona acções da DGS no ramo imobiliário</i> ⁴³⁸	Um relatório do TdC detectou investimentos financeiros da DGS de 4500 acções numa empresa do ramo imobiliário, para os quais não encontrou qualquer “justificação”, bem como depósitos no valor de 8389,35 euros em contas abertas na banca comercial (CGD), não revelados na contabilidade, pagamentos indevidos “(...) através do fundo maneio, despesas que não eram urgentes e inadiáveis”, apurando ainda que a DGS “(...) não dispõe de um manual de procedimentos e de controlo interno”.
3.º	<i>Orçamento do SNS pagou dívida bancária e diminuiu recursos para cuidados de saúde</i> ⁴³⁹	O TdC identificou o pagamento de uma dívida bancária de um Agrupamento Complementar de Empresas (Somos Compras, ACE) no valor de 19,3 milhões de euros através do orçamento do SNS, em 2013, o qual reduziu os recursos destinados à produção de cuidados de saúde. Esta despesa do SNS resulta de encargos não decorrentes de contratos programa, ficando registado em termos contabilísticos nas verbas destinadas à aquisição de cuidados de saúde. Desta forma pretendia-se impossibilitar a sua identificação como verba destinada ao pagamento de uma dívida bancária. Para o TdC, a ACSS “(...) incorreu num erro material de contabilização e incumpriu o princípio da especificação, comprometendo o rigor e a transparência”.
4.º	<i>‘Buraco’ na saúde revelado pelo Tribunal de Contas</i> ⁴⁴⁰	Uma auditoria do TdC aos encargos dos 4 hospitais em modelo de PPP, refere não está a ser contabilizado, cerca de 6000 milhões de euros relativos a 20 anos de serviços clínicos, estimando que os encargos sejam de 10.445 milhões de euros, considerando o prazo de 30 anos. Concluiu que “(...) os encargos com os projectos PPP das grandes unidades hospitalares têm sido subestimados”.

Fonte: Elaboração própria

3.5. CPC – Conselho de Prevenção da Corrupção

3.5.1. Enquadramento



CONSELHO DE
PREVENÇÃO DA
CORRUPÇÃO

É uma entidade administrativa independente, autónoma, que desenvolve uma actividade de âmbito nacional de prevenção da corrupção e infracções conexas, a laborar em consonância com o TdC, partilhando a

⁴³⁷ Fonte: <<http://www.sep.org.pt/images/stories/sep/DOSSIER/2013/04/22abr13tribunalcontas.pdf>>;

⁴³⁸ Fonte: <http://www.jn.pt/PaginaInicial/Nacional/Interior.aspx?content_id=4954830&page=-1>;

⁴³⁹ Fonte: <<http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=837506&tm=6&layout=121&visual=49>>;

⁴⁴⁰ Fonte: <<http://expresso.sapo.pt/buraco-na-saude-revelado-pelo-tribunal-de-contas=f823232>>;



mesma liderança, que segundo alínea a) n.º 1 do artigo 2.º do DL n.º 54/2008 de 4 de Setembro, tem como principal competência entre outras, para *“Recolher e organizar informações relativas à prevenção da ocorrência de factos de corrupção activa ou passiva, (...) no exercício de funções na Administração Pública ou no sector público empresarial”*.

O seu principal objectivo é recolher e organizar informação para a elaboração de um relatório anual, onde conste a **identificação das actividades de risco** na AP e sector público empresarial e a **tipificação das ocorrências de risco**.

Dentro das suas atribuições⁴⁴¹ destacam-se as seguintes:

- Colabora na elaboração de códigos de conduta sob a solicitação das entidades públicas interessadas, na adopção de medidas internas susceptíveis de prevenir a ocorrência dos factos de corrupção e conexos;
- Colabora na promoção de acções de formação inicial ou permanente dos respectivos agentes para a prevenção e combate da corrupção e conexos;
- Coopera com os organismos internacionais em actividades orientadas aos mesmos objectivos.

Todos os organismos da AP e as autoridades de investigação e judiciais (nomeadamente o MP e Tribunais) devem colaborar e comunicar ao CPC, todas as ocorrências, relatórios, cópias de participações e denúncias, despachos finais de acusação ou arquivamento, das sentenças, entre outras informações relacionadas com o decurso das investigações de factos susceptíveis de integrarem o crime de corrupção⁴⁴². Assim, durante o ano de 2014, o CPC recebeu 6 comunicações judiciais da área da saúde (CPC, 2015a:5). Já durante o ano 2015, registou um aumento significativo, ascendendo a 21 comunicações judiciais recebidas (CPC, 2016:8).

⁴⁴¹ DL n.º 54/2008, de 04 de Setembro (CPC): artigo 2.º – Missão e atribuições;

⁴⁴² DL n.º 54/2008, de 04 de Setembro (CPC): artigo 9.º – Dever de colaboração com o CPC;



Esta entidade é dirigida pelo presidente do TdC coadjuvado por um conjunto de 7 elementos, com funções de altos cargos públicos⁴⁴³: Director-Geral do TdC/Secretário-Geral; o Inspector-Geral de Finanças; o Inspector-Geral das Obras Públicas, Transporte e Comunicações; Inspector-Geral da Administração Local; um magistrado do MP (designado pelo Conselho Superior do MP); um advogado (nomeado pelo conselho geral da Ordem dos Advogados); e por fim uma personalidade de reconhecido mérito nesta área (designado pelos restantes membros).

De referir que o meretíssimo Juiz Conselheiro Carlos Alberto Lourenço Morais Antunes⁴⁴⁴ é actualmente o presidente do CPC (partilhando a mesma presidência no TdC), que se encontra nestas funções desde 1 de Novembro de 2015, num mandato com duração de 4 anos⁴⁴⁵.

3.5.2. Actividade realizada

O CPC tem concentrado as atenções nas áreas da **contratação pública**, da **concessão de benefícios públicos**⁴⁴⁶ e de **gestão de conflitos de interesse público**⁴⁴⁷, e para tal elaborou duas importantes recomendações (abaixo descritas).

Ao abrigo da recomendação n.º 1/2009 do CPC, em todas as entidades do sector da saúde (bem como de outros organismos públicos)⁴⁴⁸, os órgãos dirigentes máximos estão obrigados a elaborar e divulgar o **plano de prevenção de riscos de corrupção e infracções conexas (PPRCIC)**, como medida preventiva, detecção e combate à corrupção cometidos pelos funcionários ao serviço do estado (independentemente da função).

⁴⁴³ DL n.º 54/2008, de 04 de Setembro (CPC): artigo 3.º – Composição;

⁴⁴⁴ Ver em anexo: Figura 10 - Fotos dos titulares dos órgãos públicos;

⁴⁴⁵ CRP: artigo n.º 214.º (n.º 2) – Tribunal de Contas;

CRP: artigo n.º 133.º (alínea m)) – Competência (do Presidente da República);

Está sujeito a designação pelo poder político, sendo nomeado e exonerado pelo Presidente da República, sob proposta do Governo (como também acontece para a PGR);

⁴⁴⁶ Recomendação n.º 1/2009 do CPC – Sobre os PPRCIC;

⁴⁴⁷ Recomendação n.º 5/2012 do CPC – Sobre a gestão de conflitos de interesses no sector público;

⁴⁴⁸ Entidades, serviços e organismos da Administração Pública Central e Regional, directa e indirecta, todos os municípios, incluindo o sector empresarial local;



Neste plano deve constar as várias áreas funcionais da entidade de saúde pública, as suas principais actividades, proceder ao levantamento de cenários adversos⁴⁴⁹ e atribuir o nível de risco, resultante da conjugação do grau de probabilidade de ocorrência com o nível de impacto e por fim referir medidas preventivas e impeditivas de corrupção. Deve ainda integrar neste plano mecanismos de acompanhamento e de **gestão de conflitos de interesses**, que devem estar publicitados e com a indicação das consequências legais. Com este mecanismo, cada entidade de saúde pública, deve identificar todas as potenciais situações geradoras de conflitos de interesse por áreas funcionais e classificadas entre os conflitos reais, aparentes ou potenciais.

Decorridos 5 anos após a recomendação n.º 1/2009, o CPC avaliou a aplicabilidade dos planos, através de um questionário junto das diferentes entidades públicas (responderam 643), concluindo que quase metade das entidades têm dificuldades na execução do plano, devido à “(...) *escassez de recursos humanos e (...) com conhecimentos e competências técnicas específicas na vertente da prevenção de riscos*” (CPC, 2015b:8, 19-23).

Ao abrigo da recomendação n.º 5/2012 do CPC, durante o ano 2012, deu especial atenção ao tema dos conflitos de interesses, elaborando um conjunto de propostas, para que todos os organismos pertencentes ao sector da saúde público (e demais organismos públicos), incluindo os próprios organismos de supervisão e de regulação do MS, criem e apliquem, medidas que previnam a ocorrência de conflitos de interesses, como por exemplo: “*Manuais de boas práticas e códigos de conduta; Identificação das situações concretas de conflitos de interesses e respectiva sanção aplicável aos infractores; Subscrição, por todos os trabalhadores, de declarações de inexistência de conflitos de interesse*”.

Dos relatórios de actividades do CPC (2013:8-14; 2015:8-15) consultados, é referido que deu especial atenção à aplicação das recomendações, realizou visitas

⁴⁴⁹ Ver em anexo: Tabela 34 - Exemplo de tipificação de cenários adversos por área funcional;



pedagógicas⁴⁵⁰ aos vários organismos do sector público (pretendendo dar-lhes continuação), vulgo, organismos de saúde do sector público⁴⁵¹, afim de se informar sobre a aplicabilidade dos PPRCIC. É também mencionado que foram reencaminhadas diversas denúncias para a PGR que chegaram ao CPC, enquadradas em alegados casos de corrupção. Das acções de formação e participação em seminários e eventos, consta que o CPC participou na conferência organizada pela IGAS e pela PJ, sob o tema “*Combate à fraude no SNS - partilhar experiências, aprofundar a colaboração e melhorar os sistemas*”, e ministrou quatro acções de formação no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, sob o tema “*Caracterização e prevenção de Riscos de Corrupção e ilícitos conexos*”.

Tabela 12 - Manchetes de Jornais (CPC)

Manchetes de Notícias		Descrição Sumária
1.º	<i>Conselho para a corrupção pede “nomeação atempada” das comissões de acompanhamento de privatizações</i> ⁴⁵²	O CPC quer investigar as áreas em que o actual Governo se tem mostrado mais activo. Entre as actividades planeadas para 2014 está o “(...) <i>acompanhamento dos processos de privatizações</i> ”. O presidente do CPC, Guilherme d'Oliveira Martins, “(...) <i>aconselhou os deputados a “(...) dar resposta” às recomendações do grupo internacional GRECO</i> ”, lembrando ainda o polémico tema do enriquecimento ilícito. O CPC tem um orçamento de 161 mil euros, quase totalmente destinado a cobrir as despesas com o pessoal, que é composto por dois técnicos superiores e uma assistente técnico.
2.º	<i>Contratos por ajuste directo devem ser reduzidos, alerta Conselho de Prevenção da Corrupção</i> ⁴⁵³	No dia 7 Janeiro de 2015, o CPC emitiu uma recomendação sobre a necessidade de prevenir riscos de corrupção na contratação pública, entre as quais: “ <i>Reduzir o recurso ao ajuste directo, (...) a existência de recursos humanos com formação adequada para a elaboração e aplicação das peças procedimentais, (...) garantir a transparência (...) nomeadamente através de plataformas electrónicas</i> ”. Outra medida é assegurar “(...) <i>o funcionamento dos mecanismos de controlo de eventuais conflitos de interesses</i> ”.

Fonte: Elaboração própria

⁴⁵⁰ Constante no Ponto 3. da Recomendação n.º 1/2009 do CPC;

⁴⁵¹ Entidades visitadas em 2012: ARS de Lisboa e Vale do Tejo, Centro Hospitalar Lisboa Norte, IPO de Lisboa Francisco Gentil, Ordem dos Farmacêuticos;
Entidades visitadas em 2014: Centro Hospitalar Lisboa Ocidental;

⁴⁵² Fonte: <<http://www.publico.pt/politica/noticia/conselho-para-a-corupcao-pede-nomeacao-atempada-das-comissoes-de-acompanhamento-de-privatizacoes-1620695>>;

⁴⁵³ Fonte: <http://www.jornaldenegocios.pt/economia/detalhe/contratos_por_ajuste_directo_devem_ser_reduzidos_alerta_conselho_de_prevencao_da_corupcao.html>;



3.6. PGR – Procuradoria-Geral da República

3.6.1. Enquadramento



MINISTÉRIO PÚBLICO
PORTUGAL
EM DEFESA DA LEGALIDADE DEMOCRÁTICA

A Procuradoria-Geral da República (PGR) é o órgão superior do Ministério Público⁴⁵⁴, sendo presidido pelo Procurador-Geral da República⁴⁵⁵, neste caso actual, presidido pela Procuradora-Geral da República Dr.ª Joana Marques Vidal⁴⁵⁶, que tomou posse em 12 de Outubro de 2012, para um mandato de 6 anos⁴⁵⁷.

O cargo de Procurador-Geral da República está sujeito a designação pelo poder político, sendo nomeado e exonerado pelo Presidente da República, sob proposta do Governo⁴⁵⁸ (como também acontece para TdC).

Para além da PGR, são órgãos intermédios do MP as Procuradorias-gerais Distritais⁴⁵⁹ (PGD), que são 4, com sede em: Lisboa, Porto, Coimbra e Évora, onde exercem funções os procuradores-gerais-adjuntos, e por fim, os órgãos de base são as procuradorias da República⁴⁶⁰ (PR), onde exercem funções o(s) Procuradore(s) da República e os Procuradores-adjuntos.

Na dependência dos órgãos da PGR (Procurador-Geral da República, o Conselho Superior do Ministério Público, o Conselho Consultivo, os auditores jurídicos e os serviços de Apoio Técnico e Administrativo⁴⁶¹), funcionam entre outros departamentos, o Departamento Central de Investigação e Acção Penal⁴⁶² (DCIAP).

O DCIAP é um serviço especializado e interdisciplinar do MP, responsável pela coordenação da direcção da investigação de uma multiplicidade complexa de crimes,

⁴⁵⁴ CRP: artigo 220.º (n.º1) – Procuradoria-Geral da República;

Lei n.º 60/1998, de 27 de Agosto (EMP): artigo 9.º (n.º1) – Estrutura (PGR);

⁴⁵⁵ CRP: artigo 220.º (n.º2) – PGR / Lei n.º 60/98, de 27 de Agosto (EMP): artigo 11.º e 12.º (n.º 1, alínea a));

⁴⁵⁶ Ver em anexo: Figura 10 - Fotos dos titulares dos órgãos públicos;

⁴⁵⁷ Lei n.º 60/98, de 27 de Agosto (EMP): artigo 131.º (n.º 2) – Nomeação e exoneração do Procurador (...);

⁴⁵⁸ CRP: artigo 133.º (alínea m)) – Competência (Presidente da República) e artigo n.º 220.º (n.º 3) - PGR;

⁴⁵⁹ Lei n.º 60/98, de 27 de Agosto (EMP): artigo 7.º (alínea b)) – Órgãos (MP) e artigo 55.º -Estrutura (PGD);

⁴⁶⁰ Lei n.º 60/98, de 27 de Agosto (EMP): artigo 7.º (alínea c)) – Órgãos (MP) e artigo 60.º - Estrutura (PR);

⁴⁶¹ Lei n.º 60/98, de 27 de Agosto (EMP): artigo 9 (n.º 2) – Estrutura (da PGR);

⁴⁶² Lei n.º 60/98, de 27 de Agosto (EMP): artigo 9 (n.º 3) – Estrutura (da PGR);



neles se incluem alguns que foram referidos ao longo deste trabalho, como a **corrupção, o peculato e a fraude**⁴⁶³ (criminalidade altamente organizada - artigo 1º alínea m) do CPP).

Um relatório da PGR (2011:103) vem a referir que o legislador foi inovador em criar na PGR um departamento com uma multiplicidade de competências como é o DCIAP, mas falhou num aspecto, “(...) *na municação dos meios humanos*⁴⁶⁴, *técnicos e tecnológicos fundamentais e necessários ao desenvolvimento do departamento*”, principalmente para a eficácia e eficiência da prossecução da sua missão.

3.6.2. MP – Ministério Público

O MP é o órgão do Estado encarregado de representar o Estado, defender a legalidade democrática, defender os interesses que a lei determinar e exercer a acção penal⁴⁶⁵, sendo coadjuvado pelos Órgãos de Polícia Criminal (OPC)⁴⁶⁶. Encontra-se representado em todos os tribunais⁴⁶⁷.

Esta função de defesa de interesses e direitos que lhe são atribuídos, assegurando o garante da legalidade, estão aliados “(...) *à defesa do ambiente e ordenamento do território, à defesa do património cultural e aos direitos sociais e individuais dos estratos mais desfavorecidos e desprotegidos da sociedade, como os trabalhadores, os menores, os incapazes e a terceira idade*” (De Azevedo e Dias, 2008:15).

A sua grande característica reside no seu “(...) *poliformismo e o conjunto vasto, heterogéneo e transversal das suas atribuições e competências*”, exercendo a sua acção nas áreas: constitucional, cível, penal, família e menores, laboral, administrativa e fiscal (De Azevedo e Dias, 2008:51, 53, 67).

⁴⁶³ Lei n.º 60/98, de 27 de Agosto (EMP): artigo 47.º (n.º 1) – Competência (do DCIAP);

⁴⁶⁴ Início de 2014: 7 Procuradores-adjuntos, que coadjuvam 20 Procuradores da República (DCIAP, 2014:1);

⁴⁶⁵ Lei n.º 60/98, de 27 de Agosto (EMP): artigo 1 – Definição; CRP: artigo 219.º - Funções e estatuto (MP);

⁴⁶⁶ Lei n.º 60/98, de 27 de Agosto (EMP): artigo 3 (n.º 3) – Competência;

⁴⁶⁷ Lei n.º 60/98, de 27 de Agosto (EMP): artigo 4 – Representação do Ministério Público;



Genericamente compete-lhe sobretudo receber queixas e denúncias dos interessados ou de forma indirecta através dos OPC, abrir o processo-crime, dirigir a investigação na recolha da prova junto dos OPC ou participar directamente na recolha da prova, como por exemplo inquirir as partes envolvidas, e por fim, analisar e avaliar a(s) prova(s) recolhida(s) e decidir se são suficientes para acusar o(s) suspeito(s)⁴⁶⁸.

Assim verifica-se que a actuação do MP é transversal a todo o processo penal, competindo-lhe “(...) colaborar com o tribunal na descoberta da verdade e na realização do direito” (art. 53.º, n.º 1 do CPP), e como conclui De Azevedo e Dias (2008:53) assume ainda funções diferenciadas, “(...) posicionando-se ora no processo, ora como autor, ora como réu, ora, ainda, como *amicus curiae*”⁴⁶⁹

A organização do MP apresenta uma estrutura hierarquizada, no topo da qual se encontra o Procurador-Geral da República, seguindo-se o Vice-Procurador-Geral da República, os procuradores-gerais-adjuntos, os procuradores da República e na base os procuradores-adjuntos⁴⁷⁰. Está colocado e exerce funções nos Departamentos de Investigação e Acção Penal (DIAP) em todas as instâncias judiciais, cuja estrutura e competência estão descritos nos artigos 72.º e 73.º do seu estatuto.

3.6.3. Actividade realizada

No âmbito desta temática, a PGR tem vindo a desenvolver conferências sob o tema “O Ministério Público e o Combate à Corrupção”, onde intervêm magistrados do MP, juízes, advogados, sociólogos (Relatório da PGR, 2011:114), criou o “Manual de boas práticas no combate à corrupção”, disponível no sítio da internet em: <http://dciap.pgr.pt/Estudos/00_01%20-%20Titulo/Default.html>, onde também consta um conjunto de vídeos elucidativos e pedagógicos sobre o fenómeno da corrupção.

⁴⁶⁸ CPP: artigo n.º 283.º - Acusação pelo Ministério Público;

⁴⁶⁹ Significa amigo da corte, pode-se entender como amigo do Tribunal, ou em sentido amplo, amigo da justiça, que colabora, coordena ou coopera;

⁴⁷⁰ Lei n.º 60/98, de 27 de Agosto (EMP): artigo 8 – Agentes do Ministério Público;



Tem apreciado as diversas denúncias dos cidadãos, sobre casos suspeitos de corrupção apresentados na «Plataforma de denúncias»⁴⁷¹, abrindo caminho a outras investigações.

Já no início de 2015, em três processos⁴⁷² distintos (encerramento do inquérito), foram acusados diversos indivíduos por fraude ao SNS. Em ambos os processos, os arguidos acusados adquiriam medicamentos de elevado valor e com alta taxa de comparticipação em farmácias, através de receitas médicas falsas/forjadas, para posteriormente serem reintroduzidos no mercado nacional ou internacional. Num dos casos foram acusados 14 arguidos (9 médicos, 2 farmacêuticos, 1 DIM e uma sociedade detentora de farmácia), no outro caso, foram acusados 9 arguidos (3 médicos, 1 farmacêutico, 1 DIM, 2 técnicos de farmácia, 1 empresário ligado à indústria farmacêutica e 1 reformado por invalidez), e por último, estão acusados 4 arguidos (1 médico, 1 farmacêutica, 1 DIM e uma sociedade comercial) (DCIAP, 2015:1, 7, 18)⁴⁷³.

Tabela 13 - Manchetes de Jornais (PGR)

Manchetes de Notícias	Descrição Sumária
1.º <i>Site da PGR recebeu mais de 5700 denúncias de corrupção em três anos</i> ⁴⁷⁴	O sítio oficial da PGR para denúncia de factos de corrupção, recebeu em 3 anos (2010-2013) 112.700 visitas, obtendo “ <i>Mais de 5700 denúncias de actos de corrupção e fraude (...)</i> ”. Contudo a PGR estima que “ <i>(...) pelo menos 80% das denúncias apresentadas não se enquadram no crime de corrupção e fraude fiscal</i> ”. As denúncias relatam factos que indiciam ilícitos na AP relacionadas com “ <i>(...) tráfico de influências, peculato, participação económica em negócios e corrupção, além de fraude fiscal em empresas</i> ”. Paulo Morais (vice-presidente da TIAC) refere que a existência desta página é “ <i>positiva</i> ”, mas “ <i>praticamente inócua</i> ”.

Fonte: Elaboração própria

⁴⁷¹ Acessível através do link: <<https://simp.pgr.pt/dciap/denuncias/>>;

⁴⁷² NUIPC – 2267/11.0 JFLSB (DCIAP);

NUIPC – 25/13.6 TELSB (DCIAP);

NUIPC – 29/13.9 TELSB (DCIAP);

⁴⁷³ Acessível no portal oficial do DCIAP em: <http://dciap.pgr.pt/textos/ANO_2015.pdf>;



3.7. PJ – Polícia Judiciária

3.7.1. Enquadramento

A Polícia Judiciária (PJ) define-se como um corpo superior de polícia criminal, tendo por missão nos termos da sua Lei Orgânica⁴⁷⁵, coadjuvar as autoridades judiciais na investigação, desenvolver e promover as acções de prevenção, detecção e investigação da sua competência ou que lhe sejam cometidas pelas autoridades judiciais competentes.



A Lei de Organização da Investigação Criminal (LOIC), lei que no âmbito de um processo criminal, distingue as competências genéricas e específicas de investigação de crimes de cada OPC, confere à PJ um lugar de destaque, na competência reservada⁴⁷⁶ (não pode ser deferida a outros OPC) para investigação de crimes de elevada complexidade e de maior danosidade social como os crimes de corrupção e conexos⁴⁷⁷, entre outros. Todos eles enquadram-se na criminalidade altamente organizada (art. 1.º alínea m) do CPP), sendo a PJ dotada de autonomia técnica e tática necessária, com elementos humanos competentes e materiais técnicos de maior qualidade, para a recolha da prova e para a descoberta do autor do ilícito bem como o estabelecimento denexo de causalidade entre o autor e o acto.

A Unidade Nacional de Combate à Corrupção (UNCC) é uma unidade da PJ em matéria de atribuições de investigação criminal, com competência para investigar crimes de corrupção e conexos⁴⁷⁸.

⁴⁷⁴ Fonte: <<http://www.publico.pt/local/noticia/site-da-pgr-recebeu-mais-de-5700-denuncias-de-corrupcao-em-tres-anos-1616432>>;

⁴⁷⁵ Lei n.º 37/2008, de 06 de Agosto (Orgânica da PJ): artigo 2.º - Missão e atribuições;

⁴⁷⁶ Lei n.º 49/2008, de 27 Agosto (LOIC): artigo n.º 5 – Incompetência em matéria de investigação criminal;

⁴⁷⁷ Lei n.º 49/2008, de 27 Agosto (LOIC): artigo n.º 7 – Competência da PJ em matéria de investigação criminal;

⁴⁷⁸ DL n.º 42/2009, de 12 de Fevereiro (Competências das unidades da PJ): artigo 9 – UNCC;



Notícias referem que esta unidade sofre da falta de meios humanos⁴⁷⁹ (com cerca de 100 inspectores para mais de 4600 processos-crime) e meios materiais decadentes para desenvolver o trabalho (Jornal Sol, 2014; Diário de Notícias, 2014b)⁴⁸⁰.

O actual Director Nacional da PJ é José Maria Almeida Rodrigues⁴⁸¹, funções que desempenha desde Maio de 2008, em “(...) comissão de serviço por um período de três anos, renovável por iguais períodos”⁴⁸², nomeado por despacho conjunto do Primeiro-ministro e do membro do Governo responsável pela área da Justiça.

3.7.2. Actividade operacional

Ao longo destes últimos 4 anos, este organismo de investigação criminal em cooperação com o MS, tem orientado parte da sua operacionalidade para o combate à corrupção no sector da saúde, intensificando-a desde Janeiro de 2012 com o protocolo assinado entre o MJ/MS.

Segundo o Relatório Anual de Segurança Interna, durante o ano 2014, foram realizadas 59 buscas, 33 detenções, constituídos 148 arguidos e inquiridos mais de 250 testemunhas (RASI, 2015:199).

Numa conferência realizada no edifício sede da PJ, em Maio de 2016, foi relatado que desde 2012 até aquela data, a UNCC “(...) realizou 451 buscas em hospitais, consultórios médicos, farmácias e residências, e deteve 66 pessoas, entre as quais médicos, farmacêuticos, delegados de informação, entre outras pessoas que colaboraram nas fraudes” (Jornal Público, 2016a)⁴⁸³.

⁴⁷⁹ Ver em anexo: Tabela 33 - Recursos humanos da PJ afectos à investigação e à UNCC (2008-2010);

⁴⁸⁰ Acessível através dos sítios da internet em: <<http://www.sol.pt/noticia/119978>>;

<<http://www.mynetpress.com/pdf/2014/dezembro/201412203afc53.pdf>>;

⁴⁸¹ Ver em anexo: Figura 10 - Fotos dos titulares dos órgãos públicos;

⁴⁸² Lei n.º 37/2008, de 06 de Agosto (Orgânica da PJ): artigo 39.º - Director Nacional;

⁴⁸³ Notícia acessível através do sítio da internet: <<https://www.publico.pt/sociedade/noticia/estado-poupou-milhoes-com-medicamentos-apos-operacoes-da-pj-de-combate-a-fraude-1732190?page=-1>>;



Na sua área de actuação já realizou inúmeras operações neste sector e que a imprensa escrita e audiovisual tem sido incansável a destacar⁴⁸⁴:

EsquizaFarma I e II: é uma operação contínua que se iniciou em 2010, relacionada com esquemas que promovia a prescrição abusiva de medicamentos comparticipados a 100% (alguns a custar 200 euros), envolvendo uma rede de médicos e farmacêuticos. Em 2011 já produzia efeitos, com a detenção de 8 indivíduos. Foram sinalizadas a nível nacional zonas críticas, com Trás-os-Montes e Minho no topo das preocupações das irregularidades detectadas no circuito do medicamento;

SOS Farmácias: a mega operação da PJ com a colaboração da Autoridade Tributária em 2011, com buscas em trinta farmácias e residências, num esquema de compra ilegal de farmácias com recurso a registos falsos (através de outras pessoas e empresas) e crédito bancário, fazendo ainda vendas fictícias de fármacos para receber participações, envolvendo um elevado número de suspeitos, entres eles, dois farmacêuticos e donos de várias farmácias (principais), indiciados pelas práticas de branqueamento de capital, burla, fraude fiscal e associação criminosa, avaliada em cerca de 100 milhões de euros, que culminou com a apreensão de jóias, um iate, obras de arte e catorze carros de luxo;

Remédio Santo I: a operação teve lugar em Junho de 2012 e fez 10 detenções, envolvia médicos e farmacêuticos, com recurso a esquemas de participações fraudulentas de medicamentos, estimando lesar o Estado em cerca de 200 mil euros;

Remédio Santo II: segunda operação teve lugar em Dezembro de 2012, a casos já sinalizados pela operação anterior, com a detenção de quatro suspeitos, num esquema de burla que durou cerca de 3 anos. Depois de comparticipados, os medicamentos

⁴⁸⁴ A informação recolhida tem por base o cruzamento da informação de vários jornais: Correio da Manhã (2014), Jornal SOL (2013), Jornal i (2013), Jornal Público (2013a), Jornal Observador (2014), Jornal Público (2016a);

Foram feitos vários pedidos de informações à PJ de forma a conhecer os nomes das operações, n.º de detidos e autor do crime (médico, farmacêutico, outro), mas em resposta ao pedido, evocou sempre o segredo de justiça e profissional (nos termos do artigo 13.º da Lei Orgânica da PJ e artigo 182.º do CPP);



eram reintroduzidos no mercado português ou enviados para mercados europeus ou africanos. São já 16 arguidos, entre os quais contam-se: 6 médicos, 7 DIM(s), 1 Ex-DIM, 1 empresário e um comerciante. Dos condenados, 13 tiveram penas de prisão efectiva. O MP pede uma indemnização de 4 milhões de euros a favor das cinco ARS;

Receitas a Soldo: a operação teve lugar em Fevereiro de 2013 e fez 5 detenções (médicos e farmacêuticos), com recurso a esquemas fraudulentos de emissão de receitas (prescreviam com o desconhecimento dos pacientes, alguns já falecidos), envolvendo medicamentos caros, com vista a receber a comparticipação do Estado, estimando lesar o Estado em mais de 1 milhão de euros;

Prescrição de risco: a operação teve lugar em Julho de 2013 e fez 7 detenções (3 médicos, 2 farmacêuticos, 1 DIM e 1 empresário), quatro delas ficaram em prisão preventiva, num esquema fraudulento no circuito do medicamento, de elevada comparticipação pelo Estado. Seriam depois enviados para o mercado clandestino de exportação. Grande parte das buscas decorreu na farmácia do hospital de Santa Maria em Lisboa.

Não há remédio: a operação teve lugar em Fevereiro de 2014, com onze buscas domiciliárias e não domiciliárias, que envolveu 4 profissionais de saúde (1 médico, 2 farmacêuticos e 1 DIM), num esquema fraudulento que consistia na apresentação de receitas médicas falsas relativas a medicamentos com elevadas taxas de comparticipação do Estado e ainda a prescrição de opiáceos (analgésicos) sujeitos a prescrição médica;

Consulta Vicentina: a operação teve lugar em Janeiro de 2014 após dois anos de investigação, fez 10 detenções (6 médicos, dois deles de nacionalidade colombiana e outra francesa, e o resto farmacêuticos) durante as 33 buscas (Porto, região Centro, Lisboa e Algarve) a casas, farmácias e consultórios médicos, indiciados pelos crimes de falsificação de documentos, burla qualificada, corrupção e associação criminosa. O esquema consistia na falsa prescrição e comparticipação de medicamentos (não chegavam a ser vendidos a qualquer paciente). O principal detalhe para suspeitas de



corrupção, foi que as farmácias envolvidas estarem em sítios pequenos mas tinham facturação semelhante às farmácias das grandes cidades.

Tabela 14 - Manchetes de Jornais (PJ)

Manchetes de Notícias		Descrição Sumária
1.º	<i>Buscas no Hospital Militar por suspeitas de corrupção</i> ⁴⁸⁵	A PJ Militar fez buscas no Hospital Militar e em várias clínicas de urologia, bem como residências de médicos e escritórios de contabilidade. Há suspeitas de corrupção e desvio de pacientes com cancro "(...) para hospitais e clínicas particulares com ganhos para os médicos envolvidos".
2.º	<i>PJ deteve quatro pessoas ligadas ao ramo farmacêutico por burla ao SNS</i> ⁴⁸⁶	A PJ no âmbito de uma investigação de fraudes ao SNS, procedeu à detenção de quatro pessoas com ligações ao ramo farmacêutico por burla ao Estado através da falsificação de receitas. Este esquema fraudulento permitiu obter "(...) lucros ilícitos através da apresentação em farmácias de receituário contrafeito referente a medicamentos com elevada taxa de participação". Foi apreendido diverso material: "(...) receituário, medicamentos, dinheiro em numerário, armas e munições, bem como material informático e de comunicações".
3.º	<i>Operações de combate à fraude apanharam 67 pessoas e mais de 300 milhões</i> ⁴⁸⁷	Durante o ano 2014, a PJ no âmbito do combate à fraude ao SNS, realizou 10 operações, que resultaram em 67 arguidos e inquiridos mais de 400 testemunhas. Nesse ano a PJ recebeu várias comunicações de fraude do MS: o INFARMED efectuou 11 e o CCF efectuou 7 participações.

Fonte: Elaboração própria

4. Metodologia e dados estatísticos

A metodologia é a explicação minuciosa, detalhada, rigorosa e exacta de toda acção desenvolvida no método do trabalho de investigação (Fortin, 2000).

No presente capítulo procurar-se-á:

- Delinear a investigação de modo a ir ao encontro dos objectivos propostos;
- Caracterizar o tipo de investigação;
- Descrever a forma como foram obtidos os dados estatísticos; e,
- Apresentar e analisar os resultados.

⁴⁸⁵ Fonte: <<http://expresso.sapo.pt/buscas-no-hospital-militar-por-suspeitas-de-corrupcao=f857928>>;

⁴⁸⁶ Fonte: <http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=4508160>;

⁴⁸⁷ Fonte: <<http://www.ionline.pt/273265>>;



4.1. Delineamento da investigação

Recapitular que a principal inspiração para este trabalho, partiu das constantes notícias divulgadas pelos órgãos de comunicação social (escrita e audiovisual), que dão conta de um conjunto de factos ilícitos e irregularidades verificados no sector da saúde em Portugal, cometidos pelos mais variados actores. Face ao exposto definiu-se os seguintes objectivos para este trabalho exploratório:

- Visitar as entidades de supervisão, regulação, judiciais e de investigação, descritas na abordagem teórica e solicitar o fornecimento de informações, documentos e relatórios ou através das suas páginas de internet oficiais;
- Através desses documentos facultados e de outra bibliografia pesquisada, explorar, identificar e dar a conhecer os principais ilícitos de natureza criminal cometidos pelos diversos actores em sentido amplo neste sector (público, privado ou social), bem como dar a conhecer as principais condutas e irregularidades que conduzem a esses ilícitos;
- Compilar as várias notícias divulgadas pelos diferentes órgãos de comunicação social integrando-as nos vários assuntos retratados na análise documental, servindo de complemento e de cruzamento à documentação de natureza oficial.

4.2. Caracterização do tipo de investigação

Este estudo exploratório caracteriza-se por utilizar o método de análise documental⁴⁸⁸.

De salientar que foi enviada uma entrevista⁴⁸⁹ (escrita) por correio electrónico para o Ministro da Saúde, Dr. Paulo José de Ribeiro Moita de Macedo, no qual este método se exclui, por não se ter obtido qualquer resposta nas duas tentativas de contacto⁴⁹⁰.

Deste modo, os ilícitos, práticas/conduitas e irregularidades verificados no sector da saúde em Portugal, são explorados e identificados através de um conjunto de

⁴⁸⁸ Técnica de recolha de dados que consiste na análise e consulta de dossiers e outra documentação sobre um determinado tema ou assunto a explorar;

⁴⁸⁹ É uma sessão de perguntas e respostas destinada a obter informações específicas. As entrevistas podem ser não estruturadas (ou seja, com perguntas em aberto) ou estruturadas (perguntas fechadas);

⁴⁹⁰ Ver perguntas em anexo: Tabela 35 - Entrevista ao Ministro da Saúde;



documentos de base teórica (abordagem qualitativa), disponibilizados quer pelas entidades oficiais de supervisão (IGAS, ACSS/CCF), regulação (ERS) e judiciais/investigação (TdC/CPC, PGR/MP, PJ), quer nos sítios oficiais de internet dessas mesmas entidades, quer através de outra bibliografia pesquisada, diplomas legais ou ainda de notícias divulgadas pelos *Média*.

Integra ainda a base estatística⁴⁹¹ (abordagem quantitativa), informação essa, que foi solicitada à PGR e à DGPJ (entidade oficial responsável pela estatística no sector da justiça).

Fora deste estudo, ficaram as seguintes entidades, umas ligadas ao sector administrativo da saúde, outras ligadas quer à defesa dos interesses dos profissionais quer à dos pacientes, e ainda outras ligadas à esfera das condutas menos éticas, sendo apenas mencionadas em sentido estrito: ARS, Serviços Partilhados do MS, Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros, Sindicatos, INFARMED, Provedor de Justiça, Organismos Especializados de Combate à Corrupção, que são um estímulo para futuras investigações.

Não é finalidade deste estudo dar a conhecer os principais ilícitos e irregularidades cometidos por cada autor (profissionais de saúde, paciente ou outros), sendo apenas mencionados em sentido lato, pois carece de uma investigação ainda mais profunda e de um tratamento estatístico profundo no relacionamento dos vários indicadores, mas sim, o objectivo de dar a conhecer as principais práticas ilícitas (*modus operandi*) e irregularidades que são **actualmente** frequentes no sector da saúde (sendo predominante o sector público) e, em especial, abordar o fenómeno da corrupção neste sector (descritos no subcapítulo 2.2.2).

Face ao exposto, a compilação dos vários casos de corrupção é feita através de um conjunto vasto de notícias dos *Média*, procurando exemplificar as várias condutas que

⁴⁹¹ Técnica de análise de dados utilizada para descrever fenómenos de forma concisa e instrutiva. Também pode ser utilizada para testar relações entre variáveis ou para generalizar os resultados a uma população (designada por Universo, pode ser finita ou infinita);



dão lugar às irregularidades e possíveis ilícitos, acontecendo o mesmo para os ilícitos da prática médica e para as várias entidades referidas.

4.3. Forma de obtenção dos dados teóricos e estatísticos

Para o desenvolvimento deste trabalho, exigiu uma ampla selecção e consulta a diversas obras literárias, artigos científicos, acórdãos das entidades judiciais e documentos/relatórios produzidos pelas entidades supervisoras/inspectivas públicas de saúde, associados a cada um dos assuntos (ilícitos da prática médica, do fenómeno da corrupção e das entidades de supervisão, inspecção, regulação e judiciais), integrando ainda um vasto leque de notícias: jornais nacionais (escrita e audiovisual), reportagens de investigação e entrevistas, todos de domínio público.

Para recolha dos vários acórdãos, foi utilizada a base de dados da internet de jurisprudência portuguesa, a saber: <http://www.dgsi.pt/>.

Em relação ao vasto leque de notícias e reportagens aqui descritas, a sua obtenção foi feita através de uma redobrada atenção aos jornais diários, aos noticiários dos vários canais televisivos, e ainda, através da ferramenta de pesquisas de notícias na internet: <http://noticias.esquillo.com/>, e das capas dos últimos títulos dos jornais: <http://www.jornaisdodia.com/>.

Quanto à obtenção de dados estatísticos, revelou-se ser a fase que mais limitações trouxeram ao trabalho, provocando alguma morosidade. Apesar de se ter conseguido alguns dados estatísticos através da prestigiada PGR e junto da DGPJ, chega-se à conclusão que foi uma «perda de tempo». Isto porque, ou os dados não estavam estratificados pelos diversos anos (dados da PGR), ou os dados estavam protegidos pelo segredo estatístico (dados da DGPJ), incapaz de se fazer uma 'radiografia' ao sector, como a pretensão de saber nos crimes no âmbito da prática médica, qual o grupo profissional de saúde que cometeu mais crimes ou qual o ano em que se registaram mais processos-crime.

O quadro que se segue dá uma panorâmica, sobre as solicitações de dados/informações às várias entidades:



Tabela 15 - Solicitação de informações às entidades

Entidade	Data	Forma	Descrição	Observações
IGAS	2013/03/13	Presencial	Solicitação de dados sobre a temática da corrupção.	Deu indicações sobre as principais áreas de riscos no sector. Facultou o relatório de actividades de 2012.
	2014/08/31	E-mail	Pedido do relatório de auditoria realizada aos PPRCIC dos prestadores de saúde.	Foi facultado o relatório IGAS n.º 49/2013, elaborado no âmbito do processo n.º 18//2011-Aud.
	2014/10/16	Presencial	Pedido do relatório que foi noticiado ⁴⁹² na RTP1 de uma inspecção sobre a emissão, distribuição e venda de vinhetas.	Foi consultado e facultado partes do relatório IGAS n.º 320/2010-Ins, elaborado no âmbito do processo n.º 42/10-INS.
	2015/06/30	E-mail	Pedido do relatório de actividades de 2014.	Foi facultado o relatório de actividades de 2014.
ACSS	2013/09/26	Presencial	Pedido dos relatórios de actividades do CCF (2010-2014) e dados estatísticos com as principais irregularidades/erros detectados no processamento de facturas.	Em resposta ao solicitado, via e-mail esclarece o seguinte: "(...) não é exequível aferir da possibilidade de resposta à sua pretensão, no prazo legal de 10 dias tal como dispõe o n.º 1 do artigo 14.º da Lei n.º 46/2007, de 24 de Agosto. (...) mostra-se necessário prorrogar, (...) o prazo de resposta por mais 15 dias". Após a insistência no pedido, não mais se obteve resposta.
CCF	2013/09/02	Presencial	Pedido de documentos de base estatística e relatórios, com as principais irregularidades/erros detectados no processamento de facturas e de situações que podem consubstanciar um crime.	Em resposta através de email, referiu "(...) que devido ao carácter sigiloso da informação pedida, não podemos aceder ao solicitado. Informamos adicionalmente que essa informação deve ser requerida junto da SPMS".
	2015/04/17	E-mail	Pedido do relatório de actividades referente a 2014.	Em resposta escreveu: "Solicitamos que remetam o vosso pedido à ACSS".
ERS	2013/09/03	Presencial	Pedido sobre as principais irregularidades detectados nos prestadores de saúde, evolução do n.º de infracções e sanções, evolução do n.º de reclamações e principais razões e relatórios de actividades.	Em resposta esclarece: "No seguimento da carta que nos enviou, sou a transmitir que toda a informação que poderá ser disponibilizada por parte da ERS se encontra no nosso site www.ers.pt ". Em relação ao n.º de infracções/sanções, deu indicações de paginação nos vários relatórios de actividades.
TdC/ CPC	2013/06/27	Presencial	Pedido de dados estatísticos e outras informações	Deu indicações sobre autores que escrevem sobre o tema da corrupção; Indicações sobre a busca de relatórios de auditoria no sítio oficial do TdC.
	2013/08/06	E-mail		Facultou artigos científicos, manchetes e <i>papers</i> sobre o tema da corrupção.
PGR	2013/09/27	Presencial	Pedido de informações estatísticas sobre os ilícitos criminais de corrupção e	Ninguém se mostrou disponível para receber o pedido. Sugeriram-me a biblioteca da PGR.

⁴⁹² Notícia acessível através do link:<http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=454094&tm=2&layout=122&visual=61>;



Os principais ilícitos/irregularidades no sector da saúde e as entidades de supervisão, regulação, judicial e de investigação: Propostas de acção

			infracções conexas, no sector da saúde, nos últimos 3 anos (2010-2013).	
	2014/07/18	E-mail	Novo pedido de informações estatísticas sobre os ilícitos criminais de corrupção e infracções conexas, no sector da saúde, nos últimos 3 anos (2010-2013).	Facultou dados estatísticos referentes aos processos-crimes de corrupção e conexas no quadriénio (2009/2013), com os dados a nível nacional, no DCIAP e por Comarca.
	2015/04/17	E-mail	Pedido do relatório sobre os crimes de corrupção, de acordo com o artigo 6.º da Lei n.º 19/2008 de 21 de Abril (Medidas de combate à corrupção), conjugado com a Lei n.º 17/2006, de 23 de Maio (Aprova a Lei Quadro da Política Criminal).	Em resposta esclareceu que <i>“(...) o relatório a que alude o nº 2, do artº 14º da Lei de Quadro de Polícia Criminal é apresentado, por parte da Procuradoria-Geral da República, ao Governo e à Assembleia da República. Nesses termos, o pedido formulado deverá ser dirigido àqueles Órgãos de Soberania a quem caberá decidir sobre a sua disponibilização”</i> .
UNCC	2014/05/20	E-mail	Estatísticas criminais relativo a crimes de corrupção e infracções conexas no sector da saúde. O perfil definido de « <i>corrupto</i> » no sector da saúde.	Em resposta escreveu: <i>“(...) informa-se que o pedido infra deverá ser dirigido ao Exmo. Senhor Director Nacional da Polícia Judiciária”</i> .
PJ	2013/05/28	Presencial	Solicitação de dados estatísticos referente aos crimes de fraude e corrupção no sector da saúde.	Em resposta escreveu: <i>“(...) a matéria em causa está abrangida pelo segredo de justiça e, também, pelo segredo profissional pelo que não podemos deferir o pedido”</i> .
	2015/05/28	E-mail	Número e nome de operações realizadas entre o período 2010-2014 no combate à corrupção e à fraude contra o SNS. O perfil definido de « <i>corrupto</i> » no sector da saúde.	Na sequência do pedido formulado o Senhor Director Nacional Adjunto da PJ exarou o seguinte despacho: <i>“Informe-se o requerente que a informação pretendida deverá ser procurada na página da PJ na Internet”</i> .
DGPJ	2015/01/06	E-mail	Estatística de alguns ilícitos da prática médica (ano 2007-2013).	Disponibilizou estatísticas criminais referentes aos processos-crime em fase de julgamento findos, n.º de arguidos, absolvidos e condenados nos tribunais judiciais de 1.ª instância.
	2015/06/18	E-mail	Estatísticas criminais prescritas respeitantes aos crimes de corrupção e conexas (2007-2013).	Disponibilizou estatísticas criminais referentes aos processos-crime na fase de julgamento findos prescritos, n.º de arguidos e n.º de arguidos não condenados.
MS	2015/06/22	E-mail	Entrevista	Não se obteve resposta.
	2015/07/20	E-mail		Em resposta escreveu: <i>“Atendendo à matéria em causa, damos conhecimento da mensagem, recebida nesta Secretaria-Geral, ao Gabinete do Ministro da Saúde”</i> . Não se obteve mais resposta.

Fonte: Elaboração própria



Quanto ao espaço temporal estatístico, foi delimitado entre o ano 2007-2013 (porém, alguns factos narrados estendem-se até 2015), pois pretende-se abordar os ilícitos e irregularidades neste sector num momento recente, não se enquadrando uma perspectiva histórica nem comparada, porque como foi anteriormente dito, a corrupção apesar ser um fenómeno histórico, só muito recentemente é que estão a ser criados mecanismos para a sua contabilização.

4.4. Análise e interpretação de dados

Após a recolha e análise ao conteúdo documental e outras informações de base estatística recolhidas nas entidades oficiais (PGR, DGPI), não será necessário tratar os dados numa ferramenta de análise estatística, pois a finalidade deste estudo não é trabalhar dados, mas sim interpretar dados estatísticos já trabalhados e dar a conhecer alguns casos noticiados, associados a cada ilícito relacionados com a prática clínica e com o fenómeno da corrupção.

A leitura e análise aos dados devem fazer-se com cautela necessária, tanto mais que os dados que foram possíveis de recolha, referem-se a um período curto, como por exemplo nos crimes no âmbito da prática médica, ou, resumidos ao quadriénio, como é o caso dos crimes no âmbito da corrupção, pois como já foi referido, devido à complexidade da investigação em ambos os casos, são processos criminais que demoram demasiado tempo a serem analisados/investigados, pelo que os casos actuais noticiados e narrados neste estudo, são reflectidos em estatísticas futuras como é o caso das **condenações**, que poderão ou não *'engordar'* as estatísticas.

Ter também em conta que os dados fornecidos, estão protegidos pelo segredo estatístico, limitando em muito as conclusões a retirar, mas por outro lado retirar-se já a grande conclusão: as entidades públicas continuam a revelar **falta de transparência** em divulgar informações que são do domínio público.



Este trabalho pode também ser considerado um teste de transparência às entidades visitadas, a que se atribui nota negativa à maioria delas⁴⁹³, pois não se estava a pedir nomes de pessoas, moradas, contactos telefónicos, mas, apenas números, simplesmente! E, tal como já acontece com o TdC ou outras autoridades judiciais, todos os relatórios deveriam estar publicitados, no final de cada investigação.

Aliás, como se pode constatar através da LOPTC, refere que o TdC procura “(...) **difundir a informação necessária** para que se evite e reprima o desperdício, a ilegalidade, a fraude e a corrupção relativamente aos dinheiros e valores públicos”⁴⁹⁴.

Seguem-se abaixo os dados estatísticos facultados sobre os principais ilícitos (prática médica e de corrupção) descritos na parte teórica e as principais conclusões.

⁴⁹³ Não interessa especificar, o leitor certamente já encontrou evidências;

⁴⁹⁴ Lei n.º 98/1997, de 26 de Agosto (LOPTC): artigo 11.º - Princípios e formas de cooperação;



4.4.1. Dados estatísticos dos ilícitos da prática médica

Tabela 16 - Processos-crime, fase de julgamento findos nos tribunais-1ª Instância(2007-2013)

Ano		2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	Total 2007-2013
Crime		N.º Processos	N.º Processos	N.º Processos	N.º Processos	N.º Processos	N.º Processos	N.º Processos	N.º Processos
Contra as pessoas	Outros crimes contra a integridade física	..	3	..	..	3	..	..	11
	Outros contra liberdade pessoa	..	..	..	..	..	..	..	..
Contra a vida em sociedade	Falsificação/Danificação/Subtração documentos/outros	..	..	..	4	3	..	3	11
	Outros de perigo comum	Recusa de médico	..	..	..	..	..	..	3
		Recusa de médico agravado pelo resultado

Fonte: DGPI (2014)

Notas:

- A contabilização dos processos tem em conta o crime mais grave no processo;
- .. Resultado nulo/protegido pelo segredo estatístico – sempre que o número de processos seja inferior a 3 (DL n.º 22/2008, de 13 de Maio);
- Data da última actualização: 2014/10/31.



Tabela 17 - N.º de arguidos, absolvidos e condenados nos tribunais-1ª instância (2007-2013)

Ano			2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	Total 2007- 2013		
Crime												
Contra as pessoas	Outros crimes contra a integridade física	Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos	Total de arguidos	3	5	..	..	6	..	..	19	
			Condenados	..	..	..	..	..	..	..	..
			Absolvição/ Carência de prova	3	5	..	..	5	..	..	..	18
	Outros contra liberdade pessoa	Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários	Total de arguidos	..	..	..	..	..	..	..	..	..
			Condenados	..	..	..	..	..	..	..	..	..
			Absolvição/ Carência de prova	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Contra a vida em sociedade	Falsificação/Danificação/Subtração documentos/outros	Atestado falso	Total de arguidos	..	..	3	15	14	3	12	49	
			Condenados	..	..	..	11	6	..	8	26	
			Absolvição/ Carência de prova	..	..	3	..	6	..	4	14	
	Outros de perigo comum	Recusa de médico	Total de arguidos	3	..	..	..	..	..	..	..	7
			Condenados	3	..	..	..	..	..	..	..	6
			Absolvição/ Carência de prova	..	..	..	..	..	..	..	..	..
		Recusa de médico agravado pelo resultado	Total de arguidos	..	..	..	..	..	..	..	..	5
			Condenados	..	..	..	..	..	..	..	..	..
			Absolvição/ Carência de prova	..	..	..	..	..	..	..	..	3

Fonte: DGPJ (2014)

Notas:

- A contabilização dos arguidos tem em conta o crime mais grave pelo qual foram acusados;
- .. Resultado nulo/protegido pelo segredo estatístico – sempre que o número seja inferior a 3 (DL n.º 22/2008, de 13 de Maio);
- Data da última actualização: 2014/10/31.



Na análise e na apresentação dos dados globais ou parcelares disponibilizados, assinalaram-se algumas falhas ou insuficiências dos dados que levam a algumas reservas, embora sem querer induzir ou afectar juízos apreciativos, ou extrapolações porventura infundados, na sua análise. Também não se deve confundir condenados com pena de prisão, pois a escolha da pena⁴⁹⁵ pode ser a prisão efectiva ou pena de multa.

Da mesma forma pode ser aplicada uma pena de prisão cuja execução fica suspensa por um determinado período.

Do conjunto de crimes relacionados com a prática clínica para o período em referência (2007-2013), verifica-se um número irrisório de processos que chegam à fase de julgamento, destacando-se os crimes «Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos» e de «Atestado falso», ambos com 11 processos findos chegados a esta fase.

Em relação ao crime de «Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos», do total de 19 arguidos, 18 foram absolvidos, pelo que se presume que apenas 1 foi condenado ou encontra-se a aguardar julgamento. Já em relação ao crime de «Atestado falso», do total de 49 arguidos, culminou na condenação efectiva de 26 e na absolvição de 14 arguidos.

O crime «Recusa de médico» tem pouca representatividade em relação ao n.º de processos (3), mas tem grande expressividade quanto à condenação efectiva, pois dos 7 arguidos acusados, 6 tiveram uma condenação efectiva.

Com algumas reservas é possível observar que há um grande n.º de arguidos absolvidos, nomeadamente a saber: «Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos» e «Recusa de médico agravado pelo resultado», o que pode explicar de certo modo que a prova nestes tipos de crime é difícil de obter.

⁴⁹⁵ CP: artigo 70.º - Critério de escolha da pena

“Se ao crime forem aplicáveis, em alternativa, pena privativa e pena não privativa da liberdade, o tribunal dá preferência à segunda sempre que esta realizar de forma adequada e suficiente as finalidades da punição”;



É dada prevalência para o crime de «Atestado falso», com destaque para o número de processos, arguidos e condenados, que nos leva a duas conclusões:

- O crime de «Atestado falso» é um dos crimes mais praticados pelos médicos (ou outros profissionais de saúde), pois trata-se de um crime que só pode ser cometido por pessoas que possuam certas qualidades;
- Ao contrário da corrupção (apesar de também ser usado em esquemas para este tipo de crime), onde existe grande dificuldade na obtenção da prova (contrapartidas: vantagem indevida para o corrompido em troca de um benefício para o corruptor), aqui temos logo à partida uma prova física documental, daí que a maioria dos esquemas fraudulentos reiterados com atestados falsos, são mais facilmente detectados, uma vez que todas as partes envolvidas estão identificadas (nome do médico, n.º de cédula profissional, nome do prestador de saúde, nome do paciente, sistema ou sub-sistema de saúde) e mesmo que o suspeito tente identificar-se com outro número mecanográfico, haverá sempre algum indício que aquela receita foi impressa num determinado prestador, depois é uma questão de tempo até chegar ao autor do crime.

Deste conjunto de ilícitos, é predominante o crime «Atestado falso», quer em n.º de processos (11) quer em n.º de arguidos (49) ou condenados (26), seguindo-se o crime «Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos».

**4.4.2. Dados estatísticos dos ilícitos de corrupção e infracções conexas****Tabela 18 - Processos-crime de corrupção e conexas no quadriénio (2009-2013)**

Distrito Judicial	Processos	Arquivados	Em investigação	Em acusação	Crimes
DCIAP	30	0	30	0	
Lisboa	15	2	12	1	Burla Falsificação Corrupção na área do medicamento
➤ DIAP	5		4	1	
➤ Loures	4	2	2		
➤ Almada	2		2		
➤ Oeiras	1		1		
➤ Lisboa Noroeste	3		3		
Coimbra	3	2	0	1	Falsificação Burla qualificada
➤ DIAP	2	2			
➤ Viseu	1			1	
Évora	14	1	11	0	Especulação Burla Abuso de confiança ao ISS Falsificação Insolvência dolosa Venda de medicamentos fora das condições legais
➤ DIAP	2	1	1		
➤ Entroncamento	1*				
➤ Abrantes	1*				
➤ Serpa	1		1		
➤ Métoia	2		2		
➤ Estremoz	1		1		
➤ Faro	1		1		
➤ Olhão	1		1		
➤ Lagos	4		4		
Porto	13	0	10	3	Peculato Falsificação
Vila Verde	1			1	
Tabuaço	1			1	
Paredes	1			1	
Braga	1		1		
Bragança	1		1		
Lamego	1		1		
Peso da Régua	1		1		
Matosinhos	4		4		
Paredes	1		1		
Vila Nova de Gaia	1		1		
Total	75	5	63	5	

Fonte: PGR (2014)

(*) Suspensão provisória



Quanto à distribuição do volume de processos para o quadriénio (2009-2013), apura-se que o Distrito Judicial de Lisboa concentra o maior número de crimes de corrupção participados, com 15 processos, segue-se o Distrito Judicial de Évora com 14 processos, o Distrito Judicial do Porto com 13 processos e por fim Coimbra com uns meros 3 processos.

O facto de existirem no Distrito Judicial de Coimbra apenas 3 processos de corrupção, não significa que os delitos ocorridos sejam de menor gravidade, podendo até ser de maior amplitude, tanto em relação ao n.º de arguidos acusados como meios monetários envolvidos.

Sendo Coimbra a zona geográfica de Portugal conhecida pela “*Cidade dos estudantes*”, também é conhecida pela “*capital dos hospitais*” por concentrar um grande número de prestadores, era suposto, ser o distrito judicial com o maior número de crimes participados, mas apenas se observam 3 processos-crime, o que se pode dever ao seguinte motivo plausível: grande parte dos pacientes são oriundos de outras partes do país e no momento de denunciar, fazem-no fora do Distrito Judicial de Coimbra, ou simplesmente já não o denunciam.

Neste tipo de crime, as práticas predominantes nos quatro distritos judiciais são a burla e a falsificação (presumindo-se pelas várias notícias, diga respeito a receituário e atestado médico).

Existe um menor volume de processos referentes aos crimes da prática médica (29) do que referentes aos crime de corrupção (75), pelo que se conclui que os crimes de corrupção e com ele conexos são os mais expressivos neste sector.

Observa-se apenas 5 processos arquivados correspondentes a crimes de corrupção, o que pode ter as seguintes explicações: sendo um crime contra o Estado, que não carece de queixa nem de procedimento criminal (crime público), as entidades judiciárias ou de investigação e judiciais, têm todo o interesse em recuperar as verbas monetárias ilicitamente desviadas, terminar com o conluio das partes envolvidas, punir os responsáveis e por fim, o MP sendo parte interessada no processo, pode recorrer da



decisão final da autoridade judicial sempre que considere que aquela decisão ou punição não seja adequada, equilibrada e proporcional ao infractor.

Relativamente aos crimes da prática médica e não se sabendo neste momento qual o volume de processos arquivados, podem-se descrever algumas das razões que levam ao seu arquivamento: na óptica da autoridade judicial, reside na dificuldade em provar que o médico não teve em consideração as “*legis artis*”, da falta do dever de cuidado, no diagnóstico mal analisado ou até na incerteza de reacção do corpo face ao tratamento; na óptica do paciente: a dificuldade em compreender e se expressar sobre uma matéria que não é do seu domínio técnico (informação assimétrica), a desistência de continuar com o procedimento criminal devido à morosidade e procedimentos complexos e de pareceres de profissionais de saúde e de várias entidades (INML, Ordens profissionais, etc.) e por último, as exorbitantes custas judiciais, tanto com o processo normal como do seu recurso.

5. Discussão

Como este estudo se revelou extenso, abrangendo uma ‘*panóplia*’ de assuntos sócio/ético-legais, a discussão que se segue será estruturada nos mesmos moldes até aqui feitos, com uma divisão entre temas de modo a garantir uma fácil leitura, sem perder o rumo entre temas ou subcapítulos.

Sobre o que aqui se descreveu podia-se comentar e ‘*extravasar*’ sobre um conjunto de outros assuntos que são geradores de instabilidade e de insegurança para o sector, no entanto cingimo-nos apenas aos assuntos que estão relacionados directamente com este estudo como por exemplo: os ilícitos e as várias práticas, as irregularidades nas PPP, as várias entidades a quem se recorreu nos vários pedidos de informações e a sua falta de transparência, os casos divulgados e os *Média*, e por último, sobre a matéria processual criminal – a prova e a morosidade e consequente prescrição.



→ Os ilícitos da prática médica

Sem sombra de dúvida, a actividade médica tendo como objectivo prestar socorro e os devidos cuidados de saúde dentro de *‘uma obrigação de meios’* e não numa *‘obrigação de resultados’*, é também no fundo uma actividade que apresenta sérios perigos⁴⁹⁶: riscos para a saúde, integridade física e até a vida do paciente.

No caso de surgimento de algum resultado danoso indesejável inerente à actividade médica, há que apurar a responsabilidade do autor da conduta (médico, enfermeiro, anestesiológico, etc.) dolosa ou negligente e em último *ratio* recorrer às vias judiciais, através dos tribunais penais.

O paciente lesado português, por norma não tem por tradição o agir criminalmente contra o profissional de saúde (que age por negligência), e quando o faz, é nos casos em que implique um dano considerável a nível físico e que interfira com as tarefas do quotidiano⁴⁹⁷ ou que afecte a saúde de modo reiterado, pois como se pode verificar pelas estatísticas, são poucos os processos-crime contra os profissionais de saúde (29 processos entre 2007-2013).

Certo é que a negligência médica é difícil de provar em muitos dos casos. Deste modo, uma alternativa para o lesado orientar um processo judicial, será pela via do consentimento informado e, mesmo aqui é preciso algumas cautelas, pois também a prova da falta de informação é difícil, principalmente em entidades em que não exista nem procedimentos escritos nem registos.

⁴⁹⁶ Como escreve Rodrigues (2007:281), “(...) o médico vê-se compelido a colocar em perigo de lesão ou mesmo lesar a integridade física do paciente para a consecução da melhoria do seu estado de saúde, para restabelecimento do equilíbrio homeostático [processo de regulação pelo qual um organismo mantém constante o seu equilíbrio] e até para a salvação da própria vida”.

De ressaltar mais uma vez que, apesar do acto médico representar um perigo de lesão para integridade física, não haverá ilícito típico de ofensas corporais se cumprido as *Leges Artis* nos termos do artigo 150.º (n.º1) do CP;

⁴⁹⁷ Como no caso da troca de medicamentos no Hospital da Santa Maria que levou à cegueira (danos) em 6 pacientes;



Pereira (2008a:21-22) escreve que *“A doutrina portuguesa dominante concorda que o ónus da prova da existência de esclarecimento recai sobre o médico ou sobre a instituição de saúde”*. No entendimento deste autor o ónus da prova recai apenas no réu (médico).

Pelos números observados, os crimes relacionados com a prestação de cuidados de saúde são irrisórios, no entanto podem ter várias interpretações: os profissionais de cuidados de saúde devido à sua intensa formação e formatação para a prática clínica, assentes em princípios éticos, valores (vida) e leis da arte médica, são critérios que têm que estar sempre vivamente presentes e que é preciso respeitá-los, não sendo uma opção discricionária, caso contrário, podem resultar em graves danos que colidem com a esfera de responsabilidade penal/criminal e quando assim o é, muitas das vezes é por negligência; porque a prova dos factos é difícil de recolher; a predominância da incerteza dos tratamentos⁴⁹⁸; o lesado entender que tratando-se de um acto isolado (sem grande gravidade ou lesão), não apresenta queixa; a percepção de inferioridade relativamente ao médico nas instâncias judiciais e a descrença na justiça.

Daí ser imperativa a verdade de Rodrigues (2007:29) ao afirmar *“(...) se o erro médico é de consequências menores, passa muitas vezes despercebido ao doente”*, e cita a observação feita pelo professor João Lobo Antunes: *“(...) na maioria dos casos de erro de maior gravidade, o doente não apresenta queixa porque não deu por ele, ou porque minimiza as suas consequências, ou porque «gosta» do seu médico, ou, quem sabe, porque não aprecia particularmente os advogados”*.

É caso para se dizer o seguinte: parte-se do princípio que a intenção dolosa do médico é minorar sofrimento e não agravar o seu estado (ou mesmo não provocar um homicídio), logo todos os actos são negligentes.

Neste tipo de ilícitos, o número diminuto de culpados deve-se em parte a diligências processuais, sobretudo nos procedimentos ligados à fase de investigação, com

⁴⁹⁸ O mesmo tratamento para as mesmas causas em diferentes indivíduos, pode ter diferentes efeitos;



dificuldades na recolha da prova e da falta de nexo de causalidade entre o acto médico e a sua causa (ou entre a conduta e o dano), e por fim, na fase de julgamento, dificuldades na interpretação das normas e até alterações na qualificação jurídica por parte das entidades judiciais⁴⁹⁹, que por vezes acaba por absolver o arguido.

É caso para se dizer que tanto a jurisprudência como os juristas e peritos ainda quase não acordaram para a realidade do ramo da responsabilidade criminal médica. O que aqui se está a elevar não é uma ‘guerrilha’ entre médicos e juristas, mas que se entenda, que o único prejudicado e sem culpa neste meio é, e sempre será o paciente. Também não se pretende uma ‘caça às bruxas’, longe disso, principalmente no estado actual da justiça, jamais se poderia utilizar tal termo, mas que sejam efectivamente responsabilizados aqueles profissionais de saúde que vitimaram (dano grave ou morte) o paciente, por um erro médico desnecessário ou uma violação das “*Legis Artis*”.

O paciente português vítima de um dano clínico, tem ainda alguma dificuldade em penalizar o médico, o que se deve por um lado, à figura mítica do médico ligado à parte humanista⁵⁰⁰, por outro lado, porque sabe à partida que a denúncia em si, está condenada ao fracasso. Este fracasso deve-se a vários factores ou vícios, incutidos no lesado por força do que lê ou do que ouve, das conversas de café e do que os *Média* noticiam, entre outros, e que se deve nomeadamente: ao desconhecimento ou dificuldade em saber a quem recorrer⁵⁰¹ (Polícia, Advogado, MP), às custas judiciais, ao arrastar do processo por vários anos na barra dos tribunais, a ideia de que dificilmente irá ganhar⁵⁰², que a maioria dos processos acaba arquivada por falta de prova e a ideia de que quem investiga faz sempre um mau trabalho salvaguardando a posição do médico.

⁴⁹⁹ Veja-se o Acórdão TRP (2009), que alterou a tipificação do crime de Falsificação ou contrafacção de documento (artigo 256.º do CP) para Atestado Falso (artigo 260.º do CP), também o acórdão TRC (2014), por falta de nexo de causalidade, absolveu o arguido de certos crimes;

⁵⁰⁰ No senso comum, parte-se do princípio que o médico sempre procurou o seu bem-estar, ou que tudo fez na tentativa de minorar o sofrimento, ou também, nem todos os tratamentos são certos;

⁵⁰¹ Dados de um inquérito sobre corrupção revela que 30% dos inquiridos denunciariam à Polícia, 20% às autoridades judiciárias/judiciais, e 20% aos seus superiores hierárquicos (De Sousa e Triães, 2008)

⁵⁰² A este propósito, também na responsabilidade civil, Rute Pedro (2008:4) é unânime ao referir que existe um “(...) número (comparativamente) muito reduzido de decisões proferidas em sentido favorável ao doente lesado”;



Desta forma, todos estes factores conjugados fomentam no paciente, uma total descrença na justiça e uma cultura de anti-denúncia.

→ **Corrupção no Sector da saúde**

Portugal começa a dar os primeiros passos na prevenção e combate à corrupção, pois ao longo do ano de 2010, no âmbito das várias recomendações formuladas pelo GRECO a Portugal, foi criada uma comissão designada por Comissão Eventual para o Acompanhamento Político do Fenómeno da Corrupção, constituída por diversos representantes ministeriais (da Justiça, das Finanças entre outros), que teve como principal objectivo a revisão e consequente alteração de um conjunto de diplomas, que estivessem relacionados com este tipo de crime (CEAPFC, 2011).

Mas as alterações legais remontam a 2001, contabilizando-se desde aí 3 sucessivas alterações ao CP. A última ocorreu já em 2015, com a alteração do crime de Corrupção activa e a alteração da pena mínima e do prazo de prescrição para o crime de Tráfico de influências.

Sabemos que em termos legais, fraude e corrupção, não são a mesma coisa, fraude implica corrupção, mas corrupção não implica necessariamente fraude, porém, o cidadão leigo, não tende a distingui-los e, muitas das vezes estes termos surgem lado-a-lado (em nível abstracto) nas conversas informais do cidadão, nas notícias, nos títulos ou em texto corrente.

A probabilidade da profissão nobre deste sector, a de médico, vir a ser condenada por práticas de corrupção, era até há bem pouco tempo quase nula. Mas este cenário virou-se contra o corrupto médico, como para outros que trabalham no sistema de saúde público ou que interagem com ele, muito devido à intervenção activa do ex-Ministro da Saúde (Dr. Paulo Macedo) e das suas medidas e parcerias entre o MS e MJ, mais concretamente através da UNCC da PJ.



Isto leva-me a fazer uma reflexão dualística: quando se trata de questões do sistema de saúde, *'o cidadão é o centro do sistema'*, quando se trata de questões corruptas no sistema de saúde *'o médico torna-se o centro do sistema'* (pela lógica da investigação).

Esta (im)punidade actualmente muito divulgada pelos *Média*, começa a dar sinais de desprestígio, tanto à classe médica como ao próprio sector, que incute no paciente ou na sociedade em geral, uma incerteza quanto à assertividade das decisões médicas como ainda das decisões administrativas entre prestadores de cuidados de saúde.

Apesar do enorme volume de notícias mediáticas relacionadas com corrupção no sector da saúde, há que clarificar o seguinte: a corrupção no sector da saúde não implica que seja maior que em outros sectores, poderá sim ter um maior impacto em termos de visibilidade, por ser um sector que se relaciona directamente com todos nós – pacientes, com repercussões negativas tanto para a segurança e qualidade do sistema em geral, como para a nossa própria saúde em particular.

O impacto que a corrupção tem, pode-se medir pelas verbas que movimenta comparando-os com outros indicadores e sectores. Como se tem vindo a verificar pelas notícias, em 2014, a fraude no sector da saúde representava uma verba de cerca 229 milhões de euros, e já em 2015, este valor passou para os 372 milhões de euros, segundo dados que o ex-Ministro da Saúde revelou aos *Média*. Ora seria óptimo que outros sectores de actividade quantificassem estas verbas para haver uma base de comparação entre sectores. Pelo que se apurou até ao momento, é que não existe qualquer ranking. Caso houvesse, permitiria às entidades judiciais e de investigação criminal direccionar os esforços para o foco de maior movimentação/desvio de verbas e não de maior visibilidade.

A par dos resultados estatísticos observados relacionados com a prática clínica, também nos crimes de corrupção e conexos, se pode verificar que o volume de processos-crime (n.º de arguidos e condenados) é quase irreal e assimétrico à



quantidade de notícias que aqui foram mencionadas ao longo do estudo. Isto leva-nos a questionar o seguinte: ‘*Quais os motivos que levam o cidadão para não denunciar um desvio de padrões?*’ Para além dos três motivos referidos em vária literatura⁵⁰³ (represálias, denúncia é inconsistente, passar por «*bufo*» ou por «*chibo*»), existem outros dois grandes factores encontrados na literatura dos autores Luís de Sousa e Triães (2008:200), que servem de justificação para não denunciar: o primeiro, por ser um crime contra o património do Estado e deste modo, sem vítimas em concreto, o segundo factor, deve-se ao entendimento de que os cidadãos fazem acerca da corrupção, pois não entendem que certas transacções e processos são corruptos.

Pode-se ainda acrescentar um terceiro factor (do autor desta dissertação), que resulta da relação saúde – paciente – sociedade, ou seja, em causa está o acesso Constitucional a um bem maior – o direito à saúde, em detrimento das falhas do próprio sistema, que não há outro ‘*antibiótico*’ se não ao recurso a determinadas práticas, ainda que não transactivas (desvio de padrões) e bem toleradas por toda a sociedade.

Neste sentido, pode-se afirmar que nem toda a corrupção é má, sobretudo quando está em causa o fornecimento de algo para a protecção da saúde ou o acesso a ela⁵⁰⁴, que de outra forma seria impossível de aceder, sendo bem tolerada pelo resto da sociedade, já que está em causa o acesso a um bem maior e sobretudo um direito constitucional de que ninguém abdica (uma das poucas excepções à regra). Um exemplo radical para que se compreenda este nível de tolerância é o seguinte: um Polícia tem um filho que necessita urgentemente de um transplante renal, no qual, o dador compatível pede-lhe uma quantia milionária (à margem da lei) para a doação de um dos órgãos que o primeiro ainda não tem, encontrando-se em lista de espera aguardar dador. Certo dia o Polícia faz um achado de um saco cheio de dinheiro (sem

⁵⁰³ De Sousa e Triães (2008:11), DCIAP-PGR e CIES-ISCTE (2010:70-114), SNI (2012:22), TIAC (2013:10-11);

⁵⁰⁴ Exemplo: Um indivíduo com um problema grave, pede ao seu amigo, administrativo num hospital, para antecipar a consulta que está em lista de espera ou para falar com o médico de forma a pode-lo observar;



qualquer identificação) e em vez de efectuar diligências no sentido de encontrar o seu dono, decide utiliza-lo para fazer a tal compra do órgão vital e salvar a vida do filho. Perante este caso⁵⁰⁵ (creio eu), não se sabendo do seu verdadeiro proprietário, a cultura da sociedade (portuguesa) é tolerante e legítima (com certeza) o Polícia a usar o dinheiro para salvar a vida do filho, ainda que este comportamento seja contrário à sua missão. Já o nível de condenação não é tolerável, caso o dador se negue a vender o órgão e o Polícia decida contratar alguém para lho extrair⁵⁰⁶.

Também no caso particular de acesso à saúde, este desvio de padrões surge muitas vezes, devido ao formalismo e da lentidão burocrática/administrativa no momento de acesso a uma consulta ou cirurgia, apesar da implementação de mecanismos de agilização ocorrida nestes últimos tempos, e por outro lado, também devido às desigualdades sociais. Veja-se por exemplo o caso da investigação jornalística «Desviados», em que os pacientes doavam ao médico produtos caseiros para terem acesso a uma consulta.

Em termos pragmáticos, o recurso a estas práticas que se designam por ‘dávivas’ (pequenas formas de tráfico de influências), estão ainda muito enraizadas na cultura nas zonas do interior do país e principalmente na faixa etária mais idosa (por vivência ou observação própria), devido aos seus antepassados difíceis e sem meios económicos, vividos em regime de ditadura, onde imperava uma completa inacessibilidade à saúde nestes locais e os pagamentos faziam-se através de trocas directas (prestação de cuidados de saúde por produtos).

Actualmente estas práticas servem ainda para aproximar o paciente ao médico, ou dito por outras palavras, aproximar o paciente ao acesso à saúde, com o objectivo de

⁵⁰⁵ Dados de um inquérito realizado à população Portuguesa em 2006, revela que os Portugueses toleram a corrupção desde que seja praticada por uma causa justa (52,8%) ou que produza benefício para a população em geral (61,3%) (De Sousa e Triães, 2008:70; Lima, 2011:37).

⁵⁰⁶ CP: artigo 160.º - Tráfico de pessoas;

Um estudo realizado pela Universidade do Minho, divulga que em Portugal entre 2007 e 2013, menos de 1% dos processos iniciados por tráfico de pessoas resultaram em condenação (dos 328 processos, 234 [71,34%] foram arquivados e 94 [28,65%] resultaram na condenação por crimes conexos)

Fonte: Jornal i (2015b), acessível através do link: <<http://ionline.pt/399140?source=social>>;



desenvolver um clima de simpatia, confiança e afectiva (permeabilidade), para que num futuro expectável, possa aceder num tempo de menor espera a uma consulta, exame complementar ou cirurgia.

Os próximos dois parágrafos são escritos de acordo com as vivências do autor desta dissertação ou através do método de observação.

Foi referido que entre as várias causas para a corrupção está o fraco nível de desenvolvimento e as desigualdades sociais. Ora, estes dois factores estão presentes no interior do nosso país, onde os pacientes convictos das dificuldades e dos recursos escassos para acederem a determinados cuidados de saúde (direito à saúde), como por exemplo aceder a uma consulta inadiável, a um serviço básico de enfermagem ou mesmo uma conversa informal com o médico, e estes, conscientes que não têm outra opção de escolha nesse impiedoso acesso, vêm-se obrigados a violar valores (que desconhecem) em detrimento desse direito, muito por culpa do próprio sistema e não por culpa do paciente que se vê obrigado a socorrer-se de práticas impróprias como dádivas e ofertas, habitualmente recorrendo aos mais variados produtos regionais, produzidos na comunidade rural (o azeite, os enchidos - salpicões do fumeiro, a melhor cabeça de gado, a galinha gorda da capoeira ou o galo da crista vermelha, o vinho velho ou doce, o mel, as castanhas ou até a novidade da horta, etc.), como forma de compensar os profissionais de saúde, ou ainda, o convite para um almoço/jantar tendo como objectivo imediato, que a consulta seja realizada no domicílio, devido a dificuldades de deslocação. Estas formas de compensação ou de gratidão, raramente envolvem pagamentos em dinheiro (corrupção não transativa⁵⁰⁷), sendo bem toleradas por toda comunidade rural, chegando ao ponto da comunidade fazer avaliações quanto à melhor dádiva ou oferta feita pelo vizinho, pois está em causa o acesso a um benefício ou a um bem maior - o direito de acesso à saúde.

⁵⁰⁷ Neste contexto ético e social, os resultados do estudo *Corrupção e Ética em Democracia: o Caso de Portugal*, descritos em De Sousa e Triães (2008:68) “(...) confirmaram a ideia de que Portugal é um país propício para a *Corrupção não transactiva*. (...) os portugueses condenam essencialmente a corrupção enquanto suborno ou extorsão mas toleram as suas manifestações mais cinzentas como, por exemplo, a prática de «puxar cordelinhos»”, concluindo que os “(...) portugueses são muito tolerantes em relação a um conjunto de práticas não regulamentadas e de difícil regulação”;



Em contraste com o interior em subdesenvolvimento está o litoral, com a concentração de um conjunto de cidades de média dimensão e duas grandes metrópoles, onde reina o desenvolvimento e a modernidade, com um excedente corpo de profissionais de saúde e um aglomerado de hospitais públicos e privados, onde a corrupção é de outro tipo (transactiva), bem mais grave para o sistema. Já não reinam as dádivas e as ofertas com o intuito de se desenvolver uma confiança para facilitar o acesso à saúde, mas sim, contrapartidas nomeadamente monetárias elevadas, como a emissão de atestados falsos para serem usados em contexto profissional (justificação de faltas) ou para candidaturas a concursos (como também foi evidenciado no caso de um médico da região de Lisboa envolvido num esquema de atestados falsos), ou a emissão de receituário falso obtendo fraudulentamente, o valor monetário dos medicamentos com alta taxa de comparticipação.

Um problema que se verificou em muitos dos estabelecimentos do SNS e que lesa o Estado em milhares de euros (desfalque), deve-se às **licenças sem vencimento de longa duração**⁵⁰⁸ a pedido dos médicos (ausência por um determinado tempo mantendo o vínculo à função pública), sendo posteriormente contratados pelas mesmas entidades de saúde ou outras pertencentes ao SNS, através de Contratos Individuais de Trabalho (CIT) ou aquisição de serviços médicos. Através deste tipo de práticas, assente no interesse próprio, o médico consegue auferir de um vencimento salarial bastante superior aquele que estava a ganhar enquanto funcionário ao serviço do Estado. Veja-se o caso de uma médica pertencente ao Hospital de Faro, que através deste esquema, passou de uma remuneração-base de €2552,42 em CTFP para um CIT com remuneração-base no valor de €5000,00 (Relatório IGAS n.º 83, 2013:6). Ainda no Hospital de Faro, uma notícia de Agosto de 2010, testemunhava 12 médicos a gozar estas licenças. Destes, 9 continuavam a trabalhar no hospital e estavam em situação de

⁵⁰⁸ DL n.º 11/1993, de 15 de Janeiro (Estatuto do SNS): artigo 22.º - Licença sem vencimento;



transição para o CIT, 2 estavam a exercer no privado e o último estava a exercer num hospital público (Diário de Notícias, 2010)⁵⁰⁹.

Segundo a IGAS detectou a 31 de Dezembro de 2012, 983 médicos em licença sem vencimento e estavam a trabalhar numa instituição do SNS (IGAS, 2014:82). A Circular Informativa da ACSS n.º 29 (2011)⁵¹⁰, desde o dia 9 de Agosto de 2011, veio colocar fim a estas licenças, previstas no Estatuto do SNS.

Entende-se que isto acontece, porque Portugal vive num momento de crise, com o congelamento e cortes salariais, acumulações de funções e aumento de horas de trabalho, falta de progressão na carreira, aumento de impostos, provocando um colapso e rigidez no sistema, impedindo aumentos salariais, sendo que a solução encontrada (não a mais correta deontologicamente), foi a de manipular ou do 'ludibriar' da legislação. Assim, com uma saída de um número tão elevado de profissionais do SNS, as próprias instituições vêm-se obrigadas a efectuar novas contratações e, não havendo outros profissionais a quem recorrer nem outras alternativas⁵¹¹, a solução passa por recorrer aos mesmos profissionais que saíram, mas estes, agora, têm a vantagem de realizar uma nova forma de contrato jurídico, permitindo uma negociação salarial com vista ao seu aumento. De ressaltar que uma parte destes novos contratos são formalizados através de empresas de prestação de serviços que os mesmos implementaram, já com a intenção de serem novamente contratados. Também não é descabido dizer, que muitas destas licenças são

⁵⁰⁹ Notícia acessível na internet em:

<http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1646433>;

⁵¹⁰ Acessível através do sítio oficial da ACSS:

<<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/CIT%20n.%C2%BA%2029.pdf>>;

De acordo com a circular (revogação dos artigos 21.º e 22.º do Estatuto do SNS), as licenças sem vencimentos visavam "(...) *permitir uma maior flexibilidade na gestão de recursos humanos no âmbito do sistema de saúde, quando fundamentado em razões de interesse público, este diploma estabelecia a possibilidade do pessoal com relação jurídica de emprego público na administração pública poder ser contratado por instituições privadas, (...) sem perda de vínculo*";

⁵¹¹ Como por exemplo a contratação de 115 médicos ocorrida em Março de 2015 ao país vizinho, por uma remuneração bruta de €2746, quando esta remuneração é o dobro no país origem.

Fonte: Reportagem da TVI (2015a), acessível através do link: <<http://www.tvi.iol.pt/videos/ministerio-da-saude-quer-contratar-medicos-espanhois-mas-pago-metade-do-salario/550898d10cf233d77e730199>>;



concedidas, devido à relação de proximidade/afectiva ou de promiscuidade entre médicos com funções de chefia e administradores hospitalares (CA), prejudicando desta forma tanto a organização como o SNS e o Estado em geral.

Apesar da austeridade e do *'apertar o cinto'*, devido aos cortes salariais na classe de topo da saúde, os médicos, ainda assim continuaram a auferir de bons rendimentos salariais, nada faria que os mesmos caíssem na tentação de cometer tais desvios de padrões éticos, como provam os vários casos descritos.

De referir que até Março de 2016, o Estado já gastou 8,3 milhões de euros na contratualização externa de médicos para colmatar a falta em muitas especialidades, sendo a ARS de Lisboa e Vale do Tejo, a entidade que mais gastos já contratualizou (3,3 milhões de euros em 13 contratos). Em 2015 esse valor *"(...) ascendeu a 22,7 milhões de euros"*, e em 2008 foram gastos *"(...) 100,5 milhões de euros"*, de acordo com uma auditoria do TdC citado pelo Jornal i (2016)⁵¹².

Outro desfalque que se observou, são os **suplementos remuneratórios** que confere aos médicos elevados ganhos face ao vencimento base, como por exemplo o médico mais bem pago em 2009 e pertencente ao Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (EPE), auferiu de uma remuneração média mensal de €53 189,69 ou a modesta quantia anual de €744 655,65 (TdC, 2013d:18).

Também a promiscuidade de médicos que trabalham simultaneamente no sector público e privado ou do duplo emprego é um problema escondido há décadas, não havendo vontade de alterar e resolver esta causa maléfica que tanto lesa o sistema (SNS e pacientes), tanto da parte política (legislativa) como da parte dos profissionais de saúde, ou mesmo, da Entidade Independente de Regulação (ERS). Trata-se de um problema estrutural do SNS e deve-se muito em causa à destruição das carreiras

⁵¹² Notícia acessível através do link: <<http://www.ionline.pt/500482>>;



profissionais⁵¹³ (concursos da carreira foram substituídos pelo contrato de trabalho individual), desincentivando os médicos do sector público, causador de uma instabilidade em torno do sistema público.

Mas, de todas as práticas corruptivas aqui referidas, aquela que é mais evidente e recorrente, não só, pelo mediatismo das notícias, mas também pelas verbas monetárias envolvidas, refere-se à emissão de receituário falso, através do recurso indevido do nome de certos pacientes (alguns já falecidos), obtendo fraudulentamente, o valor monetário das elevadas taxas de comparticipação de medicamentos, que voltam a ser reintroduzidos no mercado nacional ou internacional.

É pois neste foco que as entidades de supervisão, investigação criminal e judicial, têm concentrado todas as atenções e esforços.

Trata-se de uma teia de interesses ilegítimos, como sendo um verdadeiro *‘vírus altamente malicioso’*, que se está a espalhar (ou já estava espalhado) pelo sistema de saúde público, trazendo sintomas graves tanto para o próprio sistema (desfalque orçamental) como para a sociedade em geral (falta de certos medicamentos).

Com tantas irregularidades, a todos os níveis encontradas pelas entidades competentes nas diversas entidades prestadoras de saúde públicas, há que **criticar** a actuação dos dirigentes dos Conselhos de Administração (CA), sendo eles os *‘patrões’* das entidades de saúde, são eles que estão na primeira linha no controlo e supervisão dos seus funcionários, da despesa, da boa gestão ou gestão eficiente e na monitorização e supressão das falhas a todos os níveis (institucionais, produção entre outros). Ao que parece não estão a gerir da melhor forma as entidades de saúde como da casa deles se tratasse. Melhor, não há uma preocupação profissional e pessoal para

⁵¹³ A título de curiosidade, na Lei do SNS projectada por António Arnaut (considerado o *pai* do SNS), Lei n.º 56/1979 de 15 de Setembro (era Primeiro-ministro Maria de Lurdes Pintassilgo – Independente e alinhada com PS), atribuía um estatuto de dignidade social às carreiras do pessoal do SNS, que constava no seu artigo 44.º (Do estatuto do pessoal): “O pessoal do SNS desempenha uma **relevante função social** ao serviço do homem e da comunidade. Tem a qualidade de funcionário público ou de agente, sem prejuízo de poder beneficiar e estatuto especial”. Esta lei foi posteriormente substituída pela actual Lei n.º 48/1990 de 24 de Agosto (Governo de Cavaco Silva – PSD), que passou a ser chamada de Lei de Bases da Saúde;



com os estabelecimentos e serviços do SNS e respectivos dinheiros públicos, pois se fossem donos da sua entidade privada, jamais permitiriam por exemplo uma sobreposição de horários, uma troca do vínculo laboral para obter uma remuneração maior, já para não falar da prestação de serviços no sector privado e dentro do horário da entidade pública, da falta de transparência nos contratos ou contratos ruinosos (endividamento).

Então porque é que isto acontece no sector público de saúde? Resposta fácil, porque é algo que não é deles, não têm que o preservar ou fazer uma boa gestão, devendo-se principalmente à inoperância do sistema de supervisão e às responsabilidades pouco severas (multas ínfimas ou meras repreensões). Da vasta pesquisa, não há relatório da IGAS, onde conste a responsabilidade efectiva de algum dirigente do CA (por falta de controlo, supervisão ou má gestão), existe sim, a título de exemplo nos vários relatórios inspectivos, a seguinte frase: “(...) *pode configurar uma eventual infracção financeira susceptível de responsabilidade financeira*”⁵¹⁴, uma vez que este tipo de responsabilização é da competência do TdC⁵¹⁵.

Aliás, numa entrevista do bastonário da OM ao jornal Diário de Notícias (2013)⁵¹⁶, criticou a actuação da tutela quanto às suas orientações e quanto à falta de uma responsabilização eficaz dos dirigentes por má gestão, que por vezes decorre de “(...) *imposições que vêm da tutela. É evidente que há melhores e piores gestores*

⁵¹⁴ IGAS (2011:34-35), Relatório IGAS n.º 83 (2013:38, 42, 48, 50, 70), IGAS (2015:43);

⁵¹⁵ Lei n.º 98/1997, de 26 de Agosto (LOPTC): artigo 65.º - Responsabilidades financeiras sancionatórias; A título de exemplo, o TdC sentenciou o presidente do CA do Instituto Português de Oncologia “(...) *na multa de €1.920,00*”, pela prática de uma infracção financeira sancionatória prevista e punida no artigo 65.º, n.º 1, alínea b), e n.ºs 2 e 5 da LOPTC, e na qualidade de Vogal do C.A desta entidade, “(...) *nas multas de €1.728,00 e 1.440,00€*”, pela prática de duas infracções financeiras, uma prevista no artigo 65.º, n.º 1, alínea b), a outra prevista no artigo 65.º, n.º 1, alínea h), ambas da LOPTC punidas nos termos dos n.ºs 2 e 5.

Fonte: TdC (2012) - Acórdão n.º 16/2012, disponível no sítio oficial da internet do TdC em: <<http://www.tcontas.pt/pt/actos/acordaos/2012/3s/ac016-2012-3s.pdf>>;

⁵¹⁶ Notícia acessível através do link:<http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=3581688>;



profissionais, mas aqui ainda falta uma cultura de meritocracia⁵¹⁷ e de penalização quanto à má gestão”.

Caso houvesse acções inspectivas aos CA haveria certamente por parte destes, um controlo mais apertado aos seus funcionários (vulgo médicos), às falhas institucionais, porventura seria potenciadora de uma gestão mais eficiente e, seguramente seriam menos as irregularidades detectáveis pelas entidades inspectivas (*‘ – Quem autorizou os novos contratos médicos com licenças sem vencimento? Quem permitiu a troca de vínculo? Quem deu despacho às horas extraordinárias? Quem não cumpre a lei dos compromissos e dos pagamentos em atraso⁵¹⁸? De quem é a responsabilidade de tantas outras irregularidades encontradas nas entidades de saúde?’*). Muitas das vezes é necessário tirar os olhos dos mapas financeiros, sair detrás da secretária e percorrer os vários corredores para estar perto daqueles que prestam os cuidados de saúde, dos administrativos e outro pessoal auxiliar, de modo a verificar e perceber as dificuldades, as falhas, as irregularidades entre outros inúmeros factores e tentar mudar procedimentos e métodos de trabalho, colmatando as más práticas, para uma qualidade de trabalho mais eficiente, uma boa gestão, o bom funcionamento institucional e, é esse o trabalho que actualmente não tem sido feito aparentemente pelos membros do CA, pelo que se pode verificar nos vários relatórios da IGAS, TdC e dos vários acontecimentos noticiados.

É caso para se dizer que o paternalismo clínico *‘fugiu’* da classe médica para a classe do CA hospitalar, sendo intocáveis e poupados às responsabilidades, praticamente não se transparecem nem se dão a conhecer.

⁵¹⁷ Liderança que se baseia no mérito, nas capacidades e nas realizações alcançadas, ou ainda, grupo de líderes pertencentes a esse sistema;

⁵¹⁸ Quanto à evolução dos pagamentos em atraso, entre 2011 e 2013, estes passaram respectivamente de “(...) 2 mil milhões de euros” para “(...) 621 milhões de euros” (Programa de Ajustamento 2011-2014, 2014:79); Em Setembro de 2015, situavam-se nos 446 milhões de euros, o valor mais baixo de sempre e mantêm uma trajetória decrescente (Comunicado de imprensa do MS, 2015); Na lista dos piores pagadores afiguram-se (4T de 2015): o Hospital Distrital de Santarém (523 dias), o Centro Hospitalar de Setúbal (424 dias), e o Centro Hospitalar Lisboa Norte (388 dias) (DGTF, 2015); Um estudo feito em 2011, refere se o Estado e todas as empresas cumprissem os prazos de pagamento, a economia portuguesa cresceria 3,24% num ano e criaria 120 mil postos de trabalho. Revela que Portugal é o 3.º país mais incumpridor (139 dias), seguindo-se a Espanha (153) e a Itália (180) (Mateus, 2011:29, 53);



Para além desta aparente má actuação dos dirigentes dos CA dos prestadores de saúde, este assunto pode ser alargado para outros dirigentes de outros organismos do sector da saúde, como por exemplo as ARS, podendo ser alvo de um estudo mais aprofundado em novas pesquisas. A título informativo, veja-se o caso da ex-Ministra da saúde, Ana Jorge, que depôs por má gestão (pagamentos ilícitos) quando presidia ARS de Lisboa e Vale do Tejo. O processo instaurado deve-se ao mau acompanhamento do contrato de gestão privada do Hospital Amadora-Sintra (Grupo Mello). A condenação até seguia em sentido contrário, com o Estado a pagar ao privado *“43 milhões de euros, em 2003”* e *“18 milhões de euros, em 2012”* através de um Tribunal arbitral. O caso remonta a 1997-2000, em que o TdC que já tinha decidido pela sua absolvição em Julho de 2012, voltou atrás na decisão (2013) após recurso do MP (consideraram os juízes que só o TdC tinha competência para apreciar o processo e não um Tribunal arbitral). São também acusados dezenas de ex-dirigentes e membros daquela ARS, entre eles, o ex-Director-geral da Saúde, Constantino Sakellarides (Jornal Público, 2013)⁵¹⁹. É agora acusada de ter efectuado pagamentos indevidos aquele grupo *“(…) de mais de 21 milhões de euros”* (Diário de Notícias, 2016)⁵²⁰. Porém, o TdC a 20 de Abril de 2016, decidiu absolver a ex-Ministra da saúde bem como os 19 antigos responsáveis daquela ARS das infracções financeiras, fundamentando como *“(…) improcedente os pedidos formulados pelo Ministério Público”* (Jornal Correio da Manhã, 2016)⁵²¹, concluindo que os réus limitaram-se a cumprir o contrato entre o Estado e a gestora do hospital, que fizeram *“(…) uma interpretação ajustada do mesmo”*, não dando como provado *“(…) quaisquer factos que permitissem evidenciar actuações ou omissões justificativas de censura”* aos ex-dirigentes daquela ARS (Jornal SOL, 2016)⁵²².

⁵¹⁹ Notícia acessível através do link: <<http://www.publico.pt/portugal/jornal/exministra-da-saude-ana-jorge-deve-ser-julgada-por-pagamentos-ilicitos-26267846>>;

⁵²⁰ Notícia acessível através do link: <<http://www.dn.pt/portugal/interior/mp-pede-condenacao-de-exresponsaveis-da-ars-entre-os-quais-ana-jorge-4968291.html>>;

⁵²¹ Notícia acessível através do link: <http://www.cmjornal.xl.pt/nacional/sociedade/detalhe/ana_jorge_absolvida_pelo_tribunal_de_contas.html>;

⁵²² Notícia acessível através do link:



A diminuição dos níveis de corrupção no sector da saúde é um assunto primordial na conquista da confiança do seu principal cliente – o doente/utente/paciente/cidadão. Esta responsabilidade depende do trabalho e esforço de cada Governo, de cada instituição (supervisão, regulação, judicial ou ainda de outras), de cada dirigente e até de cada um de nós, tanto para cumprir como para denunciar.

Pode-se mesmo afirmar, que um dos maiores perigos de uma democracia é a corrupção. Se a democracia está assente num conjunto de valores⁵²³ e num Estado de Direito⁵²⁴, com a Lei Fundamental (Constituição) no topo e uma serie de outras leis, códigos e regulamentos, que conferem à população um conjunto de direitos, liberdades e garantias (mas também de deveres), por sua vez, a dita corrupção, assente num *'Estado Destrutivo'*, tenta aniquila-los, na procura de obter uma compensação não devida ou distribuição de privilégios (como o nepotismo ou o favoritismo), o que revela uma elevada insatisfação com o funcionamento da Democracia ao longo destes anos (1985-2013)⁵²⁵, transversal a toda a sociedade portuguesa (85%). Por outro lado atribui-se à Democracia o dever de educar o seu povo, ou ainda, às instituições do Estado de Direito, um papel de responsabilidade, tanto para punir/julgar (combate) como para denunciar (prevenção e protecção). Porém, a percepção que a população tem acerca do desempenho e confiança destas instituições é negativa⁵²⁶, apresentando *"(...) custos incalculáveis para a imagem e credibilidade da Justiça"* (SNI, 2012:10), pelos vários motivos já referidos.

Não só as organizações oficiais de uma democracia devem estar atentas ao fenómeno, como também a **sociedade civil** tem um papel importante, tanto para corrigir atitudes, práticas e comportamentos (educar), como para denunciá-las (prevenção) e por fim,

<<http://sol.sapo.pt/noticia/509306/tc-absolve-e-elogia-ex-dirigentes-da-sa%C3%BAde>>;

⁵²³ Liberdade, igualdade, legalidade, integridade, transparência, concorrência, neutralidade/imparcialidade, solidariedade, responsabilidade;

⁵²⁴ Artigo 2.º da CRP - Estado de direito democrático;

⁵²⁵ Numa escala de 0 [nada satisfeito] a 3 [muito satisfeito] *"O ano de 2013 é marcado por níveis sem precedentes de insatisfação"* situando-se em 0,83 no Eurobarómetro Standard 80 (2013:10);

⁵²⁶ Ver em anexo: Gráfico 6 - Confiança nas instituições nacionais em Portugal e na UE-25, conjugado com a Tabela 26 - Percepção da confiança nas instituições Judiciais (2007);



recomendar aos órgãos de soberania, soluções, medidas e novos mecanismos, quer na forma de repúdio quer ao estímulo de responsabilidades nesta 'teia' de interesses ilegítimos.

Em suma, a eficácia na prevenção e combate à corrupção no sector da saúde, depende da cooperação e articulação entre o controlo interno e o controlo externo ou de supervisão/regulação e entre estes e as entidades judiciais, da vontade política em implementar medidas deste âmbito e transparência na gestão pública, e por fim, a mais importante, a consciencialização da sociedade.

As próximas linhas escritas são novas áreas de riscos associados ao fenómeno da corrupção que se sugere para novas investigações.

Embora não fosse descrito casos de peculato, alguns de nós já ouviu falar que tais práticas são transversais a todos os profissionais que lidam com os cuidados de saúde, como por exemplo, a apropriação do mais vasto material clínico (seringas, ligaduras, etc.) para serem utilizados pelos médicos a custo zero nas suas clínicas ou consultórios privados, mas também pelo pessoal de enfermagem, supostamente para uso particular ou a título de pequenos serviços curativos no próprio domicílio particular, a par da sua função principal.

Outra prática vulgar é a prescrição de exames desnecessários⁵²⁷, com o único objectivo destes serem realizados nas suas próprias clínicas (convencionadas) à conta do SNS, engordando contabilisticamente a receita do prestador privado, como por exemplo persuadir uma grávida a efectuar sucessivas ecografias, informando por vezes falsamente a parturiente que ainda é cedo para saber qual o sexo do feto, sendo necessário realizar mais exames, ou ainda, receber como prenda uma fotografia para incentivar novos exames ou tentar através deste meio, uma divulgação do serviço.

⁵²⁷ Vivência do autor da dissertação: numa ida a um consultório privado e convencionado com o subsistema de saúde para realização de um exame médico desportivo, onde apenas era pedido um electrocardiograma e uma radiografia do tórax, foi-me induzido outros exames (como análises ao sangue, incluindo o HIV) sugerindo-me ainda o prestador privado para a realização dos MCDT;



Também o médico para fazer aumentar as receitas do seu consultório ou clínica privada, irá tentar encontrar estratégias para aumentar esse proveito, por vezes não de forma ilegal, mas que também não são eticamente corretas. O começo, começa por ser o seguinte: o médico sabe à partida, que o paciente que se desloca ao privado tem poder financeiro. Após leitura à ficha do paciente/cliente e de criar um diálogo de confiança manipulado ou encapotado e de criar uma expectativa no paciente que, *'desta vez é que vai ficar curado'*, o médico fica conhecedor de um conjunto de informações, nomeadamente do poder económico do paciente, ou ainda, se este é beneficiário de seguro ou de subsistemas de saúde. Perante tais acontecimentos, o segundo passo será recorrer normalmente à indução reiterada de consultas, MCDT e tratamentos, violando os códigos de conduta.

Existe também o outro grupo profissional já falado, que não presta cuidados de saúde mas que também são parte complementar deste sistema, os chamados órgãos dirigentes do CA ou chefias, cuja função é gerir os prestadores de saúde como se de um *'negócio normal'* se tratasse. A causa para a corrupção acontecer neste grupo de profissionais, é demonstrar que o prestador de que são *'dono'* é sempre melhor do que o do vizinho, levando-os a entrar numa competição de mecanismos de avaliação gestores, recorrendo a práticas impróprias como a falta de transparência (como por exemplo na produção e nos resultados – outputs, outcomes), manipulação de relatórios e de contas (fraude), afectando negativamente todo um sistema, pondo outros interesses acima do sistema, como ficou demonstrado com as PPP.

Outras causas expectáveis para a corrupção acontecer neste grupo de profissionais que carece de investigação, são por exemplo alguns dos seguintes: as ambições profissionais, como promoções, elogios e lugares de destaque, a ascensão a um cargo superior, interesses negociais entre o público e o privado (conflito de interesses, Tráfico de influências e Participação económica em negócio).

Apesar de não ser evidenciado qualquer referência aos recrutamentos e promoções, abre-se aqui uma excepção em breves linhas, que têm vindo a público como uma prática comum abusiva, a ser aprofundado em novas investigações. Este sector por se



apresentar altamente qualificado, não aparenta haver um risco acrescido no recrutamento dos seus profissionais, pois se para uns têm que estar obrigatoriamente inscritos numa ordem (médico, enfermeiro, psicólogos), há outros que têm que apresentar provas dadas de mérito em cargos de gestão. Contudo estes últimos, ocupando cargos de chefia no topo da AP do Sector Empresarial do Estado (SEE) e recrutados através da nomeação política, são escolhidos pelo seu *'feudalismo'* ao partido ou através da promiscuidade entre os altos funcionários públicos, que dividem o seu cargo entre o público ou a tutela e os privados, facilitando a ocupação do cargo sem qualquer tipo de avaliação de mérito, havendo sim, interesses directos (partidários) ou conflitos de interesses provenientes dessas relações *'feudais'*, consideradas pequenas formas de tráfico de influências, e como refere De Sousa (2011:53) *"A corrupção que tem por finalidade a prática de um acto revestido de legalidade é de difícil condenação"*.

Ainda em relação aos órgãos dirigentes do CA ou cargos de chefia no topo da AP do SEE (Hospitais EPE ou ULS EPE), estes estão obrigados a apresentar a declaração de património e rendimentos ao Tribunal Constitucional⁵²⁸, mas pelos vistos, não existe uma rigorosa monitorização ou acompanhamento da evolução do património e da riqueza, servindo apenas para dar seguimento a mais um formalismo legal burocrático. De acordo com o jornal Diário de Notícias (2013a)⁵²⁹, num universo de 350 gestores públicos, havia 12 (3,4%) situações em incumprimento na área da saúde⁵³⁰, ou porque não a entregaram ou porque a declaração está desactualizada⁵³¹, sendo considerada a

⁵²⁸ Lei n.º 4/1983, de 2 de Abril - Controle Público da Riqueza dos Titulares de Cargos Políticos.

Esta lei que tem como objectivo o controlo dos rendimentos dos políticos, começou também abranger gestores públicos de topo, devido às sucessivas alterações;

⁵²⁹ Notícia acessível através do link:

<http://www.dn.pt/inicio/tv/interior.aspx?content_id=3605638&seccao=Media&page=-1>;

⁵³⁰ Ver em anexo: Tabela 36 - Declaração de património e rendimentos - Incumprimentos (2013);

⁵³¹ A lei é clara:

- **No início de funções** "(...) os titulares de altos cargos públicos apresentam no Tribunal Constitucional, no prazo de 60 dias contado da data de início do exercício das respectivas funções, declaração dos seus rendimentos, bem como do seu património e cargos sociais";
- **Na cessação de funções, recondução ou reeleição refere** "Nova declaração, actualizada, é apresentada no prazo de 60 dias a contar da cessação das funções que tiverem determinado a apresentação da precedente, bem como de recondução ou reeleição do titular" (Lei n.º 4/1983, de 2 de Abril: artigos 1.º e 2.º);



área onde ocorre mais incumprimentos. Alguns entregaram-na há mais de 6 anos e quatro deles nunca a entregaram. As razões, essas, já são do conhecimento de todos: *“Uns porque se esqueceram, (...) outros porque desconheciam ser obrigados a entregar este documento”*, outros dizem mesmo que não é *“(...) uma ocultação, é apenas um lapso”*⁵³², ou outros ainda justificam o facto com argumento que a *“(...) função principal não ser a de administração, mas de direcção”*. Este tema também pode ser alvo de futuras investigações.

Foi pedido um esclarecimento junto do Tribunal Constitucional, no sentido de saber quantos Administradores Públicos no sector da saúde se encontram em incumprimento. Em resposta informou que o *“(...) Tribunal não pode prestar informações sobre declarações de património e rendimentos dos titulares de cargos políticos e equiparados nos termos por si solicitados”*. Apenas o acesso a estes documentos, pode ser efectuado por consulta (presencialmente), na secretaria daquele Tribunal⁵³³.

Pelos vistos não é só a saúde dos pacientes que vai mal, também o próprio sector da saúde está doente, com todos estes ‘vírus’ (condutas desviantes) e sem uma vacina à vista que combata eficazmente os existentes e previna o aparecimento de novos, o diagnóstico expectável será eventualmente o ‘desmaio’ do sector público de saúde.

Na prática nada acontece! Legalmente, o TC notifica a gestor e este tem 30 dias para entregar a declaração. Caso não o faça, encontra-se numa situação de incumprimento culposo, que poderá incorrer numa pena de perda do mandato, demissão ou destituição judicial (Lei n.º 4/1983, de 2 de Abril: artigos 3.º - Incumprimento);

⁵³² Afirmção feita por Francisco Coutinho, administrador (vogal) do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio;

⁵³³ Lei n.º 4/1983, de 2 de Abril: artigo 5.º - Consulta

“Qualquer cidadão pode consultar as declarações e decisões previstas na presente lei.”;

Lei n.º 28/1982, de 15 de Novembro (Tribunal Constitucional): artigo 108.º - Modo de acesso

“O acesso aos dados constantes das declarações é efectuado através da sua consulta na secretaria do Tribunal, durante as horas de expediente, podendo o consulente, no caso de se tratar de uma entidade pública, credenciar para o efeito agente ou funcionário com qualificação e grau de responsabilidade adequados.”;



→ As Parcerias Público-Privadas no sector da saúde (PPP)

O lançamento de um projecto demasiado ambicioso (com o lançamento de 10 hospitais), inovador (com duas entidades gestoras distintas) mas complexo (com demasiada carga burocrática⁵³⁴) e não testado previamente, tinha que dar maus resultados⁵³⁵, levando a demasiadas irregularidades e obstáculos ao programa das PPP na saúde, que conduziram a sucessivos deslizes temporais (derrapagens), quer na fase de lançamento dos concursos quer nas outras respectivas fases, e “(...) claramente incompatível com os recursos disponíveis, fossem financeiros ou humanos” (TdC, 2009:14, 34, 45), em que a máquina administrativa do Estado português não tinha qualquer experiência no terreno (falta de eficácia de gestão pública), implicando uma dependência excessiva de consultores externos⁵³⁶. Para ‘atrapalhar’ ainda mais o programa, ficaram de fora as principais entidades administrativas do sector da saúde que poderiam dar um bom contributo na celeridade dos processos, tendo sido optado por elas já numa fase posterior (2005) e com envolvimento limitado, originando dificuldades numa adequada articulação ou relacionamento com os consultores externos, que imponham instruções ou directivas a uma entidade pública sob tutela do MS (TdC, 2009:40-50).

Devido às falhas e imperfeições deste modelo recente e subdesenvolvido, associado à falta de funcionários públicos qualificados necessários, à falta de um sistema fiscalizador rigoroso, às más decisões de investimento, à falta de apuramento de responsabilidades, a tendência do consórcio é beneficiar destas fragilidades, e, em simultâneo com ajuda do conluio político e de consultores externos⁵³⁷, procurar ‘extorquir’ ao Estado, o máximo de recursos financeiros, no qual é também ‘perito’ em fazer uma autêntica manipulação e engenharia às contas, dando a conhecer apenas as

⁵³⁴ Um dos concorrentes referiu ao TdC (2009:45) que entregou “(...) cerca de 300 relatórios e contas anuais”;

⁵³⁵ Este é que pode ser considerado o “*Plano da Asneira*” e não o plano Anticorrupção lançado por João Cravinho, descrito em nota de rodapé n.º 228;

⁵³⁶ Segundo o relatório da Auditoria Cidadã (2013:70) e Moreno (2010:113), entre 2005/2006 foram gastos €20 milhões;

⁵³⁷ Também um estudo empírico sobre as PPP mas no sector dos transportes, Correia (2014:51) “(...) identifica a existência de ligações entre os consultores contratados e os responsáveis públicos e ainda, com as empresas envolvidas nos processos, resultando numa captura de interesses privados”;



contas más (prejuízo) e camuflando as contas boas (receitas e lucro), traduzindo-se numa falta de transparência dos encargos e receitas, alegando sempre fortes prejuízos com base em razões infundadas.

Uma solução passará pela exclusão definitiva ao recurso de consultores externos (já referido tantas vezes pelo TdC e em outros estudos académicos), como forma de evitar condutas inapropriadas e viciação de projectos, que culminam numa clara perda de recursos financeiros para o Estado, e defender-se um investimento na formação contínua do capital humano da AP, de forma a dominarem os aspectos legais ou de contratualização associados às PPP, ferramentas de avaliação e monitorização de projectos, bem como uma consciencialização para a prevenção e combate da corrupção que tanto tem ‘assombrado’ a área das PPP.

Por outro lado, verificou-se através dos relatórios do TdC e da literatura revista, que a tendência do privado será recorrer constantemente ao reequilíbrio financeiro/reconciliação⁵³⁸ (encargo para o Estado), alegando falta de procura, um excesso de produção (despesa) e conseqüente prejuízo ou falência, face ao valor estimado na fase inicial do projecto (argumentos que não convencem a sociedade civil), possibilitando desta forma uma larga margem de receita, feito através de esquemas de promiscuidade e do conluio entre as partes e onde a intervenção governamental não defende o interesse público.

Salienta-se que a variação 2012-2013 com reconciliações, **acenderam a 207%** nas parcerias hospitalares e **65%** nas parcerias das Infra-estruturas (UTAP, 2014:22, 51).

⁵³⁸ Como se exemplifica através dos relatórios UTAP (2013:8, 17, 22, 44-53) e UTAP (2014:9, 22-25, 50-55):

- “(...) *acertos de reconciliação referentes à actividade desenvolvida pela EG Estabelecimento do Hospital de Vila Franca de Xira nos anos de 2011 e 2012*”;
- “*O pagamento, em 2013, do valor de reconciliação relativo à actividade da EG Estabelecimento do Hospital de Braga no período 2009-2012*”;
- “*O pagamento de reconciliação referente à actividade de 2012 da EG Edifício do Hospital de Loures*”;
- “(...) *diferente distribuição temporal dos pagamentos de reconciliação realizados às entidades gestoras do estabelecimento dos hospitais de Braga e Cascais*”.



Sinteticamente, o que se pode verificar por parte do consórcio privado, é a procura de uma maior margem de lucro (selecção de pacientes e de patologias, preferência por seguros de saúde ou a pronto pagamento, renegociações) e uma redução de custos a vários níveis (na produção, na qualidade e inovação, pressões sobre profissionais de saúde no sentido de minimizar custos).

Com base do que foi escrito relativamente às relações de promiscuidade entre a esfera política e o parceiro privado (pág. 127), desde já conclui-se o seguinte: sendo que as PPP resultam de um relacionamento duradouro, que vai além de uma legislatura, em que o principal responsável pela concretização da parceria é o decisor político com a pasta desse ministério onde se insere a PPP, logo é fácil de antever que o mesmo não será responsabilizado nem elogiado quer pelo fracasso (que geralmente acontece) quer pelo sucesso da parceria, pois tais decisões futuras estarão a cargo já de outro decisor político, por outro lado, reside o perigo constante de um conflito de interesses, que resultam das ligações secretas entre decisores políticos e dos parceiros privados⁵³⁹, culminando em pagamentos de ‘luvas’ por parte de um parceiro, fazendo com que haja uma distorção ou manipulação dos processos regulatórios, para que o resultado final, seja o favorecimento na escolha daquele parceiro ‘versus’ um lugar assegurado na administração da empresa privada para o decisor, pois como refere Lopes (2011:107) “O decisor político de hoje poderá ser o parceiro privado de amanhã (...)”. É exemplo disto, o ex-Ministro da saúde, Luís Filipe Pereira⁵⁴⁰.

Tais condutas, dificilmente são passíveis de uma condenação, principalmente quando estão envolvidos decisores políticos, imunes a qualquer norma legal ‘(?)’, e até por vezes, há uma tolerância social quando está em causa um empreendimento de um

⁵³⁹ Designado na linguagem gíria de “*portas giratórias*”, que se explica nas relações entre ministros e empresas privadas, que depois de saírem do exercício de funções públicas, vão ocupar lugares de relevo no privado, em empresas com as quais mantiveram relações (exemplo: vai ser construído um hospital e o construtor diz ao ministro «*Beneficie-me e quando sair da política terá um cargo bem remunerado na minha empresa*»). Por outras palavras, refere-se a uma pessoa que alterna entre cargos públicos e cargos em empresas privadas, aproveitando o período em que exerce cargos públicos para beneficiar as empresas em que trabalhara anteriormente ou virá a trabalhar num futuro próximo;

⁵⁴⁰ Já era e continua a ser administrador do Grupo Mello Saúde, que durante a sua passagem política pelo MS (Governo de Durão Barroso), atribuiu ao grupo dois hospitais – PPP (Braga e Vila Franca de Xira);



hospital, que beneficie toda uma comunidade (como já havia sido referido anteriormente nesta discussão quer no sub-capítulo 2.2.1 Reflexão numa dimensão sócio-legal).

Em relação à receita, dizer claramente que o encargo do estado é a receita do privado, ficando com a vantagem de poder ter mais alguns proveitos, como a renda de partes do edifício, como o bar, o refeitório, a farmácia ou o serviço de estacionamento, entre outros.

Para concluir o tema das PPP na saúde, sou da opinião que foi errado o Estado ter optado por este tipo de modelo (PPP), e isto porquê? Porque alguns dos objectivos de uma PPP é realizar a obra num curto espaço de tempo e os encargos para o Estado estarem diluídos no tempo, mas nada disto se verificou, as derrapagens quer financeiras quer temporais (a variar entre os 160%-360%) são excessivamente enormes, e o encargo global anual é demasiado elevado pelo que daria para construir os 4 hospitais através da típica empreitada pública, sem recorrer a investimento privado. Além do mais, não seria necessário fazer um corte tão agressivo na despesa do sector da saúde no valor de 1700 milhões de euros, num momento de crise económica e de austeridade, que acarreta sempre consequências e retrocesso para a saúde das populações, sobretudo num aumento dos problemas de saúde mental.

O TdC (2013a:32) com base num relatório do MS, refere que um estudo feito no Reino Unido “(...) conclui que os novos hospitais foram, regra geral, mais caros do que se tivessem sido construídos da forma tradicional. A contrapor aos ganhos de tempo e de menores derrapagens financeiras, os autores argumentam com perdas de qualidade”.

Basta comparar o encargo global anual pago pelo Estado aos 4 hospitais, neste caso de acordo com os dados dos encargos que se dispõe⁵⁴¹, foi escolhido o ano de 2014 (€414 milhões), com o total do investimento privado (gestão clínica e edifício) dos mesmos hospitais (€422 milhões), o resultado seria um cash-flow negativo mas diminuto (€-8

⁵⁴¹ Ver em anexo: Tabela 37 - Investimento privado em comparação aos encargos do Estado nas PPP;



milhões) fácil de solucionar (exemplo: renegociando os encargos junto dos parceiros privados de outros sectores até criar esta almofada financeira ou até um corte no próprio orçamento no sector da saúde ao invés de 1700 milhões de euros), ou ainda, relacionando o valor apurado pela auditoria do TdC (2013a:16, 70-74) aos encargos plurianuais de todas as parcerias na saúde com o total de investimento privado somente da entidade de «Gestão do edifício» (€359 milhões [80+59+130+90]), cujo valor dessa auditoria resultou em 10,4 mil milhões de euros, divididos pelos 30 anos, temos um valor médio de referência de 346,6 milhões de euros, valor este que sendo inferior ao investimento privado da entidade de «Gestão do Edifício» e de igual modo diminuto (€-12,4 milhões), seria fácil de arranjar soluções ou alternativas, mas o objectivo àquela data era a desorçamentação, concluindo-se através destas duas maneiras simplistas, que o Estado tinha capacidade financeira para a construção dos edifícios, beneficiando da sua gestão própria (pois se a eficiência da gestão pública dá prejuízo, a gestão privada no sector público segue-lhe os mesmos caminhos)⁵⁴² e de certeza com um volume de encargos menor. Como é óbvio, obtinha-se o benefício do equilíbrio das contas públicas sem sobrecarregar as gerações futuras, e certamente, a mesma eficiência quer na produção clínica, quer em outros indicadores.

É isso que também revela uma auditoria do TdC (2015b:8-9) ao contrato de gestão do hospital de Loures, que concluiu que não há *“(...) uma maior eficiência decorrente do seu modelo de gestão privada, em PPP, face à gestão de outras unidades com gestão pública empresarial do Serviço Nacional de Saúde”*: em 2013 os gastos operacionais por doente (€2512) *“(...) foram superiores aos verificados em várias entidades públicas empresariais”*; no acesso às primeiras consultas apresenta debilidades, com o tempo médio de espera a aumentar, *“Em 2012 o tempo de médio de espera foi de 71 dias, (...) e no final do 1º semestre de 2014 de 168 dias”*; já quanto à produção anual contratada,

⁵⁴² Em 2011, os hospitais de Cascais e de Braga acumularam de prejuízo €2,2 milhões e €16,5 milhões (respectivamente). No ano de 2010, o hospital de Braga chegou a ser notícia pela falência eminente. O grupo Mello ponderou mesmo pedir ao Estado a reposição do equilíbrio financeiro (Revista Visão, 2013); O TdC (2013a:29) refere mesmo que a entidade gestora hospitalar de Braga *“(...) apresentou, até 2012, uma situação financeira difícil, nomeadamente por insuficiência de capitais próprios”*, tendo a entidade gestora do estabelecimento apresentado *“(...) resultados líquidos negativos de 16,465 milhões de euros”*;



de 2012 a 2014 “(...) tem sido inferior à prevista”, nomeadamente no internamento, cirurgia de ambulatório e urgência.

Não esquecer também, que parte da verba recebida pelo privado (que equivale aos encargos para o Estado) corresponde à sua margem de lucro. Com esta verba aplicada em gestão pública nos actuais 4 hospitais e supondo ainda que esta despesa pública (encargos) seria menor do que no actual modelo de PPP (deixando de existir margem de lucro), o Estado conseguiria auto-sustentar-se sem ter que recorrer ao privado. Deste modo o Estado, nada explora apenas regula e fiscaliza (como também não tem um papel de garante nos cuidados de saúde), com o prejuízo claro para o paciente derivado às más condutas do modelo de gestão privado⁵⁴³.

Ter ainda em conta, que para além da elevada parcela do orçamento de Estado para as PPP, somam-se os eventuais reequilíbrios financeiros provenientes dos diversos factores, como por exemplo dos aumentos de produção (aumento da despesa).

Não há desculpa para dizer que o Estado precisa da ajuda dos privados nestes investimentos, permitindo-se no acordo, que o privado fique com todo o lucro (isentando-os de uma grande parte dos riscos) e transferindo o prejuízo para o Estado (encargos e dívidas).

→ Resultados e implicações da corrupção

Como é evidente, o crescimento da despesa e conseqüente dívida gerada no sector, resulta em parte⁵⁴⁴, pela ineficiência da gestão, pela falta de controlo nos serviços prestados, pela falta de optimização da capacidade instalada e (des)organização dos

⁵⁴³ A manipulação da avaliação de desempenho das metas e objectivos contratualizados, selecção de patologias menos onerosas, selecção de pacientes, desinvestimento em inovação e qualidade devido aos custos excessivos e influências/pressões sobre os profissionais de saúde;

⁵⁴⁴ A outra parte da dívida, resulta da inovação tecnológica, do crescimento do rendimento da população, do envelhecimento da população e do crescimento dos preços de cuidados de saúde (Barros, 2013:31-36). Outros autores referem outros factores como a introdução de novos fármacos, a utilização de sofisticados meios terapêuticos e uma maior exigência por parte dos pacientes, que mais não são, factores de inovação e de rendimento (Silva, 2009:17; Sarmiento, 2013:60-61);



prestadores de cuidados de saúde públicos, implicando sempre um desperdício para o sector, mas também da celebração de contratos danosos/ruinosos, desvios de fundos, aquisições fraudulentas de equipamentos, apropriação para fins ilícitos das bases de dados de nomes de pacientes e de prescritores e sucessivos casos de outras fraudes e esquemas de corrupção: exportação ilegal de medicamentos, compras e vendas fictícias de medicamentos como por exemplo através da falsificação de receitas médicas, prescrição e aviamento fraudulento em farmácias de medicamentos com elevada taxa de comparticipação⁵⁴⁵ (65%-95%), pagamento indevido de remunerações, abrangendo todos os que interagem com o sector (*stakeholders*), **sem excepção**, desde dirigentes máximos das administrações (CA), passando pelos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos) e pelo próprio paciente⁵⁴⁶.

Todo este sistema funciona num regime de cumplicidade, de silêncio e de secretismo entre os diversos agentes ou *stakeholders* (e cumplicidade é crime! [art. 27.º do CP]): administrações–fornecedores, administrações–profissionais de saúde, profissionais de saúde–prestadores, profissionais de saúde–pacientes.

Passando às PPP. O que se julgava ser no aspecto teórico, um modelo dinamizador para a economia, contribuindo para o bem-estar e qualidade de vida, em que o principal argumento para a sua opção é “(...) o aumento da eficiência na utilização dos recursos no fornecimento de bens e serviços”⁵⁴⁷, em Portugal estará longe de acontecer no aspecto prático e tudo se deve aos responsáveis públicos pela contratualização,

⁵⁴⁵ São sobretudo medicamentos indicados para o foro psiquiátrico (antipsicóticos e para a esquizofrenia). Estes medicamentos não se destinaram aos pacientes identificados na receita médica, tendo como fim, a sua reintrodução no circuito comercial e exportação para mercados onde são mais caros, nomeadamente para o Norte da Europa;

Outras fraudes são as chamadas vendas suspensas: como certos medicamentos só podem ser vendidos através de receita médica, as farmácias facilitam a sua venda, desde que o paciente faça o pagamento total, sendo posteriormente ressarcido da comparticipação quando apresentar a receita médica. Como uma parte dos pacientes não volta à farmácia, estas através do recurso a receitas falsas, recebem não só a totalidade do valor do medicamento pago pelo utente como a comparticipação do Estado (Jornal Público, 2014);

⁵⁴⁶ Exemplo: basta pedir ao médico um Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho para justificar uma falta injustificada, ou passar-se por doente sem que corresponda à verdade, ou até mesmo simular um acidente para receber um seguro de saúde, lesando tanto o sector da saúde como a própria economia, ou ainda, usar um atestado médico com informações falsas para uma candidatura a concurso;

⁵⁴⁷ Silva (2009:41) citando Fourie e Burger (2000);



mais preocupados com o benefício do parceiro privado do que no interesse público, passando todo o risco para a parte do parceiro público (Estado).

Estas condutas desviantes e inapropriadas para o benefício e interesse público, têm um histórico vasto de irregularidades, realizadas propositadamente e de forma reiterada ao longo destas duas últimas décadas (ao nível de projecto⁵⁴⁸: problemas concursais, o período contratual, renegociações de contrato, ocultação de informações, derrapagens financeiras e temporais (atrasos na sua realização); ao nível do modelo de gestão hospitalar: manipulação da avaliação de desempenho das metas e objectivos contratualizados [compensado por pagamentos ou pagamentos suplementares pelos serviços clínicos prestados], selecção de patologias menos onerosas, selecção de pacientes com base nos custos de tratamento, ou preferência por aqueles que pagam a pronto pagamento [o que leva a transferir parte da produção para outras entidades do sistema público], desinvestimento em inovação e qualidade devido aos custos excessivos⁵⁴⁹, influências/pressões sobre os profissionais de saúde na minimização de outros tipos de custos e o aumento dos tempos de espera).

Por isso estas condutas *'nefastas'* aparecem em muitos discursos públicos deturpadas, em que se procura argumentar e desculpar que tais problemas se deveu a «fracassos na viabilidade do projecto impossíveis de prever» incutindo no cidadão uma falsa realidade de que tudo foi feito para que desse certo. Por outro lado, o que se conceituava ser um poderoso mecanismo aos ganhos de eficiência feitos através de uma boa gestão (good governance), da melhoria da qualidade e da capacidade de inovação do parceiro privado e defesa do interesse público, deixa de o ser, uma vez que os lucros adquiridos pelo parceiro privado, já estão induzidos e inflacionados na contratualização. Deste modo, as preocupações do parceiro privado já nem serão os

⁵⁴⁸ Demonstrado pela Tabela 7 - Síntese descritiva dos Hospitais PPP e principais irregularidades detectadas, e pela Tabela 30 - Duração das fases dos processos concursais dos hospitais PPP;

⁵⁴⁹ Esclarece Silva (2009:133, 156), que a inovação e qualidade propiciam um aumento dos custos para o parceiro privado (exemplo: investimento em equipamentos, alteração e melhoria de processos, salários), pelo que não tem interesse, "(...) quer pelo investimento que representa, quer por ignorar o impacto favorável que tem no interesse público", existindo "(...) uma grande rigidez para o desenvolvimento de iniciativas e acções a tomar";



lucros, uma vez que estes já estão assegurados, nem tão pouco os riscos e a melhoria da qualidade do serviço, mas sim, quando atinge um certo grau de eficiência (excesso de produção), redobrando a sua atenção num conjunto de indicadores contabilísticos, pois será a partir desse momento que os custos também se revelarão ser, tendencialmente mais elevados, fazendo diminuir a sua receita. Para inverter este problema, o parceiro privado irá recorrer a um conjunto de técnicas de engenharia contabilística, adoptando um conjunto de condutas desviantes daquilo que seria aceitável (pondo até em causa a saúde dos pacientes), como é o caso da não admissibilidade a consultas de especialidades, a não admissibilidade a determinadas cirurgias, o desvio de pacientes para outras entidades, o aumento dos tempos de demora ou o seu reagendamento e a não contratação de profissionais de saúde necessários para fazer face a um excesso de procura.

O fim da parceria entre ARS Algarve e sociedade Gestora do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul, uma das primeiras a terminar no sector da saúde e no global, tendo a ARS Algarve assumido todos direitos e deveres jurídicos, a recomendação que se faz aproveitando toda esta aprendizagem, é o dever partilha-la com outras ARS e com a tutela, de modo a avaliar se este conceito é ou não eficiente e inovador, de maneira a replica-lo à medida que outras parcerias vão terminando, principalmente as de curto prazo, como é o caso das parcerias de gestão hospitalar – cuidados de saúde. Deste modo, permitiria ao Estado financiar um organismo que é seu, capacitando-o na operacionalização neste novo conceito e ao mesmo tempo aproveitar a experiência e resultado que daí advém, para decidir futuramente qual a contratação a fazer, se por uma entidade privada ou se por uma entidade pública pertencente ao sector, como é o caso das ARS, com larga experiência no sector, desde a missão de “(...) *garantir à população o acesso à prestação de cuidados de saúde, (...) e fazer cumprir políticas e programas de saúde*”⁵⁵⁰ até ao vasto leque de atribuições, julgo ser o organismo mais indicado para prosseguir com esta experiência.

⁵⁵⁰ DL n.º 22/2012, de 30 de Janeiro (Lei orgânica das ARS): artigo n.º 3 - Missão e atribuições;



O que deveria ser um modelo de sucesso de negociação entre o Estado e o parceiro privado, aproveitando toda a experiência da boa governação do parceiro privado a nível dos ganhos de eficiência e capacidade inovadora, acaba por ser um fracasso com enorme prejuízo para o Estado.

Autores como Allen (2001) e IMF (2004), citados por Silva (2009:53) referem que “*O factor chave de sucesso das PPP encontra-se directamente correlacionado com a adequada transferência de risco (tipo e quantidade) do Estado para o parceiro privado*”.

Apesar de ser este o conceito perfeito para descrever teoricamente o funcionamento deste modelo, esta citação perde o seu sentido quando se fala do modelo no seu aspecto prático em Portugal, devendo-se ao conjunto de condutas desviantes, irregularidades e ao desrespeito pelos critérios teóricos do modelo, em que não existe um acautelar dos interesses públicos (sociais, económicos e financeiros), como demonstram as avaliações do TdC, contrariando o modelo ideal descrito.

Todos estes factores são motivos de uma preocupação, para que Portugal não continue na cauda dos índices de corrupção, já que “*(...) é o país europeu com maior percentagem de PPP [actualmente existem 32]⁵⁵¹, quer em relação ao PIB quer em relação ao Orçamento de Estado [± 1,2%]⁵⁵²” (SNI, 2012:42 e Lopes, 2011:109 ambos citando Moreno, 2010:100), sendo apontado no contexto internacional como um “*(...) exemplo de gestão de programa de PPP a evitar*” (Moreno, 2010:137).*

⁵⁵¹ Ver em anexo: Gráfico 7 - Investimento em PPP a nível mundial;

Como se pode verificar pelo Gráfico 7, os países europeus que mais recorrem às PPP como Portugal, Grécia e Espanha, todos eles têm em comum, o elevado nível de corrupção, o grave problema orçamental e a intervenção da *Troika*. O uso massivo das PPP e as más condutas, contribuíram em muito, para os altos **encargos acumulados** futuros (diluídos ao longo de diversos Orçamentos – desorçamentação), gerador de restrições e desequilíbrios orçamentais;

⁵⁵² Ver em anexo: Gráfico 8 - Encargos públicos com PPP em percentagem do PIB;

O relatório DGTF (2012:7) expõe que estimativa para os encargos líquidos futuros do Estado com os contratos estabelecidos até 2012, representarão “*(...) aproximadamente 8,0% do PIB*” (DGTF, 2012:7);



→ Entidades de Supervisão, Regulação, Judicial e de Investigação

Devido ao recente e crescente investimento que o MS tem feito na informatização dos serviços do SNS e à possibilidade do cruzamento de dados, as entidades de supervisão, de regulação e de investigação, puderam desencadear mais investigações, tornando cada vez mais difícil que os actores das fraudes e da corrupção no sector passem impunes.

Afere-se que entre as várias medidas estratégicas implementadas pelo MS para combater, prevenir e dissuadir a corrupção, como a Prescrição Electrónica, o Sistema da Receita Electrónica Sem Papel, os mecanismos de controlo de facturas do CCF, as auditorias, inspecções e fiscalizações realizadas pela IGAS, a regulação e supervisão do sistema efectuado pela ERS, as investigações criminais executadas pela PJ em coordenação com a PGR, têm posto um travão a esta *'doença'*, para além de outras práticas ilícitas.

Simultaneamente, também as várias notícias divulgadas pelos órgãos de comunicação social nestes últimos tempos, impõem uma determinada pressão à respeitável profissão de médico e também um determinado grau de intimidação e de recuo aos restantes actores que trabalham neste sector, eximindo-se de cometer uma prática ilícita ou a tentativa de uma experiência de enriquecimento fácil ou a de *'encher os bolsos'*.

Na relação profissionais de saúde – sistema de saúde é importante e desejável que sejam criados os mecanismos necessários para a prevenção e combate deste flagelo, uma vez que neste cenário, envolve e prejudica todo o sistema e cada um de nós, enquanto pacientes e enquanto sociedade.

Por outro lado, a falta de um controlo rigoroso e de uma responsabilidade efectiva são vulnerabilidades que podem favorecer actos de corrupção. O problema de um controlo rigoroso e eficaz para as práticas de corrupção e consequentes responsabilidades, não se deve apenas ao mau desempenho das entidades de supervisão, nem apenas ao mau desempenho da justiça, bem pelo contrário, com poucos recursos até conseguem



ultrapassar os objectivos planeados (como é o caso da IGAS), mas deve-se sobretudo às competências legais atribuídas, limitando-se em grande parte, a averiguar se os procedimentos formais ou legais foram cumpridos, não se debruçando sobre as verdadeiras práticas (lícitas ou ilícitas) que levam a determinados resultados, expondo nos relatórios apenas meras recomendações que não são vinculativas (como é o caso paradigmático do TdC). O mesmo ocorre com acções de fiscalização, incidindo apenas nas irregularidades ou ilegalidades formais, que por limitação legal das entidades de supervisão, remetem propostas de acção para o nível ministerial ou para o foro político.

Por exemplo, desde a descoberta de um indício de corrupção num prestador por uma entidade inspectiva, à sua comunicação ao MP e diligências posteriores a serem realizadas por um OPC, decorre tempo suficiente para que haja uma alteração ou ocultação da prova, devido à incompetência legal da entidade inspectiva que não consegue acautelar no imediato a prova que estava naquele momento presente, razões estas, para que não existam nem culpados nem responsabilidades.

Também em matéria de competências, verifica-se que poderá ocorrer eventuais conflitos institucionais entre a IGAS e a ACSS devido ao CFF. A primeira com competências de inspecção, fiscalização e auditoria e o CFF também com competências de inspecção e fiscalização para um serviço específico⁵⁵³, sendo que esta entidade ou serviço complementa a primeira (IGAS), e que ambas têm *'interesse'* no mesmo objectivo para o serviço que desempenham e para a qual foram criados. Caso se venha a verificar, estamos então perante uma irregularidade, que a avaliar em concreto, foi criada à nascença, pois o CFF deveria ser uma unidade operacional da IGAS, e mais uma vez esta, via aumentadas as suas competências de uma *'super'* entidade inspectiva no sector, e não, pertencer a uma unidade operacional da ACSS, cujas competências desta entidade são as de administrar os RH, financeiros

⁵⁵³ Conferência de todos os documentos ou facturas relacionados com receitas de medicamentos, MCDT e cuidados continuados comparticipados pelo SNS;



(financiamento) e materiais. Daqui resulta alguma incongruência na criação deste órgão, que desempenha um papel específico de inspecção e de fiscalização.

Além do mais, a IGAS ao ter duas unidades, uma com sede em Lisboa a outra destacada na Maia, permitiria uma melhor redistribuição geográfica de equipas de inspectores, melhorava a proximidade para com os prestadores, sendo que a primeira teria sob sua responsabilidade a zona centro e sul e a unidade destacada teria a seu cargo toda a zona norte, optimizando-se desta forma os recursos, a eficiência e eficácia na produção e que se traduziria numa melhoria da qualidade e controlo dos prestadores de saúde.

Outra alternativa passava pela constituição de equipas de inspectores redistribuídos por cada área correspondente às ARS(s), rentabilizando as instalações das ARS(s) ou as de um hospital público.

Desta forma, uma auditoria do TdC (2015a:7) revela que a IGAS actua “(...) *fundamentalmente em função das reclamações e denúncias recebidas, de determinações da Tutela, do volume financeiro e da proximidade geográfica*”, criticando ainda o tempo médio (22,5 meses) do envio de processos de eventuais responsabilidades financeiras para o TdC, facto que pode prejudicar a “(...) *recolha da prova e, no limite, conduz à prescrição das infracções indiciadas*”.

Também no momento da recolha de informação para este estudo, no âmbito das irregularidades detectadas no processamento de conferências de facturas, ficou a dúvida a quem remeter o pedido: directamente ao CCF ou à ACSS. O pedido foi feito primeiro ao CCF, mas em resposta, informaram “(...) *que essa informação deve ser requerida directamente junto da SPMS*”. Segundo o Código do Procedimento Administrativo (CPA)⁵⁵⁴, caberia àquele órgão reencaminhar o pedido para o ente

⁵⁵⁴ DL n.º 4/2015, 7 Janeiro (CPA): artigo 41.º (n.º1) - Apresentação de requerimento a órgão incompetente. “Quando seja apresentado requerimento, petição, reclamação ou recurso a órgão incompetente, o documento recebido é enviado oficiosamente ao órgão titular da competência, disso se notificando o particular”;



público responsável, já que este pertence ao mesmo Ministério (fica a dúvida: desleixo funcional ou desconhecimento legal).

A mesma confusão prevaleceu com o pedido de recolha de informação à IGAS, ‘- O pedido será remetido à IGAS (cujas as principais orientações emanam do gabinete do Ministro da Saúde) ou ao MS?’, tendo optado por ir directamente à IGAS, pois uma leitura atenta à sua lei orgânica, refere que é dotado de autonomia administrativa, mas não invalida que haja procedimentos internos que indiquem o contrário.

Apesar das ARS⁵⁵⁵ não serem objecto deste estudo, abre-se aqui uma excepção ao jogo, também para referir e reforçar que as actividades de licenciamento estão dispersadas entre as ARS e a ERS (a primeira faz o licenciamento referente a tipologias complexas, a segunda efectua o registo dos prestadores e automatiza o licenciamento de tipologias consideradas simples⁵⁵⁶), quando deveriam estar concentradas num só organismo, para acelerar processos de licenciamento, otimizar processos de decisão e evitar pareceres desnecessários (divergentes) ou duplicados.

Este quase duplicar de funções desempenhados pelos vários organismos agregados ao MS, que dentro de cada quadro legal de competências só mudam as palavras, o significado é praticamente o mesmo, uma vez que não é raro, entidades públicas desenvolverem actividades semelhantes, sem o devido aproveitamento das capacidades e recursos. Esta realidade provoca constrangimentos tanto para os mesmos organismos como para os restantes *stakeholders*, ocorrendo uma duplicação de informação, que muitas vezes não é difundida nem partilhada, ocorrendo uma duplicação de RH para a mesma tarefa, o que levanta a outro tipo de irregularidades, como os conflitos de interesses ou institucionais e à falta de transparência, dificultando o desempenho da missão dos organismos. Como sentenciam as palavras do juiz Carlos Moreno (2010:10) o “(...) Estado continua sem fazer o trabalho de casa

⁵⁵⁵ Organismo que em cada região de intervenção é responsável por garantir o acesso das populações à prestação de cuidados de saúde, adequando recursos disponíveis às necessidades de saúde;

⁵⁵⁶ Exemplos: Clínicas e consultórios médicos, Consultórios dentários, Centros de enfermagem, Medicina física e reabilitação, Radiologia, entre outros (DL n.º 126/2014, de 22 Agosto: artigo 4.º [n.º4]);



de verificar quantas delas são socialmente inúteis ou duplicam a prestação dos mesmos bens ou serviços”.

Do ponto de vista do que foi anteriormente escrito e no âmbito das valências e trabalho a desenvolver pelo CPC, qualquer pessoa apontaria dizer que é um ‘*super organismo*’ de prevenção do fenómeno, mas, no entanto, entrando em contradição ao que foi dito, o relatório SNI (2012:17, 35) aponta-lhe determinadas críticas, como sendo uma entidade estanque, fechada, pouco activa, sem qualquer visibilidade, falta de poder e cujas recomendações, não têm qualquer tipo de sanção associada.

Leva então a crer, que os planos de Gestão de Riscos de Corrupção e Infracções Conexas elaborados pelos prestadores de cuidados de saúde públicos e submetidos à análise do CPC, seria então um bom começo, mas pelos vistos é mais uma das muitas ‘*formalidades burocráticas*’ da AP.

Mesmo assim propõe-se aos vários prestadores de saúde que cooperem e criem iniciativas pedagógicas junto do CPC e de outras instâncias de supervisão, que permitam fazer um diagnóstico mais aprofundado das áreas vulneráveis e riscos de corrupção, alertando e educando os seus diferentes profissionais de saúde, expondo o grau de responsabilização.

Neste estudo também permitiu dar a conhecer que a PJ é a entidade policial de investigação criminal, com competência exclusiva nos crimes da prática de corrupção em todo o território português, na descoberta dos seus actores bem como o estabelecimento de nexo de causalidade entre o autor e o acto, coadjuvando (auxilia) o DCIAP, sendo este, o principal órgão especializado do MP, responsável pela coordenação da investigação deste tipo de crimes.

Numa intervenção da Ministra da Justiça (2013), no dia mundial da corrupção, “*A investigação criminal destina-se a demonstrar os elementos objectivos do crime, a identificação dos seus agentes e o seu grau de culpa*”.



Mas a investigação criminal em Portugal debate-se com enormes problemas, que para além da falta de RH e financeiros, debate-se também com problemas “(...) ao nível da formação, da especialização, da informatização e das perícias forenses” (SNI, 2012:15), que resulta normalmente (devia ser uma excepção à regra), na demora nos processos ou inquéritos⁵⁵⁷ e eventual prescrição.

Sendo o TdC e a PGR totalmente independentes do poder governativo, salta à vista de todos através da CRP, que os seus próprios presidentes são propostos nada mais, nada menos, pelo próprio poder Governativo. ‘Será que isto serve para criar alguma permeabilidade ou cumplicidade (conflito de interesses) entre os agentes governativos e os agentes da justiça e agentes que controlam as contas públicas, nomeadamente as despesas do próprio Governo?’ É obvio que a opinião pública já presumiu e testemunhou que poderá haver certos relacionamentos e encontros informais entre membros do Governo e estas duas figuras (a mais conhecida, foram os jantares entre o Procurador Geral da República Pinto Monteiro e o ex-governante José Sócrates), de modo a poder intervir em algo do seu interesse. Deste modo, a separação de poderes (Justiça e Governo) pode até estar em causa através deste ‘feudalismo’, dando azo tanto a um maior despesismo de dinheiros dos contribuintes (PPP) derivado a más decisões e incompetências governativas, como também não existirem responsabilidades políticas (como diz o povo “a culpa morre solteira”). Não admira nada que estas nomeações estejam consagradas na CRP, pois as próprias estatísticas da corrupção falam por si e as notícias divulgadas pelos *Média* também. O ideal será na próxima alteração à Constituição se modifique esta realidade que em nada enaltece e dignifica estes órgãos de soberania, que cada vez mais estão na iminência de perderem todo o prestígio por parte do cidadão que tanta confiança depositou nestas instituições democráticas (a par de outros órgãos de soberania⁵⁵⁸).

⁵⁵⁷ Exemplos: acesso às várias bases de dados dispersas pela AP, requisitar determinadas diligências a várias entidades da AP, de actos simples como o de verificar moradas ou o património;

⁵⁵⁸ CRP: artigo n.º 110 - Órgãos de soberania

“São órgãos de soberania o Presidente da República, a Assembleia da República, o Governo e os Tribunais.”;



Face a esta minha incoerência constitucional, sugere-se que cada um destes organismos deverá eleger de entre os seus pares, um conjunto de membros por escrutínio secreto, apresentando-os de seguida à Assembleia da República, e aqui nomeado o presidente através dos votos dos deputados⁵⁵⁹. E, assim, se pode dizer que isto é, Democracia pura.

Pode-se também constatar ao longo da pesquisa teórica (estado da arte), problemas ou falhas que são comuns em todas as entidades aqui referidas (incluindo as do sistema judicial), como a falta RH⁵⁶⁰ e especializados, a falta de recursos materiais, a falta de verbas financeiras, a falta de formação especializada, a falta de tratamento da informação (nomeadamente de combate e prevenção à corrupção) e a falta de coordenação, articulação, comunicação e partilha de informação entre as diversas entidades de inspecção, auditoria, controlo e regulação. Todos estes problemas aqui resumidos, acarretam grandes falhas para a eficiência e eficácia na missão destas organizações, nomeadamente em matéria de detecção e combate às ilegalidades como a corrupção, outros ilícitos criminais entre outras irregularidades, sendo certo, que o principal prejudicado será sempre aquele que está no centro deste sistema – o cidadão.

Em suma, a eficácia na prevenção e combate à corrupção no sector da saúde, depende da cooperação e articulação entre o controlo interno e o controlo externo ou de supervisão/regulação e entre estes e as entidades judiciais, da vontade política em implementar medidas deste âmbito e transparência na gestão pública, e por fim, a mais importante, a educação da sociedade.

⁵⁵⁹ Deixo pessoalmente aqui bem claro, preto no branco, que esta sugestão (ou proposta de acção) que se acaba de escrever, não está relacionada, nem plagiada, nem tão pouco sabia que existia, com a sugestão feita pelo autor Moreno (2010:181, 184), descoberta posteriormente no final seu livro, já depois ter escrito sobre estes organismos em sintonia com a discussão, onde também optei por fazer algumas referências à sua bibliografia, no cruzamento da informação já escrita relativa às PPP;

⁵⁶⁰ Ver em anexo: Tabela 38 - Recursos humanos afectos à operacionalidade por entidade;



→Análise aos resultados estatísticos

Dos dados estatísticos recolhidos para o período em referência (2009-2013) não revela se os crimes da prática médica como o fenómeno da corrupção no sector estejam a aumentar ou a diminuir.

Pois como já foi referido anteriormente, nos crimes de corrupção devido à complexidade de cada caso, os indivíduos suspeitos só serão formalmente acusados, anos depois de ser denunciada a ocorrência e reunida a prova ou indícios suficientes para a acusação. Mesmo que perante um cenário de aumento do número de arguidos e condenados nos próximos anos, não implica que o fenómeno esteja a aumentar, pois certamente que a proveniência destes processos remontam a anos anteriores, pelo que seria uma conclusão precipitada.

A maior parte dos casos narrados pelos *Média* ocorreram na região de Lisboa e zona centro do país, mais concretamente na cidade de Coimbra (considerada zona de influência com mais concentração de prestadores de saúde a nível nacional) e na sua maioria há uma prevalência da classe profissional médica. Também na maior parte dos casos, referem uma relação de promiscuidade entre a classe médica. As relações de familiaridade também estão presentes⁵⁶¹, nomeadamente quando actores com cargos de chefia permitem a outros membros da família e também eles médicos⁵⁶², a prestarem os mais variados serviços clínicos e estando já afectos a outro prestador, traduzindo-se num acumular indevido de funções com prejuízo claro para o erário público. A maioria dos ilícitos cometidos pela classe médica e expostos pela comunicação social são: os indícios da eventual prática de crimes de falsificação de documentos (atestados, receitas médicas, diagnóstico), burla e corrupção na área de medicamento. Também a distância curta entre os prestadores públicos e privados é

⁵⁶¹ Exemplo: o caso da antiga presidente do CA da ULS da Guarda, Ana Manso, interferiu na transferência do seu marido da ULS de Castelo Branco para a ULS da Guarda, e após isto, nomeou-o como auditor interno;

⁵⁶² Exemplo: médicos que trabalhavam simultaneamente no Hospital de Santa Maria (Lisboa) e na MAC, sendo um deles, filho do director da MAC;



mencionado nas várias notícias, o que leva a querer que existe um ‘rodopio’ de profissionais de um lado para o outro, sobrepondo horários e desviando pacientes.

Relacionando estes dados com as estatísticas oficiais facultadas⁵⁶³, pode-se mesmo verificar uma relação entre eles, já que é na zona de Lisboa que prevalece o maior número de processos de corrupção (30), com prevalência da burla e falsificação, e, relativamente ao crime mais evidenciado da prática clínica, destaca-se o crime de «Atestado falso» (facto falso ou ignorando se os factos correspondem à verdade), com maior número de processos (11), arguidos (49) e condenados (26) no período compreendido entre 2007-2013.

Perante tais factos leva ainda a concluir que as **entidades judiciais** estão a cumprir o seu papel, e as entidades de supervisão ou de investigação (IGAS, MP/DCIAP, PJ) demonstraram que realizaram o seu trabalho na recolha da prova para que houvesse condenados. Mas não chega, é sabido que estes números poderão ser maiores, pois o difícil é encontrar indícios, factos, evidências ou provas, a juntar à falta de comunicação/denúncia às autoridades e ainda como não bastasse, persiste a falta de meios humanos, financeiros e materiais na investigação, para que não haja supérfluos casos de impunidade que lesem não só o Estado, mas também o paciente.

Caso não sejam criadas novas medidas de prevenção e actualizar as medidas repressivas, como por exemplo repensar a pena a aplicar (Será que só a pena de prisão é eficaz? Ou aplicar a uma pena de prisão conjuntamente com outro tipo de penas secundárias/acessórias: trabalho a favor da comunidade, trabalho não remunerado, corte salarial por um determinado tempo de modo a repor quantia obtida indevidamente, prolongamento do horário de trabalho, o corte parcial das férias, frequentar aulas em centros reeducativos e pedagógicos, a exoneração de funções públicas e a impossibilidade da sua readmissão), pois poderemos estar a contribuir

⁵⁶³ Descritos nos subcapítulos: 4.4.1(Pág.173, 174) e 4.4.2 (Pág. 177);



para o crescimento do fenómeno e também alimentar a impunidade dos infractores, que se poderá tornar recorrente neste tipo de crime.

Ainda no meu entender, como medida de acção do ponto de vista repressivo e de combate à corrupção, no caso do infractor ser **reincidente**, a pena obrigatória a aplicar deverá ser a exoneração do cargo de funções públicas e proibido de voltar a exercer qualquer actividade no sector público, sem prejuízo das principais penas a aplicar, ou no caso de exercer funções no privado, a pena a aplicar deverá ser uma suspensão longa da inscrição na OM, e da mesma forma, proibido de se candidatar a uma actividade no sector público, sem prejuízo das principais penas a aplicar.

Só com a implementação destas medidas é que poderá haver uma dissuasão destas práticas, que por um lado poderá engordar as estatísticas criminais a curto prazo, mas que certamente terá progressos a médio longo prazo, não só nas estatísticas criminais (a diminuírem), mas também para o bom desenvolvimento ético-social, cultural e económico do sector da saúde e do país.

→ A denúncia

É caso para se dizer, que estamos a viver num país cada vez mais doente, a ver mesmo ali ao lado (e em flagrante) a corrupção a acontecer, cujo paciente na maioria dos casos nada pode fazer, por medo, por represálias⁵⁶⁴, pela ignorância sobre o passo seguinte à denúncia, por a denúncia se presumir inconsistente (*‘Denunciar para quê? Eles não fazem nada!’*), pela percepção de impunidade, pela percepção de inferioridade em relação ao médico, o medo do Tribunal, e quando algo é feito, acaba sempre na absolvição do suspeito e no arquivamento do processo e, por fim, o

⁵⁶⁴ Também na classe médica há relatos de profissionais clínicos que denunciaram casos como o desvio de pacientes do sector público para o privado, são perseguidos e prejudicados profissionalmente, que através de uma “(...) forma insidiosa, são colocados entraves à sua progressão na carreira, com claros prejuízos da sua vida pessoal e profissional”.

Fonte: Jornal de Notícias (2013b), acessível através do link:

<http://www.jn.pt/PaginaInicial/Sociedade/Saude/Interior.aspx?content_id=3531009&page=-1>;



paciente chega à conclusão que não valeu a pena, sendo ele próprio o alvo das críticas (sociais ou outras) ou quem sabe, acabará ele próprio por ser o suspeito/arguido, carregando a 'cruz' de um processo por difamação ou denúncia caluniosa⁵⁶⁵. No final, só lhe resta uma alternativa, procurar outro prestador ou médico que lhe preste os cuidados de saúde devidos, de modo a evitar a crítica, o assédio moral, a provocação e a chacota pública (principalmente nos meios mais pequenos do interior do país).

Isto deve-se sobretudo à desconformidade ou ineficiência do sistema jurídico, pois permite que haja um sancionamento do denunciante, mormente nos casos em que o OPC não faça uma recolha efectiva da prova, que seja credível (muitas das vezes por falta de meios técnicos ao dispor e formação especializada) e validada pelo MP. Assim o denunciante pode incorrer, como incorre na maioria das vezes, no crime por difamação ou denúncia caluniosa (artigos: 180.º e 365.º do CP, respectivamente), por falta de protecção da justiça (desenvolvido na parte final deste tema), resultando para o denunciante um prejuízo patrimonial⁵⁶⁶ ou dano moral. Esta falta de protecção leva a que o denunciante opte por recorrer à denúncia anónima, que na maioria das vezes é arquivada por falta de indícios.

Estes aspectos são justificados e seguem no mesmo encadeamento de uma investigação⁵⁶⁷ coordenada entre DCIAP-PGR e CIES-ISCTE (2010:66-78), que conclui que uma grande parte das denúncias de Corrupção, Peculato e Participação económica em negócio, foi formalizada em anonimato (31,4%), a maioria dos processos são arquivados (53,1%) e a sua principal causa é a falta de prova (57%).

Deste modo (quanto à difamação), o sistema judicial tem que procurar mudar de procedimentos a favor de uma discriminação positiva (a favor do denunciante), para que o direito à denúncia da corrupção não se torne num obstáculo, muito menos se

⁵⁶⁵ A TIAC (2013:32) recomenda encontrar um ponto de equilíbrio entre o direito/dever de denunciar e a tutela da honra (desmesurado alcance da incriminação através da difamação);

⁵⁶⁶ Exemplos: Pagar as custas processuais e uma indemnização ao denunciado (aspectos como: afectar o bom nome, o prestígio, a consideração social e profissional, entre outros);

⁵⁶⁷ Análise à totalidade de processos-crime de corrupção e conexos comunicados ao DCIAP, no período de 2004-2008;



transforme numa coacção ao denunciante ou numa quase obrigação de apresentar a ‘*arma do crime*’ (a prova), mas sim, caberá somente ao MP ou ao juiz após a sua análise exaustiva, avançar ou não, com uma denúncia caluniosa contra o denunciante e impedir o(s) suspeito(s) de avançar previamente com a queixa difamatória, na tentativa de condenar e reprimir quem denuncia e não tem em seu poder qualquer prova, mas apenas indícios ou suspeitas. Nestes casos deverá também subsistir um prazo dilatado (sugere-se o prazo razoável de 5 anos) e não de antecipação da denúncia caluniosa, por ser um tipo de crime (corrupção) de elevada complexidade e de difícil recolha de prova.

A notícia de um ilícito criminal chega ao conhecimento do MP, através de conhecimento próprio, através dos OPC (entidade judiciária) ou ainda através de outra entidade ou mediante denúncia⁵⁶⁸. Os OPC têm o dever de comunicar a notícia de um crime ao MP, no prazo máximo de dez dias⁵⁶⁹.

O Código de Processo Penal apenas impõe o dever de denúncia obrigatória (art. 242.º) para as entidades policiais (OPC), quanto a todos os crimes de que tomarem conhecimento; para os restantes funcionários públicos, na acepção do “*artigo 386.º - Conceito de funcionário*” do CP, quanto a crimes de que tomarem conhecimento no exercício das suas funções e por causa delas; e, facultativas (art. 244.º), para qualquer outra pessoa. A denúncia não está sujeita a qualquer formalismo, podendo ser verbal ou escrita (art. 246.º).

Tomamos em conta o seguinte exemplo: uma vítima de violência doméstica que se dirige ao hospital para receber tratamento devido aos ferimentos, onde através de um exame se detecta um aneurisma. Aqui há que distinguir três situações: a primeira, diz respeito ao médico enquanto funcionário público que embora sobre ele recaia um dever de denúncia, o segredo médico prevalece sempre sobre o dever de denúncia, porém admite excepções “*(...) nos casos extremados de crimes mais graves que*

⁵⁶⁸ CPP: artigo 241.º - Aquisição da notícia do crime;

⁵⁶⁹ CPP: artigo 248.º - Comunicação da notícia do crime;



ponham em causa a paz jurídica ou haja o perigo fundado de novas infracções”, como é o caso da violência e abuso de menores e da violência doméstica, que o legitima à quebra do sigilo profissional (Pereira, 2009:45); a segunda, respeita ao médico enquanto funcionário de uma entidade privada, que sobre ele não recai qualquer dever de denúncia, no entanto, com base no princípio da prevalência do interesse preponderante (qual dos interesses deve prevalecer: o sigilo médico ou a denúncia) é justificável que o médico enquanto funcionário privado, denuncie às autoridades aquele cenário de violência; o terceiro, diz respeito à sua actividade enquanto médico, o qual deve elucidar/persuadir a vítima que avise o agressor ou outros familiares que tem um grave problema de saúde (aneurisma), ou caso contrário (a vítima não demonstrou interesse na recomendação), sem o consentimento da vítima, seja o próprio médico a revelar aquele cenário clínico aos familiares mais próximos de modo proteger a vítima, do seu direito à vida e de agressões futuras (princípio da prevalência do interesse preponderante), ou seja, é legítimo que o médico revele os factos relativos a uma doença grave que possa lesar um “(...) interesse público legítimo e relevante” (CP: art. 192.º [n.º 2] - Devassa da vida privada).

A notícia de um crime origina a abertura de um inquérito pelo MP⁵⁷⁰ coadjuvado por um OPC, correspondendo à fase de investigação, que compreende o conjunto de diligências que se destinam a averiguar a existência de um crime, determinar quem o praticou, descobrir e recolher as provas, seguindo-se a fase de instrução (facultativa) se houver requerimento a pedido do arguido ou da vítima por não concordarem com o despacho de acusação (decisão) do MP ou no final da fase seguinte (julgamento), o condenado interpor recurso para uma instância superior. Finda esta (instrução), segue-se a fase de julgamento, que pode resultar numa acusação, ou seja, reunida a prova suficiente e identificado o autor do crime, haverá uma condenação (pena) ou caso contrário haverá uma absolvição, terminando num arquivamento.

⁵⁷⁰ CPP: artigo 262.º - Finalidade e âmbito do inquérito;



A investigação criminal efectuada pelo MP coadjuvado pelo OPC, só é eficaz se conseguir identificar o suspeito e reunir provas suficientes que permitam uma condenação em Tribunal.

A queixa ou a denúncia é apresentada junto dos OPC (PJ, PSP, GNR) ou junto das autoridades judiciais como o MP, que têm a competência de receber todas as queixas e denúncias criminais que lhe sejam apresentadas⁵⁷¹, mesmo que o crime não tenha sido cometido na respectiva área territorial.

Porém não menos válido, pode também ser comunicado em qualquer instituição pública, mesmo que não seja matéria da sua competência legal, pelo que esta terá de fazer o seu reporte para o MP no mais curto prazo, que não pode exceder 10 dias⁵⁷².

No caso específico dos ilícitos da prática clínica, as queixas e denúncias podem em alternativa ser apresentadas nas Delegações do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, gabinetes médico-legais, na Inspeção-Geral das Actividades em Saúde (IGAS), nos hospitais e centros de saúde através do gabinete do utente e ainda no portal da internet da ERS, através da página «Livro de Reclamações», acessível em: <https://www.ers.pt/pages/50?cpp=1>.

Pode ainda ser formalizada denúncia/queixa quanto aos crimes contra a integridade física cometidos pelos profissionais de saúde, através do portal «Queixa Electrónica» do Ministério da Administração Interna (MAI), acessível em: <https://queixaselectronicas.mai.gov.pt/>.

A PGR também possui no seu sítio oficial na Internet, uma «Plataforma de denúncias» especialmente dedicada aos cidadãos que desejam denunciar situações de fraudes e de corrupção, acessível em: <https://simp.pgr.pt/dciap/denuncias/>.

⁵⁷¹ CPP: artigo 241.º - Aquisição da notícia do crime;

⁵⁷² CPP: artigo 245.º - Denúncia a entidade incompetente para o procedimento;



Em alternativa, também a PJ possui no seu portal de internet, um espaço para queixas e denúncias de crimes de corrupção e conexos «Apresentar Queixa», acessível em: <https://www.policiajudiciaria.pt/PortalWeb/page/%7B5BFC28DE-D200-4BCC-9422-F495EE8EE82A%7D>.

Por seu turno, o CPC, organismo público com várias competências em matéria de prevenção da corrupção, como a recolha e análise de factos de corrupção, que deveria ter um portal de queixas/denúncias, não o tem, nem sequer ligações aos portais de queixas/denúncias às entidades atrás mencionadas.

Também ao TdC não é conhecido um portal de denúncias, pelo que seria importante a implementação deste mecanismo, de modo a ter conhecimento no imediato de contratos que não são remetidos a visto prévio ou sobre a legalidade violada do dispêndio público.

A denúncia é hoje em dia reconhecida como um dos instrumentos principais no combate à corrupção, fraude e crimes conexos (TIAC, 2013:4). Porém, para que este meio seja eficaz é necessário proteger aqueles que denunciam.

Qualquer cidadão que disponha de informação adicional sobre factos que constituam objecto de um processo criminal, ou que denuncie actos de corrupção (ou outro tipo de crime), pode beneficiar na qualidade de testemunha, das medidas de protecção em processo penal, “(...) quando a sua vida, integridade física ou psíquica, liberdade ou bens patrimoniais de valor consideravelmente elevado⁵⁷³ sejam postos em perigo por causa do seu contributo para a prova dos factos que constituem objecto do processo” (n.º 1 do art. 1.º da Lei n.º 93/1999, de 14 de Julho). Essas medidas podem passar pela ocultação de testemunha⁵⁷⁴, testemunho por teleconferência⁵⁷⁵, não revelação de identidade⁵⁷⁶, integração em programas pontuais⁵⁷⁷ ou especiais de segurança⁵⁷⁸,

⁵⁷³ Exceder 200 UC ou superior a 20400 euros (art. 202.º alínea b) do CP);

⁵⁷⁴ Lei n.º 93/1999 de 14 de Julho: art. 4.º – Ocultação da testemunha;

⁵⁷⁵ Lei n.º 93/1999 de 14 de Julho: art. 5.º – Teleconferência;

⁵⁷⁶ Lei n.º 93/1999 de 14 de Julho: art. 13.º – Não revelação de identidade;



podendo abranger o seu cônjuge, os seus familiares e outras pessoas que lhes sejam próximas.

Por fim reitero as palavras da magistrada Maria José Morgado⁵⁷⁹, Portugal não tem “(...) uma cultura de denúncia”, contribuindo para uma “(...) sociedade limpa”, mas não há dúvidas que tem uma “(...) cultura de escândalo” (TVI24, 2014)⁵⁸⁰.

→ Os casos e os *Média*

Confrontando a quantidade de casos aqui descritos, uns noticiados pelos *Média*, outros enunciados pelas entidades que estão no terreno, com as estatísticas judiciais, algo parece estar aqui errado, pois o número de arguidos, condenados e até mesmo o número de processos, não faz transparecer a quantidade de casos divulgados, tanto nos casos dos ilícitos da prática médica como na realidade ‘escura’ da corrupção. Daqui retira-se algumas conclusões: ou os Portugueses (lesados) não revelam uma cultura de denúncia, ou possuímos uma justiça obsoleta, sem meios e sem recursos, ou sofremos da falta de especialistas capazes de julgar casos complexos, ou então, os *Média* dão demasiado mediatismo a determinados casos sobrecarregando-os com informações de algum exagero, introduzindo linguagem jurídica que não correspondem à interpretação dos factos, ou ainda, do acumular de todos estes factores.

Julga-se que o mais correcto é mesmo o acumular de todos estes factores, de não transmitirem rigor, objectividade e clareza dos verdadeiros números no sector da saúde, salvaguardando ao mesmo tempo uma classe profissional – médico (e também a de farmacêutico), que por culpa própria de uma parte substancial destes profissionais, esta classe começou a ser denegrada e desprestigiada à medida que o

⁵⁷⁷ Lei n.º 93/1999 de 14 de Julho: art. 20.º – Medidas pontuais de segurança;

⁵⁷⁸ Lei n.º 93/1999 de 14 de Julho: art. 21.º – Programa especial de segurança;

⁵⁷⁹ À data desta dissertação é Procuradora-geral-adjunta no distrito de Lisboa (ex-directora do DIAP);

⁵⁸⁰ Acessível através do link: <<http://www.tvi24.iol.pt/sociedade/tvi24-ultimas-noticias-corrupcao-maria-jose-morgado-blogosfera/1557731-4071.html>>;



paciente começa a tomar conhecimento, consciência e capacidade de avaliação dos actos e condutas impróprias destes e de outros profissionais de saúde.

Se existe um elevado número de casos de corrupção comunicados pelos *Média* que não corresponde à verdadeira criminalidade participada, então estamos em condições de referir, que este fenómeno é mesmo um iceberg. Mas não é um iceberg qualquer, ele é bastante largo nas bases (correspondente aos casos comunicados pelos *Média*) e apenas se visualiza um fragmento do topo (correspondente aos casos participados).

A comunicação social pode ser considerada como uma poderosa arma para uma efectiva e eficaz responsabilidade e reflexão social, onde a notícia do ‘crime’ chega a toda a sociedade com máxima transparência, relevo e liberdade, mais do que qualquer entidade oficial de supervisão, judicial, de investigação (judiciária) ou outra.

É através dos mais variados órgãos de comunicação social que a sociedade portuguesa toma conhecimento das muitas situações graves que se passam no sector da saúde, caso contrário até se poderia dizer que tudo vai bem, quando muita coisa vai mal. Pode-se mesmo dizer que os *Média* fazem parte do sistema de controlo externo da retaguarda das principais entidades oficiais aqui referidas.

Também para a elaboração deste estudo, teve em atenção as várias notícias divulgadas pelos mais variados órgãos de comunicação social, procurando de seguida a informação oficial nos organismos de supervisão, regulação, judicial e de investigação ou outras fontes, que nem sempre foram **transparentes**⁵⁸¹ quanto à sua permissão de a facultar ou de estar publicitada.

Também é através deles que damos conta do reforço do controlo e fiscalização por parte destes organismos, traduzindo-se numa conjugação e coordenação de esforços

⁵⁸¹ O TdC europeu disponibiliza os seus relatórios com 48 horas de antecedência aos jornalistas acreditados, para os poderem estudar e tirarem dúvidas, com proibição de os divulgarem antes do prazo imposto. Na Inglaterra o sucesso desta colaboração é tal que muitos dos relatórios de auditoria são vendidos com êxito nas bancas e quiosques (Moreno, 2010:94-95);



no combate à corrupção e à fraude contra o SNS, mostrando dar bons resultados, pelo que o combate e prevenção destes tipos de crimes devem ser uma prioridade.

É a partir dos meios de comunicação social e da sua missão de informar, que somos diariamente *'bombardeados'* por vezes exageradamente com notícias repetitivas sobre corrupção, fazendo com que a sociedade construa a sua própria percepção sobre o fenómeno, caso contrário, poderia afirmar-se que não há corrupção. Ainda bem que é assim, pois também contribui para uma sociedade mais limpa e íntegra.

Por outro lado, o jornalismo de investigação deve ser mais desenvolvido, especializado e conhecedor, tanto em técnicas de investigação, como do ambiente jurídico de investigação, de modo a não criar conflito com as regras e procedimentos judiciais, ao ponto de prejudicar estes nas suas investigações.

Aos órgãos de comunicação social, como nome indica, é social, então deve também junto da sociedade desenvolver campanhas educativas e debates sobre o fenómeno da corrupção e de aspectos relacionados com a legalidade da prática médica (o consentimento, o dever de esclarecimento, o sigilo médico, entre outros), de maneira a incutir no paciente uma outra visão, educação e relacionamento com este sector ou com os próprios profissionais de saúde.

Este tipo de jornalismo para além de educar e de transmitir certos valores, tem também um papel importante no acompanhamento dos processos judiciais, que muitas das vezes se perdem no tempo e no esquecimento social (é costume ouvir-se que *'os Portugueses têm memória curta'*), perdendo-lhes o próprio *'rasto'*, ficando por saber qual foi o desfecho de uma determinada decisão judicial (fase de julgamento) ou como refere Maia (2011:4, 8) a tendência é para serem *"(...) apresentados com menor destaque"*.

Temos assim, por um lado o cidadão ao qual se lhe atribui um papel de controlador e de monitorização, e por outro lado, os *Média*, que se lhes atribui um papel de denúncia e condenação social.



Referente ao que foi relatado, considero que os órgãos de comunicação social, são uma representação indirecta do povo na democracia, nas mais variadas formas de acção social, decisão e responsabilização social.

→ **Matéria processual criminal – a prova, a morosidade e a prescrição**

Grande parte dos processos criminais no sector da saúde, quer seja por violação das “*Leges Artis*”, quer seja pelos crimes de corrupção, acabam por ser arquivados por falta de prova e as condenações não passam de uma mera excepção⁵⁸².

No caso dos ilícitos da prática médica, vulgarmente a recolha da prova é feita entre o depoimento de testemunhas técnicas e da perícia médica, porém, sendo estes colegas de profissão (do médico suspeito), se houve dizer por largas vezes aos pacientes lesados ou assistentes que ‘*os médicos protegem-se uns aos outros*’, ou seja, o que está aqui em causa é o princípio da imparcialidade ou neutralidade, que podem prejudicar a prova, e mais grave ainda, é o paciente sentir-se vitimado e sentenciado duas vezes, da lesão propriamente dita e da ineficácia ou dificuldade na produção de uma prova sólida que determine a culpa e uma responsabilização efectiva, que tende a prolongar-se no tempo até transitado em julgado (tempo de espera por uma decisão).

Deste modo, o paciente como é um leigo nesta matéria, é-lhe exigido que seja ele a fornecer parte da prova, ou seja, através dos seus argumentos provar que a conduta do médico não foi a mais apropriada e ao médico compete contestar os argumentos e a causa do dano para diminuir a sua responsabilidade (Pina, 2013:222-223), leva logo a concluir que este tipo de procedimento para o apuramento da prova, está à partida condenada para o paciente, difícil se não mesmo impossível de provar, restando-lhe poucas alternativas e a sorte da ‘*perícia corporativista*’.

⁵⁸² Ver Tabela 17 (Pág.174) e Tabela 18 (Pág.177);



Aqui torna-se complicado julgar um colega de profissão ou que até mesmo fizeram o curso juntos (perito e médico), sendo uma causa geradora de conflitos no sistema. Quanto ao médico suspeito, desde logo avista que a sua conduta mesmo que dolosa irá fazer parte da negligência, cuja responsabilização será à partida atenuada.

Particularizando, nos crimes relacionados com os cuidados clínicos, a relação médico-paciente é desenvolvido num ambiente particular a dois, em privado, e quanto muito evolui com a presença de uma terceira pessoa, normalmente familiar ou muito próxima do paciente, que em estreita medida a sua presença é autorizada através do consentimento do paciente, a que se junta a grande assimetria de informação em que o paciente é vencido por conhecimentos científicos diminutos ou nenhuns, e por fim, para dificultar ainda mais a produção da prova, existe a reserva/dever do médico ao sigilo profissional e dos registos clínicos incompletos⁵⁸³. Já nos casos dos crimes de corrupção e conexos a relação desenvolve-se num ambiente de secretismo, geralmente não envolvem mais do que 10 profissionais deste sector (tendo em consideração as várias operações da PJ noticiadas), que têm uma relação profissional completamente distinta e duradoura (médico-farmacêutico-DIM), mantendo uma completa relação de confiança, pois como já se sabe, neste tipo de crime todos têm a ganhar (vantagem patrimonial ou não patrimonial).

Conclui-se deste modo, que a recolha da prova é tão difícil nos crimes de prática médica como nos crimes de corrupção e conexos, que resultam em ambos os casos, num ambiente reservado das partes em que se desenvolvem os factos.

Também para além da falta de prova, a morosidade é outro problema que se levanta na resolução dos processos penais em ambos os casos (prática médica e corrupção),

⁵⁸³ CDOM: artigo 100.º - Processo clínico, ficha clínica e exames complementares

1 - O médico, seja qual for o enquadramento da sua acção profissional, deve registar cuidadosamente os resultados que considere relevantes das observações clínicas dos doentes a seu cargo, conservando-os ao abrigo de qualquer indiscrição, de acordo com as normas do segredo médico.

2 - A ficha clínica é o registo dos dados clínicos do doente e tem como finalidade a memória futura e a comunicação entre os profissionais que tratam ou virão a tratar o doente. Deve, por isso, ser suficientemente clara e detalhada para cumprir a sua finalidade.



como ficou demonstrado pelo estudo de Lígia Ernesto (2012), pelo relatório do SNI (2012) e ainda por algumas notícias divulgadas pelos *Média*.

Uma das causas prováveis nos ilícitos da prática médica deve-se à incerteza da ciência médica (natureza e complexidade humana) ou à subjetividade da medicina (não é uma ciência exacta), aspectos estes, que têm que ser analisados exaustivamente e com extremo cuidado, que por vezes continuam a deixar aspectos em aberto, não conclusivos e difíceis de explicar, tornando-se ao mesmo tempo num factor de protecção e salvaguarda para os profissionais de saúde, pelo que será necessário um estudo aprofundado sobre estas e outras causas da demora dos processos penais contra os profissionais de saúde. Já nos crimes de corrupção e conexos, a principal causa deve-se à falta de formação e especialização dos magistrados (MP e Judiciais).

Ainda o estudo daquela autora indica que foi a partir de 2005 que as condenações por negligência aumentaram, já que na sua amostra foram noticiadas apenas 5 condenações até aquele ano, que ascenderam a 37 até 2011. Porém, com o presente estudo que aqui se pretende apresentar como uma verdadeira radiografia e com números oficiais dos processos-crime (arguidos, condenados e absolvição/arquivamento), não se consegue comprovar devido ao segredo estatístico, até que ponto a sua defesa estava correcta através dos números divulgados pelos *Média*.

E, para finalizar este tema, os prazos de prescrição (estabelecidos pela pena máxima de prisão), segundo o artigo 118º do CP, refere que para os crimes de Corrupção (activa e passiva) e ainda para alguns crimes conexos a este, como o Peculato, Participação económica em negócio, Concussão, o Abuso de poder, o Recebimento indevido de vantagem e o Tráfico de influências, é de 15 anos sobre a prática do crime. Já o crime de suborno prescreve ao final de 2 anos.

O maior desafio que se coloca aos períodos de prescrição é na avaliação dos factos e a dúvida no enquadramento jurídico entre duas ou mais normas pela autoridade judicial, como por exemplo o desvalor de uma certa conduta desviante não ser considerada Recebimento indevido de vantagem e ser considerada Suborno. Pelo que se observa,



existe uma diferença temporal na prescrição muito significativa entre aqueles dois tipos de crime, podendo comprometer a eficácia da fase de investigação do processo criminal.

De realçar que da informação estatística solicitada à DGPJ de modo a saber quantos processos e quantos arguidos beneficiaram da extinção do procedimento criminal – Prescrição, toda esta informação para cada um dos tipos crimes aqui evidenciados (ilícitos da prática médica e de corrupção) estava protegida pelo segredo estatístico.

Outro problema que se coloca aos períodos de prescrição levando ao arquivamento de processos, tornando-se por um lado, num incentivo à impunidade dos arguidos, e por outro lado, na ineficácia da justiça, está nos poucos motivos de interrupção e suspensão dos prazos de prescrição que o CP concede (artigos 120.º e 121.º).

Visto que os processos-crimes de corrupção são de elevada complexidade (secretismo e ausência de provas), carga burocrática e procedimental, sugere-se um aumento de causas prováveis para interrupção e suspensão do prazo de prescrição.

Por exemplo, os sucessivos recursos para instâncias judiciais superiores é um meio bastante utilizado e eficaz para fazer prescrever um processo-crime (suspende a pena mas não suspende o prazo). Esta deverá ser uma das causas a ser englobada.

Artigo 120.º do Código Penal

Suspensão da prescrição

1 - A prescrição do procedimento criminal suspende-se, para além dos casos especialmente previstos na lei, durante o tempo em que:

- a) O procedimento criminal não puder legalmente iniciar-se ou continuar por falta de autorização legal ou de sentença a proferir por tribunal não penal, ou por efeito da devolução de uma questão prejudicial a juízo não penal;
- b) O procedimento criminal estiver pendente a partir da notificação da acusação ou, não tendo esta sido deduzida, a partir da notificação da decisão instrutória que pronunciar o arguido ou do requerimento para aplicação de sanção em processo sumaríssimo;
- c) Vigorar a declaração de contumácia; ou
- d) A sentença não puder ser notificada ao arguido julgado na ausência;
- e) A sentença condenatória, após notificação ao arguido, não transitar em julgado;
- f) O delinquente cumprir no estrangeiro pena ou medida de segurança privativas da liberdade.



→ A transparência

A transparência na saúde enquadra-se no dever que o Estado assume de informar os cidadãos acerca dos vários serviços prestados nos cuidados de saúde com qualidade e segurança, incluindo a prestação pública de contas, bem como divulgação de outras informações, de maneira objetiva, simples e decodificada. E, como é referido pelo antigo presidente do TdC, “(...) é garantir condições de maior responsabilidade” (RTP Notícias, 2015).

Para provar esta afirmação, basta verificar o grau de transparência de alguns organismos aqui referenciados, uma vez que muitos deles propõem melhorar esta valência, mas, o que se verifica, é precisamente o contrário, como fica demonstrado nos vários momentos do pedido de informações para este trabalho⁵⁸⁴, pois não se estava a pedir informações que violassem a privacidade de alguém (nomes de pessoas, moradas, contactos), muito menos a violação do segredo de justiça ou profissional (PJ).

Esperava-se que a realização deste trabalho fosse mais prático do que teórico, mas a visita às primeiras instituições (democráticas) como a IGAS, a PGR, a UNCC, no sentido de fornecerem dados, revelou-se desde logo o principal entrave/limitação, contudo leva a concluir o seguinte: os ilícitos e principalmente a corrupção existe neste sector (pelas estatísticas facultadas e pela quantidade de notícias divulgadas pelos *Média*), e de uma forma geral, as entidades de supervisão, regulação, judicial e de investigação são pouco ou nada transparentes em divulgar e a facultar determinados dados de índole estatístico, que se presumem ser de âmbito público.

Curioso foram também os pedidos enviados a outras entidades visadas, nomeadamente ao ACSS/CFF, ERS, PJ (sede), a solicitar informação estatística ou diversa relativa à corrupção neste sector, sendo que a resposta obtida nunca foi ao encontro das solicitações, o que leva a crer que a matéria em causa gera algum desconforto.

⁵⁸⁴ Ver Tabela 15 - Solicitação de informações às entidades;



Também a principal entidade com competência estatística judicial (DGPJ), não apresenta uma informação transparente do número de processos, arguidos, condenações e absolvições por sector de actividade em matéria de corrupção, sendo a principal limitação deste trabalho na recolha de tal informação.

Na nova lei orgânica da ERS, expressa mesmo que uma das suas atribuições é a “(...) *transparência das relações económicas entre os diversos operadores, entidades financiadoras e utentes*”⁵⁸⁵, tendo até, só um capítulo (VII) dedicado à sua responsabilidade e transparência, pelo que foi encontrado no seu sítio oficial grande parte da informação pretendida, embora por vezes, não seja fácil descobri-la.

Pelo contrário a IGAS, nada publicita, não tem um relatório findo das suas inúmeras inspecções/fiscalizações, ou melhor ter até tinha (apenas três), mas foram retirados já durante a elaboração deste estudo e a informação que foi disponibilizada, parte dela foi ocultada.

Também a ACSS respondeu à solicitação do pedido, mostrando-se incapaz de responder ao pedido num prazo legal de 10 dias, prorrogando o prazo de resposta por mais 15 dias, pelo que não se obteve qualquer outra resposta, após várias tentativas de insistência.

A nota positiva vai mesmo para o TdC (a par da ERS), que disponibiliza no sítio oficial todos os relatórios, fruto das suas auditorias e pretendidos para este trabalho. A par deste organismo de soberania, também a PGR tem nota positiva, pois apesar da deslocação presencial não ter corrido da melhor forma, por não ter sido recebido por nenhum Procurador ou administrativo responsável, terminou erradamente no reencaminho para a biblioteca. Após email enviado à PGR, esta facultou algumas estatísticas indispensáveis à prossecução deste trabalho, salientando o facto que “(...)

⁵⁸⁵ DL n.º 126/2014, de 22 Agosto (Estatutos da ERS): artigo 5.º (n.º2 alínea c)) - Missão e atribuições;



*não possui uma base de dados com abrangência nacional relativamente a fenómenos criminais*⁵⁸⁶.

Para reforçar este facto, a magistrada Maria José Morgado refere que *“(...) as ferramentas informáticas da Justiça são tão pobres que, não comportam a existência de bases de dados específicas ou comunicações em rede compatíveis com as necessidades de uma Justiça moderna”* (Sousa e Triães, 2008:20).

Há que afirmar que no acesso à informação mais elementar, há uma clara falta de cultura de transparência nas entidades de supervisão do sector da saúde, mas também em entidades de investigação (PJ).

Perante estas evidências, sugere-se a estes entes públicos a melhoria da *‘maturidade’* da transparência, pois parte desta informação, é informação que respeita a cada um de nós (em sentido lato – coletivo/sociedade), logo, património nosso, logo pública.

No mesmo rumo, devem também os diferentes prestadores de cuidados de saúde (público, privado e social), publicar e partilhar informação com os restantes *stakeholders*, evitando uma assimetria de informação, nomeadamente informação sobre: desempenho, qualidade, financeira/despesa. Dá-se o exemplo da relação entre cidadão - prestador, que ao dispor de informação sobre desempenho de um conjunto de prestadores e da avaliação que faz, irá dar preferência por aquele que mais se adequa às suas necessidades, pelo que faz aumentar a concorrência entre os prestadores pela melhoria contínua, ou também no caso da relação fornecedor - prestador, que ao ter conhecimento dos prazos médios de pagamentos ou do passivo elevado do prestador evita o contrato com o receio de vir a ter uma dívida incobrável.

A título de exemplo, o Centro Hospitalar do Algarve foi distinguido em Dezembro de 2015, com o prémio *“Excelência nas Compras da Administração Pública”*, que se destacou pelas boas práticas em matéria de transparência e rigor dos procedimentos

⁵⁸⁶ Ver em anexo: Figura 11 - Dados estatísticos recebidos da PGR;



de compras (princípios de igualdade e concorrência), utilizando para o efeito a plataforma Vortal (plataforma electrónica de contratação pública e empresarial)⁵⁸⁷.

Se tudo isto faz parte de um sistema, então devem ser tratados como um verdadeiro sistema de saúde português dinâmico. Nunca numa perspectiva individualista.

Em minha opinião, ter o cidadão como vigilante/controlador/supervisor da gestão pública (especialmente dos altos dirigentes da administração pública de saúde), seria mais uma das medidas eficazes de prevenção e combate à corrupção e à fraude. Seria por iniciativa dele averiguar e a denunciar determinadas situações de corrupção, através da interpretação de documentos públicos, mas não só, permitiria também detectar erros, omissões e possibilidades de melhoria. O sistema deveria começar por ser este, uma democracia participativa (good governance), dar mais atenção à reclamação/sugestão do cidadão (denúncia), ter o cidadão como controlador/supervisor, proporcionar-lhe condições e mecanismos/instrumentos de acesso à informação necessária. Ou seja, envolver mais o cidadão nos processos decisórios, não só para denunciar inconformidades e condutas desviantes daquilo que seria minimamente aceitável, mas também para aumentar a eficiência das organizações de saúde (como noutros sectores públicos). Seria *'talvez'* o sistema perfeito, pois toda a informação estaria exposta, seria conhecida, os gestores públicos como as respectivas administrações (CA) estariam em constante *'vigilancia'*, feita a 360º pelo cidadão.

Ademais, quando se invoca o interesse público e em causa estão investimentos avultados a cargo do erário público (dinheiros públicos), essa informação deve estar obrigatoriamente disponibilizada e de fácil acessibilidade. Mas caso seja incompatível com a privacidade, não deixará de se tornar pública, há que arranjar soluções para o problema e não esconde-lo, como por exemplo: a criação de um centro de conferência de documentos públicos, que fosse responsável pela gestão e publicação dessa

⁵⁸⁷ Fonte: CHAlgarve (2015), acessível no Portal da Saúde do MS, em: <<http://www.chalgarve.min-saude.pt/web/pt/fornecedores-e-empresas/122-chalgarve-ganha-premio-de-exclencia-2>>;



informação; a criação de uma boa plataforma interna que interligasse todas as instituições públicas ao centro de conferências e este com os *stakeholders*; a criação de um conjunto de mecanismos e ferramentas, de modo a seleccionar em cada documento, a informação que deve estar acessível ou não (criação de um conjunto de directrizes), como a ocultação de alguns dados de identificação (contactos, residência, etc.).

Também uma figura da justiça portuguesa, a Magistrada Maria José Morgado defende o seguinte, *“É necessário cortar no desperdício público e para isso seria importante a criação de um portal onde se acompanhem os gastos do Estado e seu desempenho, como acontece nos Estados Unidos.”* (De Sousa e Soares, 2011:69-70)

Este seria o momento ideal para implementar e avaliar esta medida, devido aos problemas financeiros que actualmente Portugal atravessa, com os sucessivos cortes em todos os sentidos na área da saúde, o que leva os gestores ou órgãos dirigentes máximos, a efectuarem cada vez mais uma gestão fechada, contornando muitas das vezes a lei.

Ao lado deste cidadão vigilante/controlador/supervisor devem estar os diferentes órgãos de comunicação social (os *Média*), pois na falta de resposta por parte do sistema, são eles parte complementar da investigação (falha do sistema judiciário) e da condenação social (falha do sistema judicial), trazendo os factos corruptos ao conhecimento de todos, criando um impacto social e pressão, quer sobre os profissionais de saúde, quer sobre as entidades de todo este sistema⁵⁸⁸.

⁵⁸⁸ Veja-se a título de exemplo a reportagem do canal televisivo TVI (2013), (acessível através do link: <<https://www.youtube.com/watch?v=I07jDH8bfxQ>>), que denunciava um alegado desvio de pacientes do Centro de Saúde da Rebordosa (Cristelo), para clínicas privadas, fez desencadear na ERS, uma vasta acção de inspecção e fiscalização a nível nacional, para averiguar as filas de espera e os TMRG, executando uma deliberação com várias recomendações a serem cumpridas (Processo n.º ERS/089/13_A), disponível através do sítio da Internet: <https://www.ers.pt/pages/73?news_id=926>; ou do alegado desvio de crianças surdas do Hospital de Coimbra para o Centro Cirúrgico de Coimbra (privado), que passou no Programa “Sexta às 9” da RTP1 (2015), acessível através do link: <<https://www.youtube.com/watch?v=fBVtnpW0wbM&feature=em-uploademail>>;



Outra proposta de acção seria a seguinte: qualquer processo de decisão teria que ser publicado obrigatoriamente ou na falta de publicação, todo os actos seriam nulos implicando uma responsabilização. Desta forma teríamos um sector público assente no verdadeiro princípio de transparência de processos, deliberações, decisões e procedimentos.

Também no âmbito das PPP, deveríamos seguir o exemplo do modelo suíço e aplica-lo à realidade portuguesa. O modelo implica que para se criar uma PPP, a população eleitora vá às urnas votar por duas vezes: a primeira votação serve para aprovar a lei que permite a criação de uma entidade especial (entre o público e privado), a segunda, consiste numa lei votada em referendo que permita a despesa que exceda os limites orçamentais de cada Governo (Sarmento, 2013:27).

Este modelo considerar-se-ia revolucionário para cessar uma grande parte das irregularidades, más condutas e conflitos de interesses. Permitir-se-ia ainda, uma participação mais activa dos cidadãos na gestão pública face à realidade actual, aspecto este, que não dá sinais de melhoria como ficou comprovado pelo relatório do TdC (2007:27), traduzindo-se similarmente, numa selecção de projectos mais criteriosa, com racionalidade económica e social e não meramente política como tem acontecido.

→ Os conflitos de interesses

Transpondo a definição sobre os conflitos de interesses de Nunes (2010:138)⁵⁸⁹ para a égide deste sector, verifica-se que existem diversos tipos de conflitos de interesses: a relação dos profissionais de saúde entre prestadores de saúde públicos e prestadores privados, e a relação de prescritores públicos e a indústria farmacêutica, onde no centro de todas estas condutas, estão intervenientes como os médicos, farmacêuticos,

⁵⁸⁹ O conflito de interesse é descrito como “(...) *uma situação em que alguém, numa posição de confiança (interesse público), (...) têm outros interesses profissionais ou pessoais que se sobrepõem aos primeiros*”;



DIM(s), dirigentes/chefias, entre outros, onde há fortes probabilidades de ocorrer a fraude e corrupção, que por si só já é difícil de detectar, mais complicado é, quando existe um conjunto vasto e diferenciado de intervenientes, que mantêm relações complexas entres eles.

Em relação ao primeiro, veja-se os constantes casos de profissionais de saúde que acumulam funções e sobrepõem horários entre os prestadores públicos e privados; o desvio de doentes do prestador público para o privado; a troca do vínculo contratual (CTFP/CIT); as licenças de vencimento de longa duração; a contratualização de serviços entre o prestador público e empresas privadas que são (ou eram) detidas por clínicos públicos, como por exemplo, o caso dos dois médicos que trabalhavam no Hospital de Santa Maria (público) e constituíram uma empresa para prestar serviços especializados à MAC, ou o caso de contratualização entre MAC e a empresa de prestação de serviços – MPM, envolvendo clínicos que trabalhavam simultaneamente no Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, responsáveis por reencaminhar os pacientes para aquele prestador privado, ou ainda, o contrato por ajuste directo entre a empresa privada detida pelo ex-presidente do INEM e sua esposa e a ARS Lisboa e Vale do Tejo, sendo que anteriormente, o primeiro já tinha sido assessor do presidente do INEM, agora actual responsável por aquela ARS, enquanto a esposa tinha sido responsável pelo departamento dos RH do INEM.

Em relação aos segundos consiste: na emissão de receituário fraudulento para a obtenção das elevadas taxas de comparticipação e reintrodução desses fármacos no mercado; indução da prescrição de certos medicamentos em troca de quantias pecuniárias, prémios, ofertas de cartões de compras e de viagens; venda directa de produtos e equipamentos pela industria farmacêutica a preços mais baixos que nas farmácias e prescritos pelo médico.

O sector da saúde criou uma nova estirpe de médicos, que em vez de serem *'médicos de saúde'*, chamamos-lhe *'médicos de negócios'*, como sendo um indivíduo que se move entre as paredes dos prestadores de cuidados públicos e as paredes das suas clínicas, hospitais privados ou de outros negócios empresariais ligados à saúde, criando



um conflito de interesses, desafiando códigos de ética próprios, que o mesmo recebeu durante a sua formação em instituições públicas e financiadas pelo Estado, com um só propósito, angariar receitas monetárias para o seu enriquecimento.

Pina (2013) é muito esclarecedor ao dizer que *“A escolha da profissão médica não pode ser ditada pelo lucro financeiro, realizado à custa da saúde de quem quer que seja”*.

São também conhecedores do funcionamento dos negócios e normas empresariais/contabilísticas, possuindo uma vasta rede de contactos e uma lista privilegiada de pacientes do sector público.

Relativamente à lista privilegiada de pacientes do sector público, tem como estímulo o de os transferir para o sector privado. O médico tende a escolher principalmente aqueles com poder monetário, que através de uma confiança estratégica, recomendam que a prestação de cuidados passará pelo sector privado, como forma de desculpar a falta de resposta do sector público, obtendo daí vantagem monetária pelos sucessivos exames e tratamentos induzidos e pela indução errada de informações, como também dos preços elevados provenientes do serviço de atendimento de qualidade, da rapidez e da hospitalidade por excelência, criando no paciente uma dificuldade em distinguir a qualidade de serviços que serve de apoio aos cuidados de saúde, da qualidade do acto médico, criando também, uma falsa expectativa do prognóstico, de que o problema de saúde vai finalmente ser resolvido (*‘Doutor, tem cura? – Claro que sim! Na nossa clínica sai tudo curado.’*).

Significa isto, que os médicos estão nos prestadores privados a pensar como retirar vantagens dos seus pacientes que se encontram numa lista de espera do sector público e com posses monetárias, e, enquanto estão no sector público, estão a diligenciar e a negociar com o objectivo de passar pacientes do sector público para o privado de modo a angariar receitas.

Outra prática comum de conflito de interesses que é do conhecimento de muitos (não foi mencionada na revisão bibliográfica), é a dos médicos que se especializam,



adquirindo uma vasta formação a título gratuito no sector público, a pensar no futuro desenvolver a sua especialidade num prestador privado, onde terá acesso a um conjunto de mordomias e uma base salarial bastante superior, comparado com o sector público. Sugere-se também que esta prática imoral seja alvo de futuras investigações.

Também as PPP são consideradas a principal fonte de risco no que concerne aos conflitos de interesses, que implicam uma relação duradoura de vários anos, ou até mesmo várias décadas, no qual se torna obsoleto o período de nojo de 3 anos imposto aos titulares de cargos públicos (coordenador da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projectos) e consultores externos, que após este período, nada os impede de exercerem funções nessas empresas privadas, beneficiando ainda de processos que foram criados pelos próprios, tendo em vista um cargo seguro nesse parceiro privado, para futuramente potenciar ou retomar essa negociação e beneficiar lucrativamente a entidade privada, mas com um prejuízo claro para o erário público, ou como também se verificou anteriormente *“É comum antigos ministros passarem com rapidez e facilidade para empresas privadas, após cessarem funções governativas”* (SNI, 2012:30), como foi o caso do ex-Ministro da saúde Luís Filipe Pereira.

Como exemplifica De Sousa (2011:84) *“(...) tudo o que não é proscrito por lei constitui privilégio garantido do detentor do cargo”* e os conflitos de interesses não são uma excepção, que podem dar origem às mais variadas formas de interesses.

Seria de todo conveniente a criação de um órgão, tutelado pelo TdC ou inserido no CPC, que monitorizasse conflitos de interesses, com o objectivo de banir práticas como o enriquecimento ilícito e tráfico de influências⁵⁹⁰, como de responsabilizar⁵⁹¹ eficazmente os respectivos actores, contando com a colaboração do Ministério das

⁵⁹⁰ Exemplos: promover interesses próprios ou de terceiros, intervir em alterações de regulamentos, intervir como parte interessada nos negócios;

⁵⁹¹ Em 2010 o Procurador-Geral da República que coopera com o Tribunal Constitucional na verificação das declarações de rendimentos, comunicou apenas 4 casos em que foi requerida aos Tribunais Administrativos a perda de mandato (Relatório anticorrupção da UE, 2014a:8);



Finanças (no acesso à informação de rendimentos/património) e com a publicitação obrigatória das declarações de património e rendimentos, quer na página de internet do TdC como no portal do MS e nas páginas oficiais dos prestadores de saúde que chefiam. A operacionalidade deste órgão deve passar pela vigilância constante (antes, durante e depois do exercício de funções), sendo que uma alteração aos limites de rendimento e do património minimamente aceitáveis (sugere-se €15 000) deverão ser alvo urgente de averiguação e de responsabilização.

Outra medida a implementar no âmbito dos conflitos de interesses, seria a proibição/inibição por um período mínimo de 5 anos (quarentena), a funcionários que cessaram funções de altos cargos públicos no sector da saúde, para ingressarem em funções privadas e com quem tiveram alguma forma de relacionamento contratual, ainda que estreita, no período em que exercia funções públicas.

Implicaria ainda a publicação em Diário da República, nos 5 anos subsequentes à cessação de funções públicas, uma lista onde constasse o nome do funcionário de alto cargo público do sector da saúde (bem como em outras áreas) e o nome da entidade privada onde se encontra a exercer cargo, para uma melhor transparência e responsabilização.

Seria também necessário, a implementação na ACSS de um mecanismo de registo, onde fosse feito um cadastro que mencionasse o nome da entidade de saúde e o período de tempo em que o funcionário de alto cargo público exerceu funções e, a recolha de todas as instituições privadas com essa entidade de saúde teve ou manteve um relacionamento contratual.

Face ao mencionado anteriormente, um período mínimo de 5 anos seria razoável, pois muita coisa muda durante esse tempo (documentos contabilísticos, normas e regulamentos internos, colaboradores, etc.), pelo que o funcionário de alto cargo público deixaria de ter acesso à informação privilegiada com interesse para a entidade privada.



Pegando na argumentação de Nunes (2010:154-155) “(...) a solução para garantir um pós-emprego público mais íntegro e transparente passa não só, obviamente, pelo aumento e qualidade de mais regras ou legislação primária mas, também, por uma cultura de civilidade desde a idade precoce, pela formação e aprendizagem, como cultura de valores que promovam o interesse público num quadro ético e de moralidade, transparência e controlo, de responsabilidade individual e do exemplo pessoal”.

6. Propostas de acção

Resta agora fazer uma checklist de todas as propostas de acção que foram enunciadas ao longo do estudo e acrescentar outras, para que estejam de um modo reunidas.

----- Ilícitos da prática médica -----

1. Sugere-se às mais altas instâncias judiciais, que entrem num consenso, no sentido de não existirem divergências entre decisões judiciais, quanto a um dos elementos constitutivos do crime (violação dolosa da “*Leges Artis*”) do “*artigo 150.º (n.º2) - Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos*”, daí resultar ou não numa ofensa à integridade física do paciente se considere uma efectiva violação ao “*artigo 143.º - Ofensa à integridade física simples*”, pois há autores (Rui Pereira, 1990:37 e Figueiredo Dias, 1984:42) que defendem que só se está perante uma violação à norma do artigo 143.º quando resulte numa efectiva ofensa, ou perante uma violação ao artigo 150.º (n.º2) quando apenas “(...) *acarrete perigo para o corpo, saúde ou vida do paciente*”, em contraste com o entendimento fundamentado de Rodrigues (2007:249-250) e demais jurisprudência (STJ, 1991; TRC, 2014), que defende que independentemente existir dolo ou não das “*Legis Artis*” e não venha a provocar no paciente “(...) *qualquer lesão corporal, incapacidade, sofrimento ou mesmo dor*”, seja considerada uma ofensa à integridade física (art. 143.º do CP).
2. Contemplar no âmbito do “*artigo 88.º - Escusa do segredo médico*” do CDOM, as doenças do foro psiquiátrico.
3. A criação de um Tribunal especializado em crimes da prática médica (exemplo: Tribunal Criminal da Saúde), dotado de magistrados do MP e juizes com conhecimentos técnicos necessários em relação à prática médica

----- Corrupção e infracções conexas -----

4. Na prevenção da corrupção, as entidades prestadoras de saúde públicas devem:



Os principais ilícitos/irregularidades no sector da saúde e as entidades de supervisão, regulação, judicial e de investigação: Propostas de acção

- Consciencializar todos os funcionários para uma cultura de responsabilização, legalidade, imparcialidade e transparência nos procedimentos;
 - Promover acções de formação e sensibilização destinadas aos profissionais de saúde e aos membros dos Conselhos de Administração, de modo a prevenir e promover uma cultura organizacional anticorrupção e de denúncia;
 - Orientar os restantes colaboradores a participar/denunciar práticas que se suspeitam configurar actos de corrupção;
 - Obrigatoriedade dos prestadores realizarem anualmente um inquérito junto dos pacientes e profissionais de saúde, de forma a aferir a percepção social deste fenómeno;
 - Distribuição de panfletos informativos pelos organismos de saúde, com informação relativa à denúncia e seus mecanismos;
 - Criação de um sinal de Proibição da Corrupção a ser instalado de forma bem visível em todos os organismos de saúde, fazendo lembrar a ambas as partes, das consequências e responsabilidades ao desrespeitarem o sinal;
 - Deve ser elaborado e publicado um Guião Explicativo sobre a corrupção e Infracções Conexas para o sector da saúde e impor a todos os prestadores (público, privado e social), que o mesmo se localize nas salas de atendimento, para consulta dos pacientes.
 - Os prestadores do sector privado através da uma obrigação legal, devem elaborar um “*MANUAL INTERNO DE PREVENÇÃO DE RISCOS DE CORRUPÇÃO*”.
5. Em matéria de conflito de interesses de altos cargos públicos no sector da saúde:
- Proibição por um período mínimo de 5 anos, após a cessação de funções públicas, de exercerem actividades em entidades privadas com quem tiveram um relacionamento contratual;
 - Deve ser publicada obrigatoriamente em Diário da República, uma lista anual durante os 5 anos subsequentes à cessação de funções do funcionário de alto cargo público, onde conste o seu nome e da entidade privada para a qual se encontra a exercer funções;
 - Deve ser criado um mecanismo de registo na ACSS, que efectue durante o período de funções, a recolha e monitorização das contratualizações com entidades privadas.



6. Aplicar penas acessórias conjuntamente às penas principais como meio dissuasor: trabalho a favor da comunidade, trabalho não remunerado, corte salarial por um determinado tempo de modo a repor quantia obtida indevidamente⁵⁹², prolongamento do horário de trabalho, o corte parcial das férias, frequentar aulas em centros reeducativos e pedagógicos, a exoneração de funções públicas e a impossibilidade da sua readmissão.
7. Os profissionais de saúde acusados por crimes de corrupção e julgados com penas de prisão efectiva (e sociedade em geral), deverão pagar todas as despesas referentes ao seu período estadia.
8. No combate à corrupção, uma das medidas poderia passar por uma recompensa feita através de uma percentagem do montante monetário recuperado (provado pelo Tribunal) para quem denunciou o caso de corrupção (à semelhança como acontece nos EUA).
9. Em matéria de transparência, qualquer processo, deliberação, decisão ou procedimento nos prestadores de saúde públicos, têm que estar publicados obrigatoriamente ou na falta de publicação, todo os actos seriam nulos implicando uma responsabilização.

----- **As entidades de supervisão, regulação judicial e de investigação** -----

10. Deverá ocorrer uma alteração às estruturas orgânicas da ACSS e da IGAS, uma vez que o CCF sendo uma unidade operacional da ACSS com missão de conferir e monitorizar as facturas apresentadas pelos prestadores de saúde ao SNS, faz todo o sentido pertencer como unidade operacional destacada da IGAS, existindo também uma redistribuição geográfica de equipas de inspectores, sendo que, a sede da IGAS teria sob sua responsabilidade a zona centro e sul do país e a unidade destacada (Maia) teria a seu cargo toda a zona norte.
11. Em alternativa, a IGAS poderia constituir equipas de inspectores (inspecção, fiscalização, auditoria e acção disciplinar) distribuídos por cada uma das áreas de influência das ARS (descentralização), aproveitando os RH existentes na função pública. Estas equipas poderiam usufruir das instalações de cada uma das ARS ou das instalações de um hospital público (por uma questão de racionamento dos custos e rentabilização dos espaços pertencentes ao MS).
12. Redefinição legal da atribuição de competências aos organismos de supervisão, regulação e controlo do MS (IGAS, ERS, ACSS, CCF), de forma a evitar uma duplicação de funções.

⁵⁹² Com esta medida eventualmente obrigava o suspeito a denunciar outros cúmplices;



13. Criar uma plataforma de base de dados que liguem o MS ao CPC, para o envio/recolha de informação sobre corrupção no sector da saúde, com o objectivo de ser tratada e com vista à implementação de medidas preventivas neste sector.
14. As entidades de inspecção, fiscalização e regulação deverão ser mais transparentes, com a publicação dos processos findos, inseridos nos sítios oficiais de internet.
15. Criação de um órgão de monitorização de conflitos de interesses, tutelado pelo TdC ou inserido no CPC, que efectuassem uma vigilância constante antes, durante e depois do exercício de funções, nomeadamente das declarações de património e rendimentos dos membros dos órgãos dos Conselhos de Administração (CA).
16. A criação de um dashboard com indicadores de ilícitos criminais, na página oficial da Internet do MS.
17. Dotar as entidades visadas neste estudo de mecanismos de promoção de denúncias, através dos sítios oficiais e melhorar os existentes.
18. Vincular as recomendações emanadas do TdC.
19. Eliminar a iniciativa do Governo para a designação e posterior nomeação do Presidente do TdC e da PGR pelo Presidente da República, com a alteração à lei Constitucional, e passar a nomear os seus presidentes através da Assembleia da República de um conjunto de membros elegidos pelos seus pares.
20. Tornar as declarações de rendimentos e patrimoniais acessíveis on-line no Tribunal Constitucional, de maneira a estarem ao escrutínio de outras autoridades, da sociedade em geral e dos *Média*.
21. O sistema judicial (como na investigação) é imprescindível mais formação e especialização dos RH (advogados, procuradores e magistrados judiciais), como ainda de mais meios técnicos e humanos vocacionados para a área da corrupção, no domínio da prevenção, investigação e julgamento (combate).
22. Alteração de procedimentos penais sobre a apresentação de queixa por difamação ou de denúncia caluniosa, aos denunciantes que apenas denunciem indícios e não conseguem apresentar factos concretos e descartar a hipótese de punição, por se tratar de um obstáculo ao direito à denúncia e à prevenção da corrupção.
23. Aumento das causas para interrupção e suspensão do prazo de prescrição consagrado nos artigos 120.º e 121.º do CP, nomeadamente, dos recursos para instâncias superiores;
24. Ou em alternativa, a não prescrição dos crimes de corrupção e os seus conexos, pelos seguintes motivos: por ser um crime contra o Estado (logo de natureza pública), por serem crimes demasiados complexos, por serem descobertos ou denunciados muitos anos após da prática dos factos, pelo tempo dispendido em



fase de investigação, juntando-se ainda os sucessivos recursos para instâncias superiores. Actualmente todos estes factores conjugados levam à sua prescrição⁵⁹³, sem que haja condenados efectivos, já que por um lado, acarretam uma despesa elevada de recursos que na maioria das vezes não tem eficácia jurídica (penas), conduzindo à absolvição dos condenados, e por outro, criando-se um sentimento de revolta e um clima de injustiça social.

----- As Parcerias Público-Privadas -----

25. Nas PPP deve haver um acompanhamento e monitorização rigoroso de todo o processo pela Unidade Técnica e recorrer permanentemente a pareceres de fiscalização do TdC, pareceres da PGR e a pareceres de entidades sociais de combate e prevenção contra a corrupção (TIAC, Observatório de Economia e Gestão de Fraude [OBEGEF]) quanto aos seguintes critérios: no apuramento do lucro para o parceiro privado, no apuramento dos valores envolvidos bem como uma rigorosa análise a todas as cláusulas contratualizadas; no apuramento de responsabilidades actuais e futuras; e, por fim, identificar o nível de risco histórico de corrupção dos vários parceiros privados que concorrem ao investimento da parceria e o levantamento de possíveis patologias corruptas do parceiro privado escolhido.
26. No lançamento de cada concurso, deverá constar sempre uma resenha a alertar para os riscos de corrupção e eventuais responsabilidades criminais, como método preventivo.
27. O parceiro privado escolhido deve elaborar obrigatoriamente um guião de boas práticas como acção proativa de prevenção e combate ao fenómeno da corrupção, onde devem constar numa *'lista negra'* os diversos comportamentos de corrupção, os diferentes tipos mecanismos de transparência e combate aos conflitos de interesses (exigindo-se a inadmissibilidade de actores públicos que interferiram no processo, nomeadamente políticos), as áreas de riscos e responsabilização (interna e externa), assumindo o compromisso que será respeitado a constar numa das cláusulas de contratualização, devendo ainda, ser obrigatoriamente publicitado e distribuído pelos colaboradores.
28. Em relação à matéria de incompatibilidades e impedimentos, referido no diploma que regula as PPP (DL n.º 111/2012 de 23 de Maio: artigo 38.º), sugere-se que o período seja mais alargado e suficientemente extenso, no mínimo de 5 anos, englobando não só o coordenador da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projectos e consultores externos como membros de qualquer comissão (análise das propostas ou acompanhamento do projecto).

⁵⁹³ 15 anos é o tempo máximo para a prescrição da maioria dos crimes de corrupção excepto o suborno. Conjugando todos estes factores ao estado actual da justiça, 15 anos, só não chega!;



7. Limitações do estudo e linhas de investigações futuras

Neste penúltimo capítulo evidencia-se sinteticamente e de forma articulada através de uma checklist, as limitações do trabalho, e, reunir as sugestões para futuras investigações referenciadas ao longo deste estudo.

Tabela 19 - Checklist das limitações e sugestões futuras

Limitações e condicionantes do estudo	
1.º	A maior condicionante ao estudo que o tornou ainda mais exigente, foi a falta de literacia (contexto teórico) na área da corrupção no sector da saúde. Existe sim, actualmente, um vasto número de obras literárias sobre corrupção política ⁵⁹⁴ e, mesmo nas PPP existe uma ênfase para o sector rodoviário.
2.º	Outro dos maiores obstáculos na recolha de informação estatística, foi a falta de transparência da maioria das instituições visitadas e, a evocação do segredo de justiça e o segredo profissional pela entidade de investigação criminal (PJ).
3.º	Restringir o número de ilícitos criminais ao essencial e enquadrados com o sector da saúde. Podiam entrar nesta pesquisa artigos como: o artigo 66.º - Proibição do exercício de função; artigo 100.º - Interdição de actividades; artigo 142.º - Interrupção da gravidez não punível; artigo 168.º - Procriação artificial não consentida.
4.º	A entidade responsável pela divulgação dos dados estatísticos criminais (DGPJ), não apresenta dados de uma forma desagregada, pelo que não existe uma diferenciação quanto ao autor (crimes da prática clínica) ou ao sector (corrupção). Também a falta de transparência dos dados é outra realidade (como já fora referido), com a maior parte da informação a referir “.. <i>Resultado nulo/protegido pelo segredo estatístico</i> ”, não se conseguindo retirar grandes conclusões ou evidências empíricas objetivas.
5.º	As estatísticas facultadas quer pela DGPJ, quer pela PGR, não fazem uma distinção entre o sector público, privado e social.
6.º	Quanto à pesquisa das várias notícias que expusessem casos de ilícitos da prática médica e de esquemas de corrupção, no início julgou-se ser uma limitação ao trabalho, que se revelou num segundo momento de um certo facilitismo, pois as notícias eram constantes, quer nos jornais da imprensa escrita, quer jornais televisivos, bastando estar em constante alerta, o que permitiu um enorme ‘icebergue’ de exemplos noticiosos.
Linhas de investigação futuras	
1.º	Analisar a evolução estatística relativamente a outros crimes penais, nomeadamente: artigo 66.º - Proibição do exercício de função; artigo 100.º - Interdição de actividades; artigo 283.º Propagação da doença, artigo 140.º - Aborto; artigo 142.º - Interrupção da gravidez não punível; artigo 161.º - Rapto (de recém-nascidos); artigo 166.º - Abuso sexual de pessoa internada; artigo 168.º - Procriação artificial não consentida; artigo 192.º - Devassa da vida privada.

⁵⁹⁴ Irresponsáveis; Saiam da frente!; Basta!; Como o Estado gasta o nosso dinheiro; Os privilegiados; Os facilitadores; Má despesa pública; Impunidade; Da corrupção à crise. Que fazer?; Fraude e corrupção em Portugal; Economia política da corrupção; Corrupção, democracia e legitimidade;

**Os principais ilícitos/irregularidades no sector da saúde e as entidades de supervisão, regulação, judicial e de investigação: Propostas de acção**

2.º	Estudo sobre o consentimento e do dever esclarecido do paciente, nas diversas áreas de saúde, quanto aos seguintes critérios: método de obtenção, que tipo de informação prestada, linguagem usada, formalismos, procedimentos e registos na obtenção do consentimento informado.
3.º	Estudo sobre as causas da morosidade dos processos penais contra os profissionais de saúde na área da actuação clínica, bem como as penas, sentenças e indemnizações.
4.º	Traçar o perfil de corrupto no sector da saúde.
5.º	Aplicar a escala de corrupção defendida por Heidenheimer (1979) no sector da saúde, para identificar e comparar comportamentos que cabem dentro das categorias negras, cinzentas ou brancas.
6.º	Efectuar um inquérito aos pacientes que recorrem ao sector público e privado, de maneira a averiguar qual o objectivo da dádiva ou das prendações ao médico e se esta contrapartida tem como objectivo que ocorra no imediato ou a longo prazo.
7.º	Realizar estudo de investigação através de inquéritos aos pacientes do SNS de modo a entender qual a percentagem dos que são conhecedores dos seus direitos e dos mecanismos de reclamação que a lei coloca à disposição para a sua defesa.
8.º	Comparar o número de crimes, a tipificação do crime, o perfil do profissional de saúde e a razão que o levou a cometer aquele ilícito, por cada ARS, e ainda, comparando-os com outros países da Europa.
9.º	Saber quais os ilícitos e irregularidades registados por outras entidades do sector da saúde: Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros, Sindicatos, INFARMED, Provedor de Justiça, Organismos Especializados de Combate à Corrupção, Organismos de Investigação Criminal.
10.º	Estudar a fraude e corrupção por cada autor em particular: paciente, médico, fornecedores, farmacêuticos, laboratórios.
11.º	Estudo da percepção dos pacientes sobre a existência de corrupção nos seus prestadores de saúde habituais.
12.º	Investigar no âmbito do “artigo 260.º - Atestado falso”, casos para obtenção de pensões por invalidez ⁵⁹⁵ , de subsídios, de reformas antecipadas, mobilidade por doença, baixas médicas fraudulentas, detectadas ao longo dos anos e estimar impacto financeiro para o Estado.
13.º	Violência dos pacientes para com os profissionais de saúde ⁵⁹⁶ e dos profissionais para com os pacientes ⁵⁹⁷ .

⁵⁹⁵ Em Janeiro de 2016, um médico foi acusado pelo TRC de vários crimes, entre eles, o de falsificação de documentos, com vista a emissão de pensões por invalidez. O médico aceitava os relatórios feitos por uma ex-bancária sem questionar a sua veracidade, “(...) não examinava os utentes, nem confirmava o estado das doenças de que os utentes alegadamente padeciam”.

Fonte: Jornal Público (2016), acessível em: <<https://www.publico.pt/local/noticia/medico-admite-em-tribunal-ter-facilitado-relatorios-para-pensoes-de-invalidez-1720976>>;

⁵⁹⁶ O número de notificações recebidas pela DGS de episódios de violência exercida sobre os profissionais de saúde, foi de 202 no ano de 2013 e de 531 em 2014. Em ambos os anos, as vítimas são maioritariamente do sexo feminino (médicas e enfermeiras). Quanto à caracterização da violência em ambos os anos destacam-se a injúria, a discriminação/ameaça, a pressão moral, a difamação, a calúnia, a violência física e o dano contra propriedade. Em 2014, os agressores foram maioritariamente doentes (291), seguidos de profissionais de saúde (122) e dos familiares (85), entre outros, que se situam no grupo etário 40-49 anos e a maior parte é do sexo masculino (282) (DGS, 2014; DGS, 2015);

⁵⁹⁷ A mais recente notícia ocorreu em Fevereiro de 2015, no IPO de Lisboa, que narra a agressão (estalada) de uma médica a uma criança de 5 anos com cancro. A criança estaria inquieta, a fazer barulho e pouco colaborante, algo que a incomodou, desculpando-se que estava nervosa e com muito trabalho;



14.º	Investigar as irregularidades e incumprimentos nas declarações de património e rendimentos em cargos de chefia de topo no sector da saúde no Tribunal Constitucional.
15.º	Investigar as irregularidades e relações no recrutamento dos profissionais clínicos e nas nomeações e promoções nos cargos de chefia de topo neste sector.
16.º	Estudar os riscos ligados à venda e posterior arrendamento de património imobiliário (Hospitais) pertencente ao sector público de saúde.
17.º	Analisar o constante recurso à contratualização de empresas privadas de prestação de serviços para colmatar a falta de profissionais nos hospitais públicos (Anestesiologia, Obstetrícia, Pediatria) e a sua despesa acrescida (ou não) para o SNS.
18.º	Estudo sobre a apropriação ilegítima (peculato) pelos profissionais de saúde de equipamento, material clínico e bens de consumo hospitalar (medicamentos).

Fonte: Elaboração própria, tendo em conta o presente estudo

8. Conclusões

Uma das conclusões a que se chega neste sector, é que o crime de corrupção não está impune (justiça penal), merecendo um lugar de destaque nos *Média* e nas manchetes dos jornais (justiça social).

A procura de dinheiro fácil e de um enriquecimento indevido são factores que ficam em primeiro lugar face aos valores humanos, face aos pacientes, face aos valores éticos ou profissionais, face a uma carreira profissional de prestígio e estável, com o prejuízo de se tornar instável quando a punição criminal ou deontológica ocorra.

O MS tem que começar a *'arrumar a casa'*, começar por fazer uma revisão completa às atribuições e competências de cada organismo: para reduzir os conflitos institucionais (e de interesse) e a falta de transparência, para eliminar as sobreposições de tarefas/funções, para atenuar a duplicação de informação e para colmatar a carência de RH.



As principais dificuldades com que se debatem as entidades de investigação e judiciais na área da corrupção, é principalmente a falta de obtenção da prova, a legislação complexa, a inexistência de vítimas concretas, a falta de testemunhas que denunciem tais ocorrências/factos, a elevada percentagem de denunciantes anónimos (o que dificulta a inquirição e conseqüente arquivamento do processo), a falta de RH especializados, sendo que o próprio Estado é a verdadeira vítima deste tipo de crimes.

A produção da prova é difícil tanto nos crimes de prática médica como nos crimes de corrupção e conexos, dado o ambiente reservado das partes.

No que respeita ao papel de controlador/responsabilidade, é importante que as várias instituições de supervisão, regulação e de investigação continuem a colaborar e cooperar entre elas (MS/MJ), reorganizando os serviços, implementando novas formas de cooperação para potenciar a troca de informação, pensar em novas medidas de prevenção e de combate e formação específica para todos aqueles que lidam com este fenómeno, tudo isto, para se alcançar a celeridade dos processos e resultados eficazes (com julgamentos e condenações).

A comunicação social através do seu jornalismo de investigação, tem tido um papel primordial de justiça social, através da publicitação e na denúncia de factos de criminalidade em geral, como na corrupção em especial, trazendo para a esfera pública, notícias de casos mediáticos, atribuindo-lhes um papel de destaque, para que determinados factos não caiam no esquecimento passando em vão, transmitindo uma realidade **positiva**, isto é, mostrando que as principais instituições com poderes de investigação estão no terreno a trabalhar, e ao mesmo tempo, causando às entidades judiciais uma certa pressão social, e, por outro lado, uma visão **negativista** por parte do cidadão (paciente) ou público em geral quanto ao desfecho de determinados processos.

Foram identificadas várias medidas e mecanismos de combate e prevenção da corrupção: a implementação dos Planos de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infracções Conexas, a introdução e alteração de medidas legais, mecanismos de denúncias (PGR, PJ, MAI), a criação de um Sistema de Controlo Interno do MS (SCI), a



cooperação entre a tutela do MS e do MJ, a criação do Centro de Conferência de Facturas (CCF), a implementação do sistema informatizado da Prescrição Electrónica e da Receita Electrónica Sem Papel.

Resumem-se as principais práticas (*modus operandi*) de corrupção e fraude no sector da saúde, como sendo também as principais áreas de risco detectadas, que se configuram num conflito de interesses, tendo como principal aspecto em comum, o grave prejuízo para o SNS:

- Desvio indevido de pacientes do sector público para o sector privado;
- Conluio entre médicos (ou prescritores), farmacêuticas, fornecedores e DIM⁵⁹⁸;
- Conluio entre médicos e pacientes, com a emissão de atestados médicos falsos;
- Promiscuidade de médicos que trabalham simultaneamente no sector público e privado (acumulação de funções);
- Recurso a receitas falsas, com a prescrição abusiva de medicamentos com alta taxa de comparticipação;
- Recurso a cirurgias fictícias com o relato de falsos diagnósticos;
- Troca do vínculo contratual (CTFP/CIT);
- O aproveitamento das licenças sem vencimento;
- Falta de controlo na assiduidade, pontualidade e outras actividades complementares ou adicionais⁵⁹⁹;
- A acumulação indevida do exercício de funções;
- Pagamento indevido de remunerações (sobreposição de horários, suplementos remuneratórios);
- Usurpação de funções (falsos profissionais de saúde).

⁵⁹⁸ Em causa estão sempre recebimentos indevidos relacionados com a prescrição abusiva de medicamentos, MCDT e venda directa;

⁵⁹⁹ Prestação de trabalho nocturno, extraordinário, de prevenção, de chamada, trabalho em serviço de urgência, trabalho em unidades de cuidados intensivos e por fim de produção cirúrgica adicional;



Os principais visados (arguidos/suspeitos) que integram grupos organizados e associados às mais variadas actividades ilícitas corruptivas no sector da saúde são médicos, farmacêuticos, delegados de informação médica e distribuidores de medicamentos (indústria farmacêutica).

Constata-se que a prática comum nos ilícitos de corrupção, é sem sombras de dúvida, a emissão de receituário falso/forjado ou através do conluio de redes organizadas entre médicos e farmacêuticos, através do recurso ao nome de certos pacientes, no qual os arguidos corruptores, obtêm, fraudulentamente, o valor monetário das elevadas taxas de comparticipação do SNS, para posteriormente voltarem a serem reintroduzidos no mercado nacional ou internacional, obtendo ilicitamente ganhos elevados.

Outras práticas comuns dos médicos consistem: na indução e prescrição aos pacientes de medicamentos de marcas específicas; a venda directa de produtos e equipamentos clínicos que apenas podem ser vendidos através das farmácias e não comercializados de forma directa pela indústria farmacêutica aos pacientes, em troca de contrapartidas (dinheiro, viagens, cartões de compras).

Quanto às manobras pouco claras da indústria farmacêutica, as práticas ilegais verificadas são: prémios, oferta de cartões de compras e oferta de viagens em troca (contrapartidas) de prescrição; brindes com publicidade a medicamentos sujeitos a receita médica ou com o nome da empresa farmacêutica; vendas directas; excessivas e irregulares visitas dos DIM(s) a médicos e serviços do SNS; coacção e ameaças de despedimento dos DIM(s) devido aos objectivos não alcançados.

Os principais factores de risco de corrupção no processo das PPP (ao nível conceptual, avaliação e monitorização e modelo de gestão) são: a complexidade dos procedimentos, o recurso a consultores externos, a multiplicidade e ligações entre



actores⁶⁰⁰, os montantes financeiros envolvidos, ausência do comparador público, a diluição temporal, a salvaguarda da entidade privada, derrapagens (financeiras e temporais), a renegociação dos contratos, a fragilidade dos sistemas de fiscalização e a falta de apuramento das responsabilidades, a manipulação da avaliação de desempenho contratualizada, selecção de patologias menos onerosas, selecção de pacientes, desinvestimento em inovação e qualidade, influências/pressões sobre os profissionais de saúde.

Assiste-se também a um sistema de prevenção e de combate à corrupção bastante vulnerável, a que se junta a falta de cultura de denúncia às autoridades, a falta de protecção dos denunciantes e ainda a falta de recursos a vários níveis na investigação criminal.

Como afirma a actual Ministra da Justiça, Francisca Van Dunem, numa conferência sobre fraude na saúde: *“Os sistemas de saúde são territórios cada vez menos imunes aos comportamentos desviantes de um conjunto muito diversificado de actores”* (Diário de Notícias, 2016a)⁶⁰¹.

Quase a fechar este trabalho, há ainda a dizer que a corrupção no sector da saúde, não está apenas relacionado com uma procura ilícita de enriquecimento, mas também, com uma serie de outras condutas culturais não transactivas, praticadas pelos pacientes e toleradas por todos eles, que seguramente violam as normas éticas e deontológicas de quem exerce a profissão de médico, que este afavelmente aceita.

Com este trabalho, é certo que não se conseguiu através dos números oficiais uma *‘radiografia’* do sector, mas demonstrou dar a conhecer um vasto leque de práticas imorais e de condutas desviantes (ilegais), que mereceram destaque dos **Média**, sintetizando-se nos **principais ilícitos e irregularidades no sector da saúde**, e ainda, as

⁶⁰⁰ Decisor político Vs Parceiro privado; Consultores externos Vs Parceiro privado; Decisor político Vs Consultores externos;

⁶⁰¹ Notícia acessível através do link: <<http://www.dn.pt/portugal/interior/justica-quer-criminalizar-venda-illegal-de-produtos-milagrosos-5176841.html>>;



competências e actividades das **entidades de supervisão, regulação, judicial e de investigação**, que trabalham na prevenção, combate e de eventuais responsabilidades dos *'praticantes'* destes ilícitos e irregularidades, restabelecendo o normal funcionamento das organizações de saúde, a segurança, a confiança e tranquilidade do paciente, e por fim, contribuindo para a qualidade do desempenho da nossa Democracia.

Em síntese, sendo a saúde um dos sectores que envolve grandes verbas monetárias, relações complexas e de proximidade entre os diferentes agentes é com toda a transparência um sector vulnerável e ao mesmo tempo *'apetecível'* para a prática da corrupção.

Chegado ao final deste estudo, ficam respondidas as perguntas que foram alvo de análise deste trabalho de investigação, constantes na parte introdutória.

E, para remate final, este trabalho é um exemplo da minha contribuição para participação na sociedade civil nesta luta.

No final deste capítulo deixo uma questão no ar: - *'Até quando, nós cidadãos e pacientes utilizadores do SNS, vamos tolerar estas práticas?'*



Referências

→ Bibliografia:

ACSS (2012). *“Balanço social de 2012 da Administração Central do Sistema de Saúde de 2012”*, número de pessoas em exercício de funções no serviço, acessível em: <<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Balan%C3%A7o%20Social%20ACSS%202012.pdf>>;

ACSS (2014). *“Balanço social de 2014 da Administração Central do Sistema de Saúde de 2014”*, número de pessoas em exercício de funções no serviço, acessível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Balan%C3%A7o%20Social_ACSS_2014_versao%20final.pdf>;

ALVES, Rui Miguel Lima (2011). *“O consentimento no tratamento médico-cirúrgico: o consentimento dos incapazes”*, dissertação de Mestrado em Direito (Setembro 2011), Universidade Portucalense Infante D. Henrique – Porto, acessível na Internet em: <<http://repositorio.uportu.pt/jspui/handle/11328/393>>;

ASJP (2012). *“Tudo bons rapazes. Somos ou não um país de corruptos?”*, artigo publicado No sítio oficial da Associação Sindical dos Juizes Portugueses (2012/09/05), acessível na Internet em: <<http://www.asjp.pt/2012/09/05/tudo-bons-rapazes-somos-ou-nao-um-pais-de-corruptos/>>;

Audição na Comissão Parlamentar da Saúde (2012). *“Fraude que está a ser investigada na saúde atinge os 100 milhões”*, realizada em Loures, em 26 de Junho de 2012, acessível na internet, no portal oficial do Governo, em: <<http://www.portugal.gov.pt/pt/os-ministerios/ministerio-da-saude/mantenha-se-atualizado/20120626-ms-fraude.aspx>>;

Auditoria Cidadã (2013). *“Conhecer a dívida para sair da armadilha”*, relatório preliminar, acessível na internet em: <http://auditoriacidadada.info/facebook/docs/relatorio_iac.pdf>;

BARROS, Pedro Pita (2013). *“Pela Sua Saúde”*, Fundação Francisco Manuel dos Santos;

BQD (2012). *“A qualidade da democracia em Portugal”*, relatório sobre o barómetro da qualidade da democracia, acessível na internet em: <<http://www.bqd.ics.ul.pt/>>;

BRUNO, Paula (2011). *“Registo de Incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas da Implementação em Portugal”*, Coimbra editora;

CASTANHEIRA, Gonçalo Nuno Coimbra (2013). *“Responsabilidade Profissional em Saúde”*, monografia, editora Almedina, Coimbra;



CEAPFC (2011). *“Prevenir e combater a corrupção”*, relatório preliminar da Comissão Eventual para o Acompanhamento Político do Fenómeno da Corrupção e para análise integrada de soluções com vista ao seu combate, constituída pela Resolução da Assembleia da República n.º 1/2010, de 5 de Janeiro. Monitorização das alterações introduzidas pela Assembleia da República em 2010, acessível na internet: <http://www.dgpi.mj.pt/sections/DestBanner/prevenir-e-combater-a/downloadFile/attachedFile_f0/Prevenir_combater_corrupcao_preliminar.pdf?nocache=1308589045.35>;

CHAlgarve (2015). *“Excelência nas compras da Administração Pública”*, CH Algarve reconhecido com prémio *“Excelência nas compras da Administração Pública”*, a ser entregue dia 9, em Lisboa, acessível na internet, no portal oficial da saúde do MS, em: <<http://www.chalgarve.min-saude.pt/web/pt/fornecedores-e-empresas/122-chalgarve-ganha-premio-de-exclencia-2>>;

CNECV (2000). *“Parecer sobre sigilo médico”*, parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, de 23/10/2000 – Processo n.º 32/CNECV/2000, acessível na Internet em: <http://www.cnecv.pt/admin/files/data/docs/1273057546_P032_SigiloMedico.pdf>, ou ainda acessível na revista digital da Ordem dos Médicos, N.º 149 de Abril de 2014 [páginas: 18-20]: <<http://issuu.com/revistaordemdosmedicos/docs/149>>;

Comunicado da PJ (2015). *“Detenção pelos crimes de peculato, falsificação de documentos e falsidade informática”*, Departamento de Investigação Criminal da Guarda, de 2015/11/19, acessível no portal oficial da Polícia Judiciária em: <<http://www.policiajudiciaria.pt/PortalWeb/page/%7B28AB9999-38A3-432F-B749-510ABE2FFA32%7D>>;

Comunicado de imprensa do MS (2015). *“Dívida em atraso do SNS com o valor mais baixo de sempre”*, acessível no portal oficial do Ministério da Saúde em: <<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/comunicados+de+imprensa/divida+sns.htm>>;

CORREIA, Vanda Cristina Charrua (2014). *“Parcerias Público-Privadas - Análise do Custo-Benefício”*, dissertação de Mestrado em Contabilidade e Finanças, Escola Superior de Ciências Empresariais, acessível na Internet em: <<http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/7718/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20MESTRADO%20-%20PPP.pdf>>;

CPC (2013). *“Relatório de actividades de 2012 do Conselho de Prevenção Contra a Corrupção”*, acessível no portal oficial do CPC, em: <http://www.cpc.tcontas.pt/documentos/relatorios/Rel_Actv_CPC_2012.pdf>;

CPC (2015). *“Relatório de actividades de 2014 do Conselho de Prevenção Contra a Corrupção”*, acessível no portal oficial do CPC, em: <http://www.cpc.tcontas.pt/documentos/relatorios/Rel_Actv_CPC_2014.pdf>;



CPC (2015a). “Comunicações recebidas no CPC em 2014 – Análise descritiva”, acessível no portal oficial do CPC, em: <http://www.cpc.tcontas.pt/documentos/relatorios/relatorio_comunicacoes_recebidas_2014.pdf>;

CPC (2015b). “Prevenir a corrupção no Sector Público - Uma experiência de 5 anos”, acessível no portal oficial do CPC, em: <http://www.cpc.tcontas.pt/documentos/relatorio_analise_questionario_cpc.pdf>;

CPC (2016). “Comunicações recebidas no CPC em 2015 – Análise descritiva”, acessível no portal oficial do CPC, em: <http://www.cpc.tcontas.pt/documentos/relatorios/relatorio_comunicacoes_recebidas_2015.pdf>;

CRUZ, Pedro Meira e (2012). “Negligência médica: A morosidade nos tribunais”, artigo de opinião do Director da Best Medical Opinion, Pareceres Médicos & Perícias Médicas, (consultado a 09 de Setembro de 2014), acessível na Internet em: <<http://www.advocatus.pt/opini%C3%A3o/6310-neglig%C3%Aancia-m%C3%A9dica-a-morosidade-nos-tribunais.html>>;

DCIAP (2012). “Manual de boas práticas no combate à corrupção”, acessível na Internet em: <http://dciap.pgr.pt/Estudos/00_04%20-%20Indice/Default.html>;

DCIAP (2014). “Nova estrutura do DCIAP”, comunicação do Director do DCIAP, a 28 de Janeiro de 2014, acessível no portal oficial do DCIAP em: <http://dciap.pgr.pt/textos/NOVA_ESTRUTURA_DCIA_Pag_Internet.pdf>;

DCIAP (2015). “Principais acusações deduzidas pelo DCIAP – 2015”, acessível no portal oficial do DCIAP em: <http://dciap.pgr.pt/textos/ANO_2015.pdf>;

DCIAP-PGR e CIES-ISCTE (2010). “A corrupção participada em Portugal 2004-2008”, resultados globais de uma pesquisa que consistiu no estudo das notícias que chegaram ao conhecimento do MP de três tipos de crime: corrupção, peculato e participação económica, projecto desenvolvido na base de uma parceria entre PGR/DCIAP e o CIES-ISCTE;

DE AZEVEDO, Rodrigo Ghiringhelli; DIAS, João Dias (2008). “O papel do Ministério Público”, Estudo comparado dos países Latino-Americanos, editora Almedina, Coimbra;

DE SOUSA, Luís (2011). “Corrupção”, Fundação Francisco Manuel dos Santos, Relógio d’Água Editores, Lisboa;

DE SOUSA, Luís; SOARES, Domitília Diogo (2011). “Transparência, Justiça e Liberdade. Em memória de Saldanha Sanches”, edições Rui Costa Pinto;

DE SOUSA, Luís; TRIÃES, João (2008). “A Corrupção e os Portugueses – Atitudes, Práticas e Valores”, Lisboa: Edições Rui Costa Pinto;



DEODATO, Sérgio Joaquim (2012). *“Direito da Saúde”*, editora Almedina, Coimbra;

DGS (2014). *“Notificação on-line de violência contra profissionais de saúde-2013”*, relatório técnico do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção Geral da Saúde (DGS), acessível na internet, no portal oficial da DGS, em: <<https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia/estudos-e-relatorios.aspx>>;

DGS (2015). *“Notificação on-line de violência contra profissionais de saúde-2014”*, relatório técnico do Departamento da Qualidade na Saúde da Direção Geral da Saúde (DGS), acessível na internet, no portal oficial da DGS, em: <<https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia/estudos-e-relatorios.aspx>>;

DGTF (2012). *“Parcerias Público-Privadas e Concessões – Relatório de 2012”*, da Direcção-Geral do Tesouro e Finanças, acessível na internet em: <http://www.dgtf.pt/ResourcesUser/PPP/Documentos/Relatorios/2012/Relatorio_Anual_PPP_2012.pdf>;

DGTF (2015). *“Indicador do prazo médio de pagamentos (pmp)”*, Empresas Públicas que registam PMP superior a 90 dias no final do 4.º trimestre de 2015, por ordem decrescente do PMP, acessível na internet em: <http://www.dgtf.pt/ResourcesUser/SEE/Documentos/PMP/2015/PMP_4T_2015_mais_90dias.pdf>;

DONABEDIAN, Avedis (1980). *“Explorations in quality assessment and monitoring – The definition of quality and approaches to its assessment”*, Volume I, Health administration press Ann Arbor;

Entrevista ao ex-presidente do TdC (2015). *“Guilherme d’Oliveira Martins: Riscos de corrupção nas privatizações são muito grandes”*, Guilherme d’Oliveira Martins sobre corrupção, lista VIP, caso BES e outros, numa entrevista à Rádio Renascença, em 25 de Março de 2015, acessível na internet em: <http://rr.sapo.pt/informacao_detalhe.aspx?fid=191&did=182310>;

Entrevista de Francisco George (2013). *“Testamento vital ainda sem registo nacional um ano depois da publicação da lei”*, entrevista à Antena 1, no dia 16 de Julho de 2013, acessível na internet em: <<http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=666867&tm=2&layout=123&visual=61>>;

Entrevista de Rui Nunes (2013). *“Associação Portuguesa de Bioética desdramatiza atraso no registo nacional de testamento vital”*, entrevista à Antena 1, no dia 16 de Julho de 2013, acessível na internet em: <http://www.rtp.pt/noticias/saude/associacao-portuguesa-de-bioetica-desdramatiza-atraso-no-registo-nacional-de-testamento-vital_a666897>;

ERNESTO, Lúgia Gaspar (2012). *“Meios de comunicação social Portugueses (1974/2011) e os «erros médicos»”*, dissertação de Mestrado;



ERS (2009). *“Consentimento informado”*, relatório final, acessível na Internet em: <https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/73/Estudo-CI.pdf>;

ERS (2014). *“Relatório de Actividades de 2013”*, acessível na internet, no portal oficial da ERS, em: <https://www.ers.pt/pages/33?folder_id=33>;

ERS (2015). *“Relatório de Actividades de 2014”*, acessível na internet, no portal oficial da ERS, em: <https://www.ers.pt/pages/33?folder_id=33>;

FORTIN, Marie-Fabienne (2000). *“O processo de investigação: da concepção à realização”*, Lusodidacta;

FRAGATA, José; MARTINS, Luís (2008). *“O Erro em Medicina”*, Perspectivas do Indivíduo, da Organização e da Sociedade, Editor: Edições Almedina;

FREITAS, Paulo; ESCOVAL, Ana (2010). *“A transparência na contratualização em saúde e o papel dos cidadãos”*, acessível na internet em: <<https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-contratualizacao/EC-11-2009.pdf>>;

GEORGE, Francisco (2013). *“Uma semana boa para a saúde pública”*, artigo de opinião do Director-Geral da Saúde (consultado 11 de Maio de 2013), disponível no Portal da Saúde em: <<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/artigos+de+imprensa/artigo+francisco+george.htm>>;

GONÇALVES, Daniel Torres (2009). *“Consentimento informado”*, Paper apresentado na Conferência “Responsabilidade por actos médicos”, em 27 de Março de 2009, no Porto, acessível na Internet em: <<http://danieltorresgoncalves.pt/artigos/>>; ou ainda em: <<http://www.antoniovilar.pt/pt/comunicacao/artigos/responsabilidade-medica-2013-a-informacao-a-prestar-ao-paciente-e-o-seu-consentimento-informado/File1>>;

HEIDENHEIMER, Arnold Joseph (1970). *“Political Corruption: Readings in comparative Analysis”*, News Brunswick, Nj: Transation Books.

IGAS (2012). *“Relatório de actividades de 2011”*, acessível no sitio oficial da IGAS em: <<http://www.igas.min-saude.pt/documentos-para-download/publicacoes/relatorio-de-atividades-igas-2011-pdf.aspx>>;

IGAS (2014). *“Relatório de actividades de 2013”*, acessível no sitio oficial da IGAS em: <<http://www.igas.min-saude.pt/documentos-para-download/publicacoes/relatorio-de-atividades-20131.aspx>>;

IGAS (2015). *“Relatório de actividades de 2014”*, acessível no sitio oficial da IGAS em: <<http://www.igas.min-saude.pt/documentos-para-download/publicacoes/relatorio-de-atividades-da-igas-2014-pdf.aspx>>;



Índice Global de Competitividade (2002). *“The Global Competitiveness Report 2001-2002”*, acessível na Internet em: <<http://www.nectec.or.th/pld/indicators/documents/WEF-%20Global%20Competitiveness%20Report%202001.pdf>>;

Índice Global de Competitividade (2013). *“The Global Competitiveness Report 2013-2014”*, acessível na Internet em: <http://www.pofc.gren.pt/ResourcesUser/2013/Publicacoes/WEF_GlobalCompetitivenessReport_2013_14.pdf>;

Intervenção da Ministra da Justiça (2012). *“Conferência sobre Combate à Fraude contra o Serviço Nacional de Saúde”*, realizada em Loures, em 25 de Janeiro de 2012, acessível na internet, no portal oficial do Governo, em: <http://www.portugal.gov.pt/media/433035/25_01_conferencia_combate_a_fraude_contra_o_sns.pdf>;

Intervenção da Ministra da Justiça (2013). *“Colaborar para melhorar o combate à fraude à Segurança Social”*, Intervenção da Ministra da Justiça, realizada em Loures, a 9 de Dezembro de 2013 (Dia Internacional contra a Corrupção), em acessível no portal oficial do Governo em: <<http://www.portugal.gov.pt/media/1266016/20131209%20mj%20fraudes%20segsoc.pdf>>;

Intervenção de Helena Pinto (2013). *“O interesse público exige uma inspeção global ao Hospital de Braga”*, discurso da deputada do Bloco de Esquerda (BE), em reunião plenária na Assembleia da República em 2013/07/11, acessível na internet em: <<https://www.youtube.com/watch?v=K0J5fHjDSJs>>;

Intervenção de Marinho e Pinto (2012). *“Do Estado de Direito ao Estado de Inovação”*, Conferência FEP – POLITICAMENTE, intervenção de Joaquim da Silva Marinho Pinto (ex- bastonário da Ordem dos Advogados), realizada a 28 de Novembro de 2012, na Universidade do Porto, acessível na Internet em: <<https://www.youtube.com/watch?v=FVB7hAKADQs>>;

Intervenção do Ministro da Saúde (2012). *“Discurso do Ministro da Saúde no encerramento da conferência Combate à Fraude contra o SNS”*, realizada em Loures, em 25 de Janeiro de 2012, acessível na internet, no portal oficial do Governo, em: <http://www.portugal.gov.pt/media/433426/20120125_ms_corrupcao.pdf>;

Intervenção do Ministro da Saúde (2013). *“Apresentação dos resultados relativos ao combate à fraude do Serviço nacional de Saúde”*, em 2 de Abril de 2013, acessível na internet, no portal oficial do Governo, em: <http://www.portugal.gov.pt/media/905777/20130402_ms_fraude_sns.pdf>;

Intervenção do Ministro da Saúde (2013a). *“Cerimónia de tomada de posse dos dirigentes da IGAS”*, em Lisboa, 6 de Junho de 2013, acessível na internet, no portal oficial do MS, em:



<<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/omunicacao/discursos+e+intervencoes/posse+igas+mmxiii.htm>>;

Intervenção do Ministro da Saúde (2014). *“Combate à corrupção”*, conferência realizada no novo edifício-sede da Polícia Judiciária, em Lisboa, acessível na internet, no portal oficial do Governo, em: <<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/omunicacao/discursos+e+intervencoes/comb+corrupcao.htm>>;

LIMA, Inês Glória Simões (2011). *“A corrupção participada na Administração Local em Portugal (2004-2008)”*, Tese de Mestrado em Política Comparada, Universidade de Lisboa – Instituto de Ciências Sociais;

LOPES, José Mouraz (2011). *“O Espectro da Corrupção”*, editora Almedina, Coimbra;

MAIA, António João (2008). *“A questão da corrupção em Portugal: Contributo para a sua caracterização”*, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa;

MAIA, António João (2011). *“Corrupção ou corrupções? – De que falamos quando falamos de corrupção”*, artigo publicado na revista Visão n.º 151 (2011/12/07), acessível no portal da internet do OBEGEF – Observatório da Economia e Gestão de Fraude:<<http://www.gestaodefraude.eu/wordpress/wp-content/uploads/2011/12/VisaoE151.pdf>>;

MAIA, António João (2012). *“Corrupção – crime sem vítima?”*, artigo publicado na revista Visão n.º 203 (2012/12/06), acessível no portal da internet do OBEGEF – Observatório da Economia e Gestão de Fraude: <<http://www.gestaodefraude.eu/wordpress/wp-content/uploads/2012/12/VisaoE203.pdf>>;

MARQUES, Rui Cunha; CRUZ, Carlos Oliveira (2012). *“O Estado e as Parcerias Público-Privadas”*, Editor: Edições Sílabo;

MARTINS, Maria Manuela Miranda de Castro (2011). *“O «Novo» crime de recebimento indevido de vantagens”*, dissertação de Mestrado em Direito Criminal, Universidade Católica Portuguesa – Escola de Direito, acessível na Internet em: <<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9280/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Ode%20Mestrado%20-%20O%20novo%20crime%20de%20recebimento%20indevido%20de%20vantagens%20OPDF%20FINAL.pdf>>;

MATEUS, Augusto (2011). *“Compromisso de pagamento no prazo acordado: uma cultura de pagamentos atempados”*, Projecto AconteSer, acessível na internet em: <http://www.acege.pt/PDF/ACEGE_EstudoPagamentosPontuais20111013_vf.pdf>;

MORENO, Carlos (2010). *“Como o estado gasta o nosso dinheiro”*, Juiz jubilado do Tribunal de Contas analisa duas décadas de despesismo público;



NIZA, Rita Maria Meira (2012). *“Contributo para análise do crime de recebimento indevido de vantagem”*, dissertação em Mestrado Forense, Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Direito, acessível na Internet em: <<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8943/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20CONTRIBUTO%20PARA%20AN%C3%81LISE%20DO%20CRIME%20DE%20RECEBIMENTO%20INDEVIDO%20DE%20VANTAGEM.pdf>>;

NUNES, Pedro Manuel Miranda (2010). *“Conflitos de interesse: Reflexões ao regime do pós-emprego público”*, acessível na internet em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/egg/v15n2/v15n2a08.pdf>>;

OEI-CPLP (2011). *“Guião de Boas Práticas para a Prevenção e o Combate à Corrupção na Administração Pública”*, Organismos Estratégicos do Controlo Interno da CPLP, acessível no sitio oficial do Tribunal de Contas em: <http://www.cpc.tcontas.pt/documentos/guia_cplp.pdf>;

OMS (2010). *“Financiamento dos sistemas de saúde – O caminho para a cobertura universal”*, Relatório Mundial da Saúde, acessível na internet em: <http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf>;

Orçamento de Estado (2013). *“Relatório do Orçamento de Estado para 2014”*, publicado em Outubro de 2013, acessível na internet, no portal oficial da Direção Geral do orçamento: <<http://www.dgo.pt/politicaorcamental/OrcamentodeEstado/2014/Proposta%20do%20Or%C3%A7amento/Documentos%20do%20OE/Rel-2014.pdf>>;

PEDRO, Rute Teixeira (2008). *“Da tutela do doente lesado: Breves reflexões”*, FDUP - artigo em Revista Científica Nacional, acessível na Internet em: <<http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/23920>>;

PEREIRA, André Gonçalo Dias (2004). *“Novos desafios da responsabilidade médica: Uma proposta para o Ministério Público”*, artigo apresentado na Palestra proferida no Congresso Anual do Ministério Público do Estado do Paraná (Brazil), em Foz do Iguaçu, a 11 de Dezembro de 2004, publicado em Direito e Sociedade – Revista do Ministério Público do Estado do Paraná, Volume 3, Número 2, Julho/Dezembro 2004 [pág. 35-58], acessível na Internet em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/2525>>;

PEREIRA, André Gonçalo Dias (2007). *“Breves notas sobre a responsabilidade médica em Portugal”*, publicado na Revista Portuguesa do Dano Corporal - Novembro 2007, Ano XVI - N.º 17 [páginas:11–22], acessível na Internet em: <https://digitalis-dsp.uc.pt/bitstream/10316.2/32926/1/RPDC17_artigo2.pdf?ln=pt-pt>;

PEREIRA, André Gonçalo Dias (2008). *“O Sigilo Médico: análise do direito português”*, artigo apresentado na Conferência do Centro de Estudos Jurídicos e Judiciários da Região Administrativa Especial de Macau, República Popular da China, no dia 21 de Julho de 2008, acessível na Internet em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/10576>>;



PEREIRA, André Gonçalo Dias (2009). “*O dever de sigilo do médico: um roteiro da lei portuguesa*”, artigo com pequenas alterações apresentado na Conferência do Centro de Estudos Jurídicos e Judiciários da Região Administrativa Especial de Macau, República Popular da China, no dia 21 de Julho de 2008, publicado na Revista Portuguesa do Dano Corporal (n.º 19), 2009 [pág. 9-50] acessível na Internet em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/13335>>;

PIMENTA, Carlos (2012). “*Resposta às perguntas da jornalista da Lusa Sandra Moutinho*”, OBEGEF – Observatório da Economia e Gestão de Fraude, acessível na Internet em: <http://www.gestaodefraude.eu/wordpress/wp-content/uploads/2010/04/Entrevista_Lusa.pdf>;

PINA, José António Rebocho Esperança (2013). “*Ética deontologia e direito médico*”, Lidel – edições Técnicas, Lda;

Plano estratégico IGAS (2014). “*Plano estratégico 2014-2016*”, acessível no sitio oficial da IGAS em: <<http://www.igas.min-saude.pt/documentos-para-download/publicacoes/pe-2014-pdf.aspx>>;

PPRIC ACSS (2010). “*Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infracções Conexas da ACSS*”, acessível na internet, no portal oficial da ACSS, em: <<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Plano%20Corrup%C3%A7%C3%A3o%20e%20Infra%C3%A7%C3%B5es%20conexas%20ACSS%20IP.pdf>>;

PPRIC ACSS (2014). “*Plano de Prevenção de Riscos de Corrupção e Infracções Conexas da ACSS*”, versão 2.0 de 16.04.2014, acessível na internet, no portal oficial da ACSS, em: <<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/PPCIC%20V2.pdf>>;

Programa de Ajustamento 2011-2014 (2014). “*1000 dias, 450 medidas cumpridas*”, relatório sobre a prestação contas do que foi feito em concreto no âmbito dos Memorandos acordados pelo Estado Português e a Comissão Europeia, BCE e FMI, acessível na Internet em: <http://www.portugal.gov.pt/media/1413075/20140508%20seapm%20gestao%20pae_f.pdf>;

RASI (2015). “*Relatório Anual de Segurança Interna 2014*”, caracterização da segurança interna da análise de dados à criminalidade participada, respeitante ao ano de 2014, acessível no portal oficial do parlamento em: <http://www.parlamento.pt/Documents/XIILEG/Abril_2015/relatorioseginterna2014.pdf>;

RASI (2016). “*Relatório Anual de Segurança Interna 2015*”, caracterização da segurança interna da análise de dados à criminalidade participada, respeitante ao ano de 2015, acessível no portal oficial do parlamento em: <<http://www.portugal.gov.pt/media/18859123/20160331-rasi-2015.pdf>>;



Relatório anticorrupção da UE (2014). “*Relatório anticorrupção da UE*”, relatório da comissão ao conselho e ao parlamento europeu sobre corrupção nos estados-membros da União Europeia, acessível no sitio oficial da comissão europeia em: <http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-we-do/policies/organized-crime-and-human-trafficking/corruption/anti-corruption-report/index_en.htm>;

Relatório da PGR (2011). “*Relatório dos Serviços do Ministério Público 2011*”, acessível no portal oficial do MP em: <<http://www.ministeriopublico.pt/ebook/relatorio-anual-2011>>;

Relatório de Desenvolvimento Humano (2008). “*Relatório de Desenvolvimento Humano 2007/2008*”, Combater as alterações climáticas: Solidariedade humana num mundo dividido, acessível na Internet em: <<http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2007-8-portuguese-summary.pdf>>;

Relatório de Desenvolvimento Humano (2013). “*A Ascensão do Sul: Progresso Humano num Mundo Diversificado*”, acessível na Internet em: <<http://www.un.org/files/HDR2013%20Report%20Portuguese.pdf>>;

Relatório ERS n.º 089 (2013). “*Processo de inquérito para aferição da sustentabilidade da factualidade de uma reportagem veiculada na comunicação social, intitulada «Desviados»*”, Processo n.º ERS/089/13_A;

Relatório Eurobarómetro 63.4 (2005). “*Opinião Pública na União Europeia*”, Relatório Nacional: Portugal, disponível através do seguinte link: <http://www.igfse.pt/upload/docs/gabdoc/2005/10-out/eb63_nat_pt.pdf>;

Relatório Eurobarómetro 69 (2008). “*Opinião Pública na União Europeia*”, Relatório Nacional: Portugal, disponível através do seguinte link: <<https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwhere-to-invest-in-portugal.com%2FDocument.aspx%3FDocumentID%3D63&ei=TS0WU5MioobLA7GogKgP&usq=AFQjCNFQsq35xZeZRDV6USs813Vpgb2vFQ>>;

Relatório Eurobarómetro 79.1 (2013). “*Atitudes dos europeus face à corrupção*”, Relatório acessível no sitio oficial da comissão europeia em: <http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_374_fact_pt_pt.pdf>;

Relatório Eurobarómetro Standard 80 (2013). “*Opinião Pública na União Europeia*”, Relatório Nacional: Portugal, acessível no sitio oficial da comissão europeia em: <http://ec.europa.eu/portugal/pdf/comissao/destaques/eb80_relatorio_nacional_portugal_pt.pdf>;

Relatório IGAS n.º 120 (2012). “*Factos relacionados com a omissão dos registos clínicos por alguns médicos no SNS na sequência da acção inspetiva ao Sistema de Certificação da Incapacidade Temporária e de Atribuição do Subsídio de Doença*”,



acessível no sitio oficial da IGAS em: <http://www.igas.min-saude.pt/documentos-para-download/publicacoes/religas_n12020121.aspx>;

Relatório IGAS n.º 320 (2010). “Acção inspectiva sobre o controlo da produção/emissão e distribuição (e venda) de vinhetas”, Processo N.º 47/2010-INS;

Relatório IGAS n.º 49 (2013). “Auditoria de acompanhamento ao cumprimento do ponto 1.2 da Recomendação n.º1/2009 do Conselho de Prevenção Contra a Corrupção (Follow-up do Processo N.º12/2010 – AUD)”, Processo N.º 18/2011 – AUD;

Relatório IGAS n.º 83 (2013). “Acção Inspectiva direccionada à avaliação da Regularidade dos Pagamentos das Remunerações e Valorizações Remuneratórias Sinalizadas pela IGAS no processo n.º 30/2011-INS”, acessível na internet em: <<http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCYQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.igas.min-saude.pt%2Fdocumentos-para-download%2Fpublicacoes%2Frelatorio-pagvalorremuneratorias-pdf.aspx&ei=2bncVIXEGczzUubmgcAK&usq=AFQjCNGIGWeJsvLyKVwZpJdBjjkGAP4yJw&bvm=bv.85761416,d.d24>>;

Relatório IGF (2010). “Síntese da actividade”, relatório sobre a síntese por domínios de intervenção da Inspeção-Geral de Finanças de 2010, acessível na internet em: <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.igf.min-financas.pt%2Fanexos-instrumentos-gestao%2Fra-2010-a-actividade-da-igf-nos-principais-dominios-pdf.aspx&ei=oh0-VcWkBsLSU_nlgaAL&usq=AFQjCNEloK9A4Gk5wOH4v9ExXXObx6zvg>;

Revista TecnoSaúde (2009). “Usurpação de Funções em Cardiopneumologia”, revista oficial do Sindicato das Ciências e Tecnologias da Saúde (SCTS), edição n.º 18 de Junho de 2009, acessível na internet em: <<http://stss.pt/files/section/TECNOSAUDE/SINDICATO-JUNHO-09.pdf>>;

Revista Visão (2013). “Saiba quanto nos vão custar as PPP na saúde”, texto publicado na revista Visão n.º 1060 de 27 de Junho (Francisco Galope), acessível na internet em: <<http://visao.sapo.pt/saiba-quanto-nos-vaio-custar-as-ppp-na-saude=f739150>>;

Revista Visão (2015). “Novo escândalo na propaganda médica”, texto publicado na revista Visão n.º 1161 de 4 de Junho (Isabel Nery), acessível na internet em: <<http://visao.sapo.pt/saiba-quanto-nos-vaio-custar-as-ppp-na-saude=f739150>>;

RODRIGUES, Álvaro da Cunha Gomes (2007). “Responsabilidade médica em direito penal – Estudo dos pressupostos sistemáticos”, editora Almedina, Coimbra;

RODRIGUES, João Vaz (2001). “O Consentimento Informado para o acto médico no ordenamento jurídico português”, Elementos para o estudo da manifestação da vontade do paciente. Coimbra Editora;



SANCHO, Paulo; FERREIRA, Ana Simões (2004). *“Infecção por VIH/Sida – Problemas ético legais”,* acessível na internet em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/egg/v15n2/v15n2a08.pdf>>;

SARMENTO, Joaquim Miranda (2013). *“Parcerias Público-Privadas”,* Fundação Francisco Manuel dos Santos, Relógio d’Água Editores, Lisboa;

SILVA, Pedro Manuel Alves Pereira da (2009). *“Fundamentos e modelos nas Parcerias Público-Privadas na Saúde. O estudo dos serviços clínicos”,* editora Almedina, Coimbra;

SIMÕES, Jorge (2009). *“Retrato Político da Saúde”,* editora Almedina, Coimbra (2.ª Reimpressão da Edição de Setembro/2004);

SIMÕES, Jorge Abreu (2004). *“As Parcerias Público-Privadas no sector da saúde em Portugal”,* artigo científico, acessível na Internet em: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-08-2004.pdf>>;

SNI (2012). *“Sistema Nacional de Integridade”,* relatório elaborado através da ONG TIAC, investigação coordenada por Luís de Sousa (investigador e presidente da TIAC), com o apoio do Instituto das Ciências Sociais da Universidade de Lisboa e a Inteli, acessível no sitio oficial da TIAC em: http://www.business-anti-corruption.com/media/3923478/2011_NISPortugal_PT.pdf>;

TdC (2007). *“Auditoria aos Encargos do Estado com as Parcerias Público Privadas”,* Concessões Rodoviárias e Ferroviárias, relatório de auditoria n.º 04/2007 – 2ª Secção, processo n.º 37/06 – auditoria, acessível na internet em: http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2007/audit-dgtc-rel004-2007-2s.pdf>;

TdC (2009). *“Auditoria ao Programa de Parcerias Público Privadas da Saúde”,* primeira vaga dos hospitais, relatório de auditoria n.º 15/2009, processo n.º 8/08 – auditoria, acessível na internet em: http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2009/audit-dgtc-rel015-2009-2s.pdf>;

TdC (2012). *“Transitado em julgado a sentença a pena de multa”* Acórdão n.º 16/2012 – 3.ª Secção-PL, de 26 de Outubro (RO N.º 3 RO - JRF/2012) do Tribunal de Contas, acessível na internet em: <http://www.tcontas.pt/pt/actos/acordaos/2012/3s/ac016-2012-3s.pdf>>;

TdC (2013). *“Acompanhamento dos Mecanismos de Assistência Financeira”,* relatório de auditoria n.º 28/2013 – 2.ª Secção, Processo n.º 23/2012 – Auditoria, acessível na internet em: http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2013/2s/audit-dgtc-rel028-2013-2s.pdf>;

TdC (2013a). *“Encargos do Estado com a PPP na Saúde”,* relatório n.º 18/2013 – 2.ª Secção, acessível na internet em: http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2013/2s/audit-dgtc-rel018-2013-2s.pdf>;



TdC (2013b). “Auditoria às remunerações mais elevadas pagas pelas unidades hospitalares que integram o Serviço Nacional de Saúde”, relatório de auditoria n.º 12/2013 – 2.ª Secção, Processo n.º 31/2011 – Auditoria, acessível na internet em: <http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2013/2s/audit-dgtc-rel012-2013-2s.pdf>;

TdC (2015). “Relatório de Actividades e Contas de 2014”, relatório do TdC n.º 15/2015, publicado no Diário da República, 2.ª série – N.º 117 – 18 de Junho de 2015, acessível na internet em: <<https://dre.pt/application/file/67522247>>;

TdC (2015a). “Auditoria de desempenho à Inspeção-Geral das Actividades em Saúde”, relatório de auditoria n.º 18/2015 – 2.ª Secção, Processo n.º 13/2014 – Auditoria, acessível na internet em: <http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2015/2s/audit-dgtc-rel018-2015-2s.pdf>;

TdC (2015b). “Auditoria à execução do contrato de gestão do hospital de Loures”, relatório de auditoria n.º 19/2015 – 2.ª Secção, Processo n.º 20/2014 – Auditoria, acessível na internet em: <http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2015/2s/audit-dgtc-rel019-2015-2s.pdf>;

TIAC (2013). “Uma Alternativa ao silêncio: A protecção de denunciante em Portugal”, relatório da Organização não Governamental Transparência, Integridade e Acção Cívica, acessível em: <<https://transparencia.pt/wp-content/uploads/2013/11/WB-PT-Final1.pdf>>;

Transparency International (2012). “Corruption Perceptions Index 2012”, avaliação da Percepção de Corrupção no sector público, consultado a 1 de Julho de 2013 na Internet em: <http://www.transparency.org/whatwedo/pub/corruption_perceptions_index_2012>;

Transparency International (2014). “Corruption Perceptions Index 2014”, avaliação da Percepção de Corrupção no sector público, consultado a 28 de Janeiro de 2015 na Internet em: <<https://www.transparency.org/cpi2014/results>>;

UTAP (2013). “Relatório anual das PPP – 2013”, da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projectos, acessível na internet, no portal oficial da UTAP em: <http://www.utap.pt/Publicacoes_utap/RelatorioAnualPPP2013.pdf>;

UTAP (2014). “Boletim Trimestral PPP – 3.º Trimestre de 2014”, da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projectos, acessível na internet, no portal oficial da UTAP em: <http://www.utap.pt/Publicacoes_utap/BoletimUTAPPPP3T2014vf.pdf>;

UTAP (2014a). “Relatório anual das PPP – 2014”, da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projectos, acessível na internet, no portal oficial da UTAP em:



<http://www.utap.pt/Publicacoes_utap/Relat%C3%B3rio%20Anual%20das%20PPP%202014.pdf>;

UTAP (2015). “Boletim Trimestral PPP – 2.º Trimestre de 2015”, da Unidade Técnica de Acompanhamento de Projectos, acessível na internet, no portal oficial da UTAP em: <http://www.utap.pt/Publicacoes_utap/Boletim%20Trimestral%20PPP%202%C2%BA%20T%202015%20vf.pdf>;

→ Acórdãos:

PGR (1959). “Médico; Segredo Profissional; Segredo Médico; Crime Público”, parecer n.º12 da Procuradoria-Geral da República, de 05/08/1959 – Processo N.º PGRP00004509, acessível na Internet em: <http://www.dgsi.pt/pgrp.nsf/7fc0bd52c6f5cd5a802568c0003fb410/516d6f1dcb504ccf8025661700419c9c?OpenDocument&Highlight=0,sa%C3%BAde#_Section4>;

PGR (1991). “Menor; Interesse do Menor; Direitos da Criança; Família; Poder Paternal (...)”, parecer n.º8 da Procuradoria-Geral da República, de 07/07/1992 – Processo N.º PGRP00000361, acessível na Internet em: <<http://www.dgsi.pt/pgrp.nsf/7fc0bd52c6f5cd5a802568c0003fb410/0f1e7f12f386dfef4802566170042079b?OpenDocument&ExpandSection=-2>>;

STJ (1990). “Preterintencionalidade – Negligência”, Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça, de 07-03-1990 - Processo N.º 040612, acessível na Internet em: <<http://www.dgsi.pt/jstj.nsf/954f0ce6ad9dd8b980256b5f003fa814/92e5176b900fcc56802568fc00394422?OpenDocument>>;

STJ (1991). “Decisão sobre pressupostos que integram o crime do artigo 142.º”, Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça, de 18-12-1991 - Processo N.º 041618, acessível na Internet em: <<http://www.dgsi.pt/jstj.nsf/954f0ce6ad9dd8b980256b5f003fa814/4870085648ffd0d5802574420048d9bd?OpenDocument>>;

STJ (1993). “Médico, Intervenção médica, Leges artis, Recusa de facultativo, Tipicidade”, Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça, de 07-01-1993 - Processo N.º 042747, acessível na Internet em: <<http://www.dgsi.pt/jstj.nsf/954f0ce6ad9dd8b980256b5f003fa814/34775251a044dcdfe802568fc003a3ca2?OpenDocument>>;

STJ (2009). “Matéria de facto; In Dubio Pro Reo; Matéria de direito (...)”, Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça, de 12-03-2009 - Processo N.º 07P1769 [N.º de documento: SJ200903120017693], acessível na Internet em: <<http://www.dgsi.pt/jstj.nsf/954f0ce6ad9dd8b980256b5f003fa814/886ad227bc3cd9238025759900482d5d?OpenDocument>>;



TRC (2014). *“Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos”*, Acórdão do Tribunal da Relação de Coimbra, de 26-02-2014 - Processo N.º 1116/10.OTAGR.D1, (Legislação Nacional: artigos 13.º e 150.º, n.º 2 do CP), acessível na Internet em: <<http://www.dgsi.pt/jtrc.nsf/8fe0e606d8f56b22802576c0005637dc/221af72962b0078880257c910057bd89?OpenDocument>>;

TRE (2010). *“Intervenção e tratamentos médico-cirúrgicos, Violação das «Leges artis», Erro notório na apreciação da prova, Contradição insanável”*, Acórdão do Tribunal da Relação de Évora, de 08-04-2010 - Processo N.º 683/05.5TAPT.G.E1, acessível na Internet em: <<http://www.dgsi.pt/jtre.nsf/134973db04f39bf2802579bf005f080b/b2e4fba68a712d6180257de100575003?OpenDocument>>;

TRG (2004). *“Homicídio por negligência; Nexo de causalidade; Intervenção médica”*, Acórdão do Tribunal da Relação de Guimarães, de 03-05-2004 - Processo N.º 717/04-1 [N.º de documento: RG], acessível na Internet em: <<http://www.dgsi.pt/jtrg.nsf/0/0d1cadacfea689a980256ee000465987?opendocument>>;

TRL (2007). *“Quebra de sigilo profissional”*, do Tribunal da Relação de Lisboa, de 15-05-2007 - Processo N.º 8629/2006-1 [N.º de documento: RL], acessível na Internet em: <<http://www.dgsi.pt/jtrl.nsf/33182fc732316039802565fa00497eec/e9624f2a66c47a4c802572e20063a109?OpenDocument>>;

TRL (2009). *“Delimitação do segredo profissional de funcionário de advogado”*, Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa, de 12-04-2009 - Processo N.º 6060/08-3, 3.ª Secção, acessível na Internet em: <http://www.pgdlisboa.pt/jurel/jur_busca_processo.php?buscaprocesso=6060/08-3&codsecao=3>;

TRL (2013). *“Responsabilidade médica; Dever de esclarecimento prévio; Ónus da prova; Prova pericial; Força probatória”*, Acórdão do Tribunal da Relação de Lisboa, de 10-10-2013 - Processo N.º 3163/07.0TBAMD.L1-2 [N.º de documento: RL], acessível na Internet em: <<http://www.dgsi.pt/jtrl.nsf/33182fc732316039802565fa00497eec/f91ea390dfd5f62d80257c2e005007a9?OpenDocument&Highlight=0,consentimento,informado>>;

TRP (2005). *“Usurpação De Funções, Acto Médico”*, Acórdão do Tribunal da Relação do Porto, de 16-12-2005 - Processo N.º 0345562 [N.º de documento: RP200502160345562], acessível na Internet em: <<http://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/56a6e7121657f91e80257cda00381fdf/e858eb2b4eba07cb80256fb80041f462?OpenDocument&Highlight=0,usurpa%C3%A7%C3%A3o,de,fun%C3%A7%C3%B5es,de,m%C3%A9dico>>;

TRP (2009). *“Atestado falso”*, Acórdão do Tribunal da Relação do Porto, de 25-02-2009 – Processo N.º 0716283 [N.º de documento: RP200902250716283], acessível na internet em:



<<http://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/0/aeb7dbe8bc9334bf8025756f005172d0?OpenDocument>>;

TRP (2012). “Crime de recusa de Médico”, Acórdão do Tribunal de Relação do Porto, de 22-12-2012 – Processo N.º 186/05.8TAMD.L.P1 [N.º de documento: RP20120222186/05.8TAMD.L.P1], acessível na internet em: <<http://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/d1d5ce625d24df5380257583004ee7d7/70d1902860b382cf802579c6003cbbf0?OpenDocument>>;

TRP (2013). “Crime de recusa de médico; Elementos do tipo”, Acórdão do Tribunal de Relação do Porto, de 07-10-2013 – Processo N.º 518/06.1TALSD.P2 [N.º de documento: RP20130710518/06.1TALSD.P2], acessível na internet em: <<http://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/56a6e7121657f91e80257cda00381fdf/1469a0b568e54de580257bb00053ecea?OpenDocument&Highlight=0,recusa,de,m%C3%A9dico,Agrava%C3%A7%C3%A3o,pelo,resultado>>;

TRP (2013). “Segredo profissional; Dispensa de sigilo profissional médico”, do Tribunal da Relação de Porto, de 13-03-2013 - Processo N.º 605/10.1T3AVR-A.P1 [N.º de documento: RP20130313605/10.1t3avr-A.P1], acessível na Internet em: <<http://www.dgsi.pt/jtrp.nsf/d1d5ce625d24df5380257583004ee7d7/77939c8973b7101d80257b43004f6347?OpenDocument>>;

→ Legislação:

Circular Informativa da ACSS n.º 29/2011 – Licenças sem vencimento ao abrigo dos artigos 21.º e 22.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/1993, de 15 de Janeiro, acessível no sítio oficial da ACSS em: <<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/CI%20n.%C2%BA%2029.pdf>>;

Constituição da República Portuguesa – Decreto de Aprovação da Constituição de 10 de Abril de 1976, alterada pela sétima revisão constitucional – a mais recente (Lei n.º 1/2005, de 12 de Agosto, publicado no Diário de República, 1.ª série A – N.º 155 – 12 de Agosto de 2005);

Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, (Convenção de Oviedo), aberta à assinatura dos Estados Membros em Oviedo, em 4 de Abril de 1997, aprovada para ratificação por Resolução da Assembleia da República, em 19 de Outubro e ratificada pelo Decreto do Presidente da República n.º 1/2001, de 3 de Janeiro, publicado no Diário da República, 1ª série A - N.º 2 - 3 de Janeiro de 2001;

Decreto-Lei n.º 11/1993, de 15 de Janeiro - Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, publicado no Diário da República Portuguesa, 1.ª série A – N.º 12 – 15 de Janeiro de 1993, alterado pela Lei n.º 82-B/2014, de 31 de Dezembro – Orçamento de Estado 2015 (16.ª versão – a mais recente), publicado no Diário da República Portuguesa, 1.ª série – N.º 252 – 31 de Dezembro de 2014;



Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de Maio – Regime jurídico das Parcerias Público-Privadas - Unidade Técnica de Acompanhamento de Projectos, publicado no Diário da República Portuguesa, 1.ª série – N.º 100 – 23 de Maio de 2012;

Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de Dezembro – Lei Orgânica do Ministério da Saúde, publicado no Diário da República, 1.ª série – N.º 249 – 29 de Dezembro de 2011;

Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de Agosto - Estatutos da Entidade Reguladora da Saúde, publicado no Diário da República, 1.ª série – N.º 161 – 22 de Agosto de 2014;

Decreto-Lei n.º 127/2014, de 22 Agosto – Estabelece o regime jurídico a que ficam sujeitos a abertura, a modificação e o funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, qualquer que seja a sua denominação, natureza jurídica ou entidade titular da exploração, incluindo os estabelecimentos detidos por instituições particulares de solidariedade social (IPSS), bem como os estabelecimentos detidos por pessoas coletivas públicas, publicado no Diário da República Portuguesa, 1.ª série – N.º 161 – 22 de Agosto de 2014;

Decreto-Lei n.º 166/2012, de 31 de Julho – Regime jurídico do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF), publicado no Diário da República Portuguesa, 1.ª série – N.º 147 – 31 de Julho de 2012;

Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto – Regime jurídico dos medicamentos de uso humano, publicado no Diário da República Portuguesa, 1.ª série – N.º 167 – 30 de Agosto de 2006, alterado pela Lei n.º 51/2014, de 25 de Agosto (12.ª versão – a mais recente), publicado no Diário de República, 1.ª série – N.º 162 – 25 de Agosto de 2014);

Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto – Define o regime jurídico das parcerias em saúde com gestão e financiamentos, publicado no Diário da República Portuguesa, 1.ª série A – N.º 191 – 20 de Agosto de 2002;

Decreto-Lei n.º 185/2006, de 12 de Setembro – Cria o Fundo de Apoio ao Sistema de Pagamentos do Sistema Nacional de Saúde, publicado no Diário da República Portuguesa, 1.ª série – N.º 176 – 12 de Setembro de 2012;

Decreto-Lei n.º 217/1994, de 20 de Agosto - Estatuto disciplinar dos médicos, publicado no Diário da República, 1.ª série A – N.º 192 – de 20 de Agosto de 1994;

Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de Janeiro – Lei orgânica das Administrações Regionais de Saúde, I. P., publicado no Diário da República, 1.ª série – N.º 21 – 30 de Janeiro de 2012;

Decreto-Lei n.º 282/1977, de 5 de Julho – Estatuto da ordem dos Médicos, publicado no Diário da República Portuguesa, 1.ª série – N.º 153 – 05 de Julho de 1977, alterada pelo Decreto-lei n.º 217/94, de 20 de Agosto (5.ª versão – a mais recente), publicado no Diário da República Portuguesa, 1.ª série – N.º 192 – 20 de Agosto de 1994;



Decreto-Lei n.º 33/2012, de 13 de Fevereiro – Inspeção - Geral das Actividades em Saúde, publicado no Diário da República, 1.ª série – N.º 31 – 13 de Fevereiro de 2012;

Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15 de Fevereiro - Lei Orgânica da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., publicado no Diário da República Portuguesa, 1.ª série – N.º 33 – 15 de Fevereiro de 2012;

Decreto-Lei n.º 4/2015, de 7 de Janeiro - Código do procedimento administrativo, publicado no Diário da República Portuguesa, 1.ª série – N.º 4 – 7 de Janeiro de 2015;

Decreto-Lei n.º 42/2009, de 12 de Fevereiro – Estabelece as competências das unidades da Polícia judiciária, publicado no Diário da República Portuguesa, 1.ª série – N.º 30 – 12 de Fevereiro de 2009, alterado pela Declaração de Rectificação n.º 22/2009, de 08 de Abril (2.ª versão – a mais recente), publicado no Diário da República Portuguesa, 1.ª série – N.º 69 – 08 de Abril de 2009;

Decreto-Lei n.º 47 344/1966, de 25 de Novembro - Código Civil, alterado pela 62.ª versão – a mais recente (Lei n.º 23/2013, de 5 de Março, publicado no Diário de República, 1.ª série – N.º 45 – 5 de Março de 2013);

Decreto-Lei n.º 48/1995, de 15 de Março – Código Penal português, publicado no Diário da República, 1.ª série A - N.º 63 - 15 de Março de 1995, alterado pela Lei n.º 30/2015, de 22 de Abril (36.ª versão – a mais recente), publicado no Diário da República, 1.ª série – N.º 78 – 22 de Abril de 2015;

Decreto-Lei n.º 54/2008, de 4 de Setembro – Conselho de Prevenção da Corrupção (CPC), entidade que desenvolve a actividade de âmbito nacional no domínio da prevenção da corrupção e infracções conexas, publicado no Diário da República, 1.ª série – N.º 171 – 4 de Setembro de 2008;

Decreto-Lei n.º 62/1979, de 30 de Março – Disciplina o regime de trabalho e sua remuneração nos estabelecimentos hospitalares, publicado no Diário da República Portuguesa, 1.ª série A – N.º 75 – 30 de Março de 1979;

Decreto-Lei n.º 97/1994, de 9 de Abril – Normas a que devem estabelecer os ensaios clínicos a realizar em seres humanos, publicado no Diário da República Portuguesa, 1.ª série – N.º 83 – 9 de Abril de 1994;

Despacho Ministerial n.º 26/1986, de 30 de Junho – Cria um Gabinete do Utente junto de cada um dos hospitais e de cada ARS, publicado no Diário da República, 11.ª Série – 24 de Julho de 1986;

Despacho n.º 15312-D/2013, de 22 de Novembro de 2013 – Reverte temporariamente para ARS do Algarve, I.P. a gestão do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul, exploração, manutenção e conservação do edifício e realização de prestações de saúde de medicina física e de reabilitação, publicado no Diário da República [parte C], 2.ª série – N.º 227 – 22 de Novembro de 2013;



Despacho n.º 2712/2015, de 16 de Março - Designação para exercer o cargo de Inspector-Geral da IGAS, pelo um período de 5 anos, renovável por igual período, publicado no Diário da República Portuguesa, 2.ª série – N.º 52 – 16 de Março de 2015;

Despacho n.º 2935-B/2016, de 25 de Fevereiro – Estabelece disposições com vista a impulsionar a generalização da receita eletrónica desmaterializada (receita sem papel), no Serviço nacional de Saúde (SNS), criando metas concretas para a sua efectivação, publicado no Diário da República Portuguesa, 2.ª série – N.º 39 – 25 de Fevereiro de 2016;

Despacho n.º 5411/1997, de 8 de Julho do Ministério da Saúde – Estruturação do sector de diagnóstico pré-natal, princípios e orientações, publicado no Diário da República Portuguesa, 2.ª série – N.º 180 – 06 de Agosto de 1997, acessível na Internet em: <<http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/legislacao/diagnostico-pre-natal/despacho-541197-2-serie-de-8-de-julho-dr-n-180-ii-serie-de-6-de-agosto-.aspx>>;

Despacho n.º 6447/2012, de 20 de Abril – Institui o Grupo Coordenador do Sistema de Controlo Interno Integrado do MS (SCI), publicado no Diário da República Portuguesa, 2.ª série – N.º 94 – 15 de Maio de 2012;

Despacho n.º 8213-B/2013, de 24 de Junho – Fixa as regras de acesso dos delegados de informação médica (DIM) aos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), publicado no Diário da República Portuguesa, 2.ª série – N.º 119 – 24 de Junho de 2013;

Despacho n.º 9108/1997, de 13 de Outubro – Aplicação das técnicas de biologia molecular no âmbito da prestação de cuidados de saúde pelo SNS, publicado no Diário da República Portuguesa, 2.ª série – N.º 237 – 13 de Outubro de 1997;

Lei n.º 12/1993, de 22 de Abril - Colheita e transplante de órgãos, publicado no Diário da República Portuguesa, 1.ª série A – N.º 94 – 22 de Abril de 1993, alterada pelo Decreto-Lei n.º 168/2015, de 21 de Agosto (5.ª versão – a mais recente), publicado no Diário da República, 1.ª série – N.º 163 – 21 de Agosto de 2015);

Lei n.º 12/2005, de 16 de Janeiro - Regime jurídico da informação genética pessoal e informação de saúde, publicado no Diário da República Portuguesa, 1.ª série A – N.º 4941 – 26 de Janeiro de 2005;

Lei n.º 147/1999, de 1 de Setembro – Lei de protecção de crianças e jovens em perigo, publicado no Diário da República – 1ª série-A – N.º 204 – 1 de Setembro de 1999, alterada pela Lei n.º 142/2015, de 8 de Setembro (3.ª versão – a mais recente), publicado no Diário da República, 1.ª série – N.º 175 – 8 de Setembro de 2015);

Lei n.º 19/2008, de 30 de Janeiro - Aprova medidas de combate à corrupção, publicado no Diário da República Portuguesa, 1.ª série – N.º 11 – 30 de Janeiro de 2008;



Lei n.º 21/2014, de 16 de Abril - Aprova a lei da investigação clínica, publicado no Diário da República Portuguesa, 1.ª série – N.º 16 – 16 de Abril de 2014, alterada pela Lei n.º 73/2015, de 27 de Julho (2.ª versão – a mais recente), publicado no Diário da República, 1.ª série – N.º 144 – 27 de Julho de 2015);

Lei n.º 28/1982, de 15 de Novembro - Lei orgânica do Tribunal Constitucional, alterado pela 9.ª versão – a mais recente (Lei n.º 5/2015, de 10 de Abril, publicado no Diário de República, 1.ª série – N.º 70 – 10 de Abril 2015) publicado no Diário de República, 1.ª série – N.º 264 – 15 de Novembro de 1982;

Lei n.º 3/1984, de 24 de Março – Educação sexual e planeamento familiar, publicado no Diário da República – 1ª série – N.º 71 – 24 de Março de 1984;

Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho - Procriação medicamente assistida, publicado no Diário da República Portuguesa, 1.ª série – N.º 143 – 26 de Julho de 2006;

Lei n.º 37/2008, de 06 de Agosto - Aprova a orgânica da Polícia Judiciária, publicado no Diário da República – 1ª série – N.º 151 – 6 de Agosto de 2008, alterada pela Lei n.º 26/2010, de 30 de Agosto (2.ª versão – a mais recente), publicado no Diário da República, 1.ª série – N.º 168 – 30 de Agosto de 2010);

Lei n.º 4/1983, de 2 de Abril - Controle Público da Riqueza dos Titulares de Cargos Políticos, alterado pela 6.ª versão – a mais recente (Lei n.º 38/2010, de 02 de Setembro, publicado no Diário de República, 1.ª série – N.º 171 – 2 de Setembro de 2010) publicado no Diário de República, 1.ª série – N.º 76 – 2 de Abril de 1983);

Lei n.º 46/2007, de 24 de Agosto - Regula o acesso aos documentos administrativos, publicado no Diário da República Portuguesa, 1.ª série – N.º 163 – 24 de Agosto de 2007;

Lei n.º 48/1990, de 24 de Agosto - Lei de Bases da Saúde, publicado no Diário da República – 1ª série – N.º 195 – 24 de Agosto de 1990, alterado pela Lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro (2ª versão – a mais recente), publicado no Diário da República, 1.ª série A – N.º 258 – 8 de Novembro de 2002;

Lei n.º 49/2008, de 27 de Agosto - Lei de Organização a Investigação Criminal, publicado no Diário da República – 1ª série-A – N.º 165 – 27 de Agosto de 2008, alterada pela Lei n.º 38/2015, de 11 de Maio (3.ª versão – a mais recente), publicado no Diário da República, 1.ª série – N.º 90 – 11 de Maio de 2015);

Lei n.º 56/1979, de 15 de Setembro - Lei do Serviço Nacional de Saúde, publicado no Diário da República Portuguesa, 1.ª série – N.º 214 – 15 de Setembro de 1979;

Lei n.º 60/1998, de 27 Agosto - Estatuto do Ministério Público, republicado no Diário da República Portuguesa, 1.ª série A – N.º 197 – 27 de Agosto de 1998;

Lei n.º 65/1978, de 13 de Outubro - Convenção Europeia dos Direitos do Homem, publicada no Diário da República, 1.ª Série N.º 236 – de 13 de Outubro de 1978



(rectificada por Declaração da Assembleia da República publicada no Diário da República, 1.ª Série – N.º 286 – de 14 de Dezembro);

Lei n.º 93/1999, de 14 de Julho – Regula a aplicação de medidas para protecção de testemunhas em processo penal, publicado no Diário da República — 1ª série-A – N.º 162 — 14 de Julho de 1999, alterado pela Lei n.º 42/2010, de 03 de Setembro (3ª versão – a mais recente), publicado no Diário da República, 1.ª série — N.º 172 — 3 de Setembro de 2010;

Lei n.º 98/1997, de 26 de Agosto – Lei da organização e processo do Tribunal de Contas, publicado no Diário da República Portuguesa, 1.ª série A – N.º 196 – 26 de Agosto de 1997, alterado pela Lei n.º 2/2012, de 06 de Janeiro (12.ª versão – a mais recente), publicado no Diário da República Portuguesa, 1.ª série – N.º 5 – 06 de Janeiro de 2012;

Portaria n.º 137-A/2012, de 11 de Maio - Estabelece o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição de medicamentos, os modelos de receita médica e as condições de dispensa de medicamentos, bem como define as obrigações de informação a prestar aos utentes, publicado no Diário da República Portuguesa, 1.ª série – N.º 92 – 11 de Maio de 2012;

Recomendação n.º 1/2009 do CPC, de 1 de Julho – Sobre os planos de gestão de riscos de corrupção e infracções conexas, publicado no Diário da República Portuguesa, 2.ª série – N.º 140 – 22 de Julho de 2009;

Recomendação n.º 5/2012 do CPC, de 7 de Novembro – Sobre a gestão de conflitos de interesses no sector público, publicado no Diário da República Portuguesa, 2.ª série – N.º 219 – 13 de Novembro de 2012;

Regulamento n.º 14/2009, de 13 de Janeiro - Código deontológico dos médicos, publicado no Diário da República, 2.ª série - N.º 8 - 13 de Janeiro de 2009;

Resolução da Assembleia da República n.º 47/2007, de 19 de Julho – Aprova a Convenção contra a Corrupção das Nações Unidas, de 31 de Outubro de 2003, publicado no Diário da República, 1.ª série – N.º 183 – 21 de Setembro de 2007;

Resolução de Conselho de Ministros n.º 1-C/2016, de 14 de Janeiro – Nomeação para os cargos de presidente do conselho directivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., para completar o mandato em curso que termina em 11 de Setembro de 2017, publicado no Diário da República, 2.ª série – N.º 9 – 14 de Janeiro de 2016;

→ Manchetes dos *Média*:

Canal Superior (2015). “*Estudante de medicina veterinária fez-se passar por profissional*”, de 2015/06/22. Consultado a 23 de Junho 2015 na Internet em: <<http://informacao.canalsuperior.pt/noticia/19771>>;



Diário de Notícias (2007). *“Testes genéticos fora de controlo”*, de 2007/12/02. Consultado a 10 de Agosto de 2014 na Internet em: <http://www.dn.pt/inicio/interior.aspx?content_id=990338&page=-1>;

Diário de Notícias (2010). *“Médicos usam licença sem vencimento para ganhar mais”*, de 2010/08/23. Consultado a 25 de Novembro de 2014 na Internet em: <http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1646433>;

Diário de Notícias (2012). *“Ministra revela fraude contra Serviço Nacional de Saúde”*, de 2012/01/25. Consultado a 1 de Junho de 2014 na Internet em: <http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=2263059>;

Diário de Notícias (2013). *“Há doentes que esperam vários dias por uma cama no internamento”*, de 2013/12/11. Consultado a 24 de Março de 2015 na Internet em: <http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=3581688>;

Diário de Notícias (2013a). *“39 gestores públicos falham entrega de declaração no TC”*, de 2013/12/27. Consultado a 23 de Março de 2015 na Internet em: <http://www.dn.pt/inicio/tv/interior.aspx?content_id=3605638&seccao=Media&page=-1>;

Diário de Notícias (2013b). *“Informatização do SNS ajuda a detectar fraudes”*, de 2013/11/13. Consultado a 27 de Março de 2015 na Internet em: <<http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/GRP/Revista%20Imprensa/13-11-2013.pdf>>;

Diário de Notícias (2014). *“Regulador investiga oferta de taxas moderadoras”*, de 2014/01/10. Consultado a 1 de Abril de 2015 na internet em: <http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=3626208&page=-1>;

Diário de Notícias (2014a). *“Empresa que levou a demissão no MAI custou mil euros”*, de 2014/01/17. Consultado a 20 de Junho de 2015 na internet em: <http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=3636549> <<http://www.mynetpress.com/pdf/2014/janeiro/2014011735d362.pdf>>;

Diário de Notícias (2014b). *“PJ reforça com 25 inspetores o combate à corrupção”*, de 2014/12/20. Consultado a 24 de Julho de 2015 na internet em: <<http://www.mynetpress.com/pdf/2014/dezembro/201412203afc53.pdf>>;

Diário de Notícias (2015). *“Tribunal de Vila Real condena falso médico a multa de 1500 euros”*, de 2015/07/09. Consultado a 16 de Julho de 2015 na internet em: <http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=4671536&page=-1>;

Diário de Notícias (2015a). *“Supremo condena médico a pagar 304 mil euros por perfurar intestino”*, de 2015/11/02. Consultado a 20 de Novembro de 2015 na internet em: <<http://www.dn.pt/portugal/interior/supremo-condena-medico-a-pagar-304-mil-euros-por-perfurar-intestino-4865436.html>>;



Diário de Notícias (2016). “MP pede condenação de ex-ministra e outros responsáveis da ARS”, de 2016/01/07. Consultado a 07 de Janeiro de 2016 na internet em: <<http://www.dn.pt/portugal/interior/mp-pede-condenacao-de-exresponsaveis-da-ars-entre-os-quais-ana-jorge-4968291.html>>;

Diário de Notícias (2016a). “Governo quer criminalizar venda ilegal de produtos milagrosos”, de 2016/05/17. Consultado a 25 de Maio de 2016 na internet em: <<http://www.dn.pt/portugal/interior/justica-quer-criminalizar-venda-ilegal-de-produtos-milagrosos-5176841.html>>;

Diário Digital (2015). “Fisioterapeutas avisam que há pessoas sem habilitação a exercer e a usurpar funções”, de 2015/06/11. Consultado a 14 de Junho de 2015 na Internet em: <http://diariodigital.sapo.pt/news.asp?id_news=777147>;

Esquerda.net (2011). “Cronologia das PPP na área da Saúde”, de 2011/03/20, acessível na internet, no portal de informação do partido Bloco de Esquerda, em: <<http://www.esquerda.net/dossier/cronologia-das-ppp-na-%C3%A1rea-da-sa%C3%BAde>>;

Jornal A Guarda (2015). “Ana Manso começou a ser julgada pela alegada prática de um crime de abuso de poder”, de 2015/04/29. Consultado a 5 de Maio de 2015 na Internet em: <<http://www.jornalaguarda.com/index.php/atualidade/2853-ana-manso-comecou-a-ser-julgada-pela-alegada-pratica-de-um-crime-de-abuso-de-poder>>;

Jornal Correio da Manhã (2011). “Portugal lidera fraudes na Saúde”, de 2011/03/07. Consultado a 21 de Março de 2012 na internet em: <<http://www.cmjornal.xl.pt/exclusivos/detalhe/portugal-lidera-fraudes-na-saude.html>>;

Jornal Correio da Manhã (2013). “Médicos apanhados a acumular salário”, de 2013/12/05. Consultado a 18 de Março de 2015 na Internet em: <<http://www.cmjornal.xl.pt/nacional/sociedade/detalhe/medicos-apanhados-a-acumular-salarios.html>>;

Jornal Correio da Manhã (2013a). “Acordo em Tribunal deu 72 mil € a vítima de negligência”, de 2013/12/11. Consultado a 19 de Março de 2015 na Internet em: <<http://www.cmjornal.xl.pt/mundo/detalhe/acordo-em-tribunal-deu-72-mil--a-vitima-de-negligencia.html>>;

Jornal Correio da Manhã (2014). “194 médicos investigados por fraudes”, de 2014/02/20. Consultado a 5 de Março de 2015 na Internet em: <<http://www.cmjornal.xl.pt/nacional/sociedade/detalhe/194-medicos-investigados-por-fraudes.html>>;

Jornal Correio da Manhã (2014a). “80 médicos acusados de corrupção”, de 2014/07/12. Consultado a 12 de Julho de 2014 na Internet em:



<<http://www.cmjornal.xl.pt/nacional/sociedade/detalhe/80-medicos-acusados-de-corrupcao.html>>;

Jornal Correio da Manhã (2014b). *“Operação Marquês: Fogo cruzado sobre a investigação*, de 2014/11/30 (Opinião de Carlos Anjos - Presidente da Comissão de Protecção de Vítimas de Crimes). Consultado a 20 de Dezembro de 2014 na Internet em:

<http://www.cmjornal.xl.pt/opiniao/colunistas/carlos_anjos/detalhe/operacao_marques_es_fogo_cruzado_sobre_a_investigacao.html>;

Jornal Correio da Manhã (2014c). *“Saúde investiga obras e compras”*, de 2014/12/29. Consultado a 7 de Janeiro de 2015 na Internet em: <http://www.cmjornal.xl.pt/nacional/sociedade/detalhe/saude_investiga_obras_e_compras.html>;

Jornal Correio da Manhã (2015). *“Buscas no Hospital de Santa Maria”*, de 2015/10/31. Consultado a 1 de Novembro de 2015 na Internet em: <http://www.cmjornal.xl.pt/nacional/portugal/detalhe/buscas_no_hospital_de_santa_maria.html>;

Jornal Correio da Manhã (2016). *“Ana Jorge absolvida pelo Tribunal de Contas”*, de 2016/04/22. Consultado a 23 de Abril de 2016 na Internet em: <http://www.cmjornal.xl.pt/nacional/sociedade/detalhe/ana_jorge_absolvida_pelo_tribunal_de_contas.html>;

Jornal da Tarde RTP1 (2011). *“Fraude medicamentos: Médicos que já morreram continuam a passar receitas”*, de 2011/06/22. Consultado a 1 de Outubro de 2014 na Internet em: <<http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=454094&tm=2&layout=122&visual=61>>;

Jornal de Notícias (2013). *“Substituídos administradores de hospitais com médicos que receberam a mais”*, de 2013/07/17. Consultado a 16 de Fevereiro de 2015 na internet em: <http://www.jn.pt/PaginalNacional/Nacional/Saude/Interior.aspx?content_id=3328008&page=-1>;

Jornal de Notícias (2013a). *“Auditoria identifica médicos em situação de conflito de interesses”*, de 2013/10/14. Consultado a 19 de Junho de 2015 na internet em: <http://www.jn.pt/PaginalNacional/Nacional/Saude/interior.aspx?content_id=3474901&page=-1>;

Jornal de Notícias (2013b). *“Médicos que denunciam casos são perseguidos e prejudicados”*, de 2013/11/13. Consultado a 24 de Julho de 2014 na internet em: <http://www.jn.pt/PaginalNacional/Sociedade/Saude/Interior.aspx?content_id=3531009&page=-1>;



Jornal de Notícias (2015). *“Pena suspensa para oftalmologista acusado de cegar quatro pessoas”*, de 2015/01/22. Consultado a 25 de Fevereiro de 2015 na internet em:

http://www.jn.pt/PaginalInicial/Seguranca/Interior.aspx?content_id=4356822&page=-1;

Jornal de Notícias (2015a). *“Médicos recebiam vales de compras em troca de receitas”*, de 2015/07/09. Consultado a 16 de Julho de 2015 na internet em:

http://www.jn.pt/PaginalInicial/Justica/Interior.aspx?content_id=4670041&page=-1;

Jornal de Notícias (2015b). *“Investigadas 13 fraudes na saúde por mês”*, de 2015/07/23. Consultado a 30 de Julho de 2015 na internet em:

http://www.jn.pt/PaginalInicial/Nacional/Saude/Interior.aspx?content_id=4694550;

Jornal Económico (2014). *“Médico e farmácias responsáveis por 86% das fraudes na saúde”*, de 2014/07/11. Consultado a 28 de Março de 2015 na internet em:

http://economico.sapo.pt/noticias/medicos-e-farmacias-sao-responsaveis-por-86-da-fraude-na-saude_197393.html;

Jornal i (2013). *“Suspeitas de fraudes no SNS levam à detenção de 35 pessoas”*, de 2013/07/23. Consultado a 18 de Outubro de 2014 na Internet em:

<http://www.ionline.pt/artigos/portugal/suspeitas-fraudes-no-sns-levam-detencao-35-pessoas/pag/-1>;

Jornal i (2015). *“Operações de combate à fraude apanharam 67 pessoas e mais de 300 milhões”*, de 2015/01/05. Consultado a 25 Março de 2015 na Internet em:

<http://www.ionline.pt/273265>;

Jornal i (2015a). *“Dois anos de prisão por fraude ao Serviço nacional de Saúde”*, de 2015/03/27. Consultado a 27 Março de 2015 na Internet em:

<http://www.ionline.pt/131447>;

Jornal i (2015b). *“Tráfico de pessoas. Menos de 1% dos processos resulta em condenação”*, de 2015/06/25. Consultado a 12 Julho de 2015 na Internet em:

<http://ionline.pt/399140?source=social>;

Jornal i (2016). *“Saúde. Estado já gastou 8,3 milhões em médicos privados este ano”*, de 2016/03/14. Consultado a 14 Março de 2016 na Internet em:

<http://www.ionline.pt/500482>;

Jornal Médico (2015). *“O atestado e o certificado falsos”*, de 2015/05/04. Consultado a 16 de Junho de 2015 na internet em: <http://www.jornalmedico.pt/2015/05/04/nuno-gundar-da-cruz-o-atestado-e-o-certificado-falsos/>;

Jornal Observador (2014). *“Suspeito de fraude nas farmácias diz que não pagará dívidas: «Amanhem-se»”*, de 2014/12/15. Consultado a 10 de Fevereiro de 2015 na internet em: <http://observador.pt/2014/12/15/suspeito-de-fraude-nas-farmacias-diz-que-nao-pagara-dividas-de-cem-milhoes/>;



Jornal Público (2012). *“Governo demite Ana Manso da Unidade Local de Saúde da Guarda”*, de 2012/11/22. Consultado a 5 de Maio de 2015 na Internet em: <<https://www.publico.pt/sociedade/noticia/governo-demite-ana-manso-da-unidade-local-de-saude-da-guarda-1574619>>;

Jornal Público (2013). *“Ex-ministra da Saúde Ana Jorge deve ser julgada por pagamentos “ilícitos”*”, de 2013/03/23. Consultado a 19 de Março de 2015 na Internet em: <<http://www.publico.pt/portugal/jornal/exministra-da-saude-ana-jorge-deve-ser-julgada-por-pagamentos-ilicitos-26267846>>;

Jornal Público (2013a). *“Fraude no SNS «é de enorme dimensão»”, admite ministra da Justiça”*, de 2013/04/02. Consultado a 1 de Junho de 2014 na Internet em: <<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/fraude-no-sns-e-de-enorme-dimensao-admite-ministra-da-justica-1589872>>;

Jornal Público (2013b). *“Dívida total do SNS é de 1,8 mil milhões de euros”*, de 2013/04/03. Consultado a 1 de Junho de 2014 na Internet em: <<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/divida-total-do-sns-e-de-18-mil-milhoes-de-euros-1589977>>;

Jornal Público (2013c). *“Fraudes na saúde muito superiores a 100 milhões de euros”* de 2013/04/03. Consultado a 1 de Junho de 2014 na Internet em: <<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/fraudes-na-saude-muito-superiores-a-100-milhoes-de-euros-1589974>>;

Jornal Público (2013d). *“Médicos devem avisar companheiros de seropositivos do risco de contágio, se os doentes não o fizerem”*, de 2013/07/24. Consultado a 8 de Julho de 2014 na Internet em: <<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/medicos-devem-avisar-companheiros-de-seropositivos-do-risco-de-contagio-se-os-doentes-nao-o-fizerem-1601188>>;

Jornal Público (2013e). *“Três em cada dez atestados médicos não têm fundamento”*, de 2013/10/24. Consultado a 24 de Julho de 2014 na Internet em: <<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/30-dos-atestados-medicos-inspeccionados-nao-tinham-motivos-clinicos-suficientes-1610641>>;

Jornal Público (2013f). *“Fez-se passar por médico durante 20 anos”*, de 2013/01/08. Consultado a 1 de Setembro de 2013 na Internet em: <<http://publico.pt/sociedade/noticia/falso-medico-que-exerceu-durante-20-anos-acusado-de-burla-1579984>>;

Jornal Público (2014). *“Seis médicos e dois farmacêuticos detidos por suspeitas de envolvimento em fraude na Saúde”*, de 2014/01/08. Consultado a 3 de Abril de 2015 na Internet em: <<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/pj-faz-buscas-em-varios-locais-do-pais-para-investigar-fraude-na-saude-1618875>>;



Jornal Público (2014a). *"Chefe de gabinete de Miguel Macedo demite-se por causa de contrato com ARS de Lisboa"*, de 2014/01/16. Consultado a 20 de Junho de 2015 na Internet em: <<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/chefe-de-gabinete-de-miguel-macedo-demitese-por-causa-de-contrato-com-ars-de-lisboa-1619938>>;

Jornal Público (2014b). *"Médico detido pela PJ recebeu mais de 200 mil euros por atestados e receitas falsas"* de 2014/05/09. Consultado a 5 de Março de 2015 na Internet em: <<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/pj-deteve-medico-suspeito-de-corrupcao-burla-e-falsificacao-de-atestados-clinicos-1635267>>;

Jornal Público (2014c). *"Justiça vai investigar médicos que trabalharam em vários locais à mesma hora"*, de 2014/06/22. Consultado a 3 de Abril de 2015 na Internet em: <<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/ministerio-publico-vai-investigar-medicos-que-trabalharam-em-varios-locais-a-mesma-hora-1660219>>;

Jornal Público (2015). *"IPO de Lisboa confirma caso de agressão de médica a uma criança"*, de 2015/02/26. Consultado a 20 de Junho de 2015 na Internet em: <<https://www.publico.pt/sociedade/noticia/ipo-de-lisboa-averigua-caso-de-agressao-de-medica-a-uma-crianca-1687413>>;

Jornal Público (2015a). *"Arguida diz em tribunal que só desviou 30 mil euros de taxas moderadoras"*, de 2015/04/08. Consultado a 16 de Junho de 2015 na Internet em: <<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/arguida-diz-em-tribunal-que-so-desviou-30-mil-euros-de-taxas-moderadoras-1691721>>;

Jornal Público (2015b). *"Suspeita de fraude no SNS leva a buscas da PJ no Hospital de Santa Maria"*, de 2015/10/30. Consultado a 1 de Novembro de 2015 na Internet em: <<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/judiciaria-faz-buscas-no-hospital-de-santa-maria-1712842>>;

Jornal Público (2015c). *"PJ investiga cirurgias de privados no Santa Maria que terão lesado o Estado"*, de 2015/11/05. Consultado a 26 de Novembro de 2015 na Internet em: <<http://www.publico.pt/sociedade/noticia/pj-investiga-cirurgias-de-hospitais-privados-no-santa-maria-que-terao-lesado-o-estado-1713391>>;

Jornal Público (2016). *"Médico admite em tribunal ter facilitado relatórios para pensões de invalidez"*, de 2016/01/21. Consultado a 21 de Janeiro de 2016 na Internet em: <<https://www.publico.pt/local/noticia/medico-admite-em-tribunal-ter-facilitado-relatorios-para-pensoes-de-invalidez-1720976>>;

Jornal Público (2016a). *"Investigações da PJ a fraudes na Saúde permitiram poupança de milhões ao Estado"*, de 2016/05/16. Consultado a 17 de Maio de 2016 na Internet em: <<https://www.publico.pt/sociedade/noticia/estado-poupou-milhoes-com-medicamentos-apos-operacoes-da-pj-de-combate-a-fraude-1732190?page=-1>>;



Jornal Sábado (2013). *“Ex-chefe de vendas da Bial acusou o laboratório de corromper centenas de médicos”*, de 2013/09/19. Consultado a 7 de Junho de 2014 na Internet em: <<http://www.mynetpress.com/pdf/2013/setembro/2013091933e43f.pdf>>;

Jornal SOL (2013). *“Médicos recebem 1 a 4 euros por medicamento”*, de 2013/07/05. Consultado a 7 de Junho de 2014 na Internet em: <<http://www.mynetpress.com/pdf/2013/julho/2013070532ba0a.pdf>>;

Jornal SOL (2014). *“PJ só tem 100 inspectores anti-corrupção”*, de 2014/12/09. Consultado a 23 de Março de 2015 na Internet em: <<http://www.sol.pt/noticia/119978>>;

Jornal SOL (2016). *“TC absolve e elogia ex-dirigentes da Saúde”*, de 2016/04/30. Consultado a 10 de Abril de 2016 na Internet em: <<http://www.sol.pt/noticia/509306/tc-absolve-e-elogia-ex-dirigentes-da-sa%C3%BAde>>;

Notícia Rádio Renascença (2014). *“Onde está a corrupção? Num favor, cunha, lei que se faz ou contrato que se assina”*, de 2014/12/09. Consultado a 18 de Fevereiro de 2015 na Internet em: <http://rr.sapo.pt/informacao_detalhe.aspx?fid=25&did=171436>;

Notícias de Coimbra (2014). *“Deputados zelam pela saúde financeira da Idealmed e Clínica Particular de Coimbra”*, 2014/11/22. Consultado a 1 de Abril de 2014 na internet em: <<http://www.noticiasdecoimbra.pt/deputados-zelam-pela-saude-financeira-da-idealmed-e-clinica-particular-de-coimbra/>>;

Reportagem da RTP1 (2011). *“Afinal de Contas”*, um trabalho de jornalismo de investigação da autoria do jornalista Jorge Almeida, sobre as derrapagens financeiras nas obras públicas em Portugal e nas Parcerias Público-Privadas, transmitido no canal televisivo RTP1, no Programa «Linha da Frente», em 2011/03/11, acessível através do link: <<https://www.youtube.com/watch?v=tYZ56Bm7k5I>>;

Reportagem da RTP1 (2015). *“Médicos acusados de desviar crianças surdas do público para o privado”*, um trabalho de jornalismo de investigação da autoria da jornalista Soraia Ramos, sobre o alegado desvio de crianças surdas do Centro Hospitalar de Coimbra para uma clinica privada, transmitido no canal televisivo RTP1, no Programa «Sexta às 9», em 2015/02/13, acessível através do link: <<http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=804740&tm=8&layout=122&visual=61>>;

Reportagem da SIC (2011). *“O Ministério das Finanças vendeu 466 imóveis”*, acessível através do link: <<http://videos.sapo.pt/8hV4AopJLuuAc4IzqQWM>>;

Reportagem da SIC (2014). *“Negócio de Famílias”*, um trabalho de jornalismo de investigação da autoria do repórter Pedro Coelho, feito ao longo de três meses e meio ao grupo privado de saúde Sanfil, de raiz familiar, detectou indícios de várias práticas



irregulares, transmitido no canal televisivo SIC, programa «Grande Reportagem SIC», em 2014/01/09, acessível através do link: <<http://sicnoticias.sapo.pt/programas/reportagem/sic/2014-01-09-negocio-de-familias>>;

Reportagem da TVI (2011). “Hospital de Braga – Ministério da Saúde detecta falhas de qualidade e segurança”, Jornal das 8 de 2011/09/08. Consultado a 14 de Fevereiro de 2015, acessível na Internet em: <<https://www.youtube.com/watch?v=u5HEPHFGMT4>>;

Reportagem da TVI (2013). “Desviados”, um trabalho de jornalismo de investigação da autoria do repórter Carlos Enes, sobre promiscuidade entre o Público e o Privado no SNS, transmitido no canal televisivo TVI, programa «Repórter TVI», em 2013/11/11, acessível através do link: <https://www.youtube.com/watch?v=Z5_Ac2cukly>;

Reportagem da TVI (2015). “Actividade fictícia no Hospital de Aveiro vai ser analisada”, de 2015/01/23. Consultado a 24 de Janeiro de 2015 na Internet em: <<http://www.tvi24.iol.pt/sociedade/cirurgias-ficticias/atividade-ficticia-no-centro-hospitalar-do-baixo-vouga-vai-ser-analisada>>;

Reportagem da TVI (2015a). “Ministério da saúde quer contratar médicos espanhóis mas pago metade do salário”, de 2015/03/17. Consultado a 7 de Agosto de 2015 na Internet em: <<http://www.tvi.iol.pt/videos/ministerio-da-saude-quer-contratar-medicos-espanhois-mas-pago-metade-do-salario/550898d10cf233d77e730199>>;

Reportagem da TVI24 (2015). “Falsos nutricionistas aumentam no verão”, de 2015/07/28. Consultado a 5 de Agosto de 2015 na Internet em: <<http://www.tvi24.iol.pt/sociedade/nutricao/falsos-nutricionistas-aumentam-no-verao>>;

RTP Informação (2014). “A grande corrupção”, uma entrevista a Paulo Morais, vice-presidente da TIAC, transmitido no canal televisivo RTP Informação, programa «Grande reportagem», em 2014/11/26, acessível através do link: <<http://www.rtp.pt/play/p1439/e173930/grande-entrevista-2014>>;

RTP Notícias (2013). “Governo diz que não há buraco nas contas da saúde”, 2013/07/28. Consultado a 18 de Abril de 2015 na Internet em: <<http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=669894&tm=6&layout=121&visual=49>>, <<http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=669875&tm=6&layout=122&visual=61>>;

RTP Notícias (2015). “Detectadas fragilidades na prevenção da corrupção”, 2015/06/15. Consultado a 16 de Junho de 2015 na Internet em: <<http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=836880&tm=8&layout=122&visual=61>>;



Telejornal RTP1 (2014). *“PJ deteve médico suspeito de corrupção, burla e falsificação”*, de 2014/05/09. Consultado a 5 de Março de 2015 na Internet em: <<http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=736338&tm=8&layout=122&visual=61>>;

TVI24 (2014). *“Blogosfera é importante na denúncia da corrupção”*, Jornal da TVI24 de 2014/05/28. Consultado a 15 de Junho de 2015, acessível na Internet em: <<http://www.tvi24.iol.pt/sociedade/tvi24-ultimas-noticias-corrupcao-maria-jose-morgado-blogosfera/1557731-4071.html>>;

TVI24 (2014a). *“Conseguiu 11 atestados falsos para faltar ao trabalho”*, Jornal da TVI24 de 2014/09/29. Consultado a 10 de Outubro de 2014, acessível na Internet em: <<http://www.tvi24.iol.pt/sociedade/burla/conseguiu-11-atestados-falsos-para-faltar-ao-trabalho>>;



ANEXOS



Os principais ilícitos/irregularidades no sector da saúde e as entidades de supervisão, regulação, judicial e de investigação: Propostas de acção



→ Tabelas

Tabela 20 - Indicadores de Saúde (1981-2013)

Ano	Taxa de mortalidade infantil (‰)	Esperança de vida à nascença (anos)	Taxa de mortalidade neonatal (‰)
2013	2,9	-	1,9
2012	3,4	80,0	2,2
1981	21,8	71,7	14,4

Fonte: INE (2014)

Tabela 21 - Actividade do Conselho Médico Legal (2001 - 2014)

Ano	Número de reuniões	Processos entrados	Pareceres emitidos
2001	1	32	12
2002	5	93	81
2003	5	98	105
2004	5	112	133
2005	5	103	119
2006	5	109	143
2007	4	150	134
2008	7	202	202
[...]	[...]	[...]	[...]
2012	5	165	178
2013	7	184	199
2014	7	213	125
Total	72	1883	1993

Notas:

- Os pareceres emitidos num determinado ano podem corresponder a processos de ano anterior;
- Alguns processos podem envolver mais do que um parecer, face a novas questões suscitadas pelo Tribunal;

Fonte: Adaptado do Instituto Nacional de Medicina - Legal e Ciências Forenses

**Tabela 22 - Exemplo de cenários sobre condenação de comportamentos e práticas**

Percentagem de indivíduos que condenaram e ou condenaram totalmente os cenários sobre comportamentos e práticas na vida pública e política			
#	Cenários (n=1009)	Condenam	Condenam totalmente
1	Um presidente de câmara utiliza funcionários e máquina da autarquia para realizar obras de restauro na sua quinta.	94,7%	78,7%
2	Um advogado pede ao ministro do ambiente, seu amigo, que mova influências para que uma área protegida...	93,3%	76,6%
3	O Primeiro-ministro e família passam férias no iate de um amigo, empresário do sector das obras públicas.	92,9%	71,2%
4	Um juiz preside o julgamento de um caso que envolve uma empresa da qual detém 50 000€.	91,4%	76,7%
5	O dono desta empresa apoiou financiamentos a campanha para a reeleição do autarca.	87,6%	66,4%
6	A fim de evitar uma multa que lhe retiraria a carta de condução um indivíduo oferece uns óculos de sol a um Policia.	87,2%	64,5%
7	Um deputado recebe uma avença de um escritório de advogados em troca de esclarecimentos.	85,2%	61,5%
8	Uma empresa pública foi privatizada sob tutela de um ministro quatro anos após ter cessado funções	81,8%	54,5%
9	O médico participa gratuitamente, num congresso no Havai patrocinado pela farmacêutica.	81,7%	55,1%
10	Um ex-dirigente do partido no Governo foi nomeado para cargo de administrador de uma empresa pública	79,6%	51,4%
11	Um presidente de Câmara cobra informalmente 5% de comissão por cada empreitada aprovada...	77,6%	55,4
12	Uma câmara municipal cede terrenos, a preços simbólicos...	73,2%	45,7%
13	Um indivíduo pede à sua irmã, enfermeira num hospital, para falar com o ortopedista a fim de antecipar a sua consulta.	56,9%	31,7%

Fonte: Adaptado de De Sousa e Triães (2008:73)

Tabela 23 - Influências sociográficas nos julgamentos de corrupção

Variáveis de controlo	Julgamento/Condenação		Pesquisas
	Mais severo	Menos severo	
Género	Feminino	Homens	Peters e Welch (1978); ICAC (1994); Jackson e Smith (1996); Mancuso <i>et al</i> (1998)
Idade	Jovens	Idosos	Gardiner (1970); Ferreira e Baptista (1992)
	Jovens Idosos	Meia-idade	Jackson e Smith (1996)
	Idosos	Jovens	Gibsons (1985); Mancuso <i>et al</i> (1998)
Habilitação	Maiores habilitações	Menores habilitações	Gardiner (1970); Jackson e Smith (1996);
	Menores habilitações	Maiores habilitações	Peters e Welch (1978)



Os principais ilícitos/irregularidades no sector da saúde e as entidades de supervisão, regulação, judicial e de investigação: Propostas de acção

Estratos Sociais	Baixos	Altos	Johnston (1986); Ferreira e Baptista (1992)
(Tipo de meio) Rural/Urbano	Urbano	Rural	Jackson e Smith (1996); Atkinson e Mancuso (1985)
Rendimentos	Mais baixos	Mais elevados	ICAC (2001)
Ideologia	Liberais	Conservadores	Peters e Welch (1978); Johnston (1986);
Cultura Política	Moralista	Individualista / Tradiscionalista	Peters e Welch (1978); Johnston (1986);
Posse de cargo político	Não	Sim	Jackson e Smith (1996)
Longevidade no poder	Menos anos	Mais anos	Peters e Welch (1978); Jackson e Smith (1996); Atkinson e Mancuso (1985)

Fonte: Adaptado de De Sousa e Triães (2008:52)

Tabela 24 - Selecção de diplomas sobre conflito de interesses e boa conduta

Manchetes de Notícias		Descrição Sumária
1.º	Decreto de 10 de Abril de 1976	Constituição da República Portuguesa
2.º	DL n.º 4/2015, de 07 de Janeiro	Código do Procedimento Administrativo
3.º	Lei n.º 35/2014, de 20 de Junho	Lei geral do trabalho em funções públicas
5.º	Resolução do conselho de Ministros n.º 18/1993, de 17 de Março	Carta deontológica do serviço público
6.º	DL n.º 133/2013, de 03 de Outubro	Regime jurídico do sector público empresarial
7.º	DL n.º 14/2014, de 22 de Janeiro	Regime jurídico das incompatibilidades dos membros das comissões, de grupos de trabalho, de júris de procedimentos pré-contratuais e consultores no âmbito dos estabelecimentos e serviços do SNS
8.º	Lei n.º 4/1983 de 2 de Abril	Controle público da riqueza dos titulares de cargos políticos e equiparados e os titulares de altos cargos públicos
9.º	DL n.º 11/2012, de 20 de Janeiro	Natureza, a composição, a orgânica e o regime jurídico a que estão sujeitos os gabinetes dos membros do Governo
10.º	Lei n.º 28/95, de 18 de Agosto	Regime jurídico de incompatibilidades e impedimentos dos titulares de cargos políticos e altos cargos públicos
11.º	Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007, de 28 de Março	Princípios do Bom Governo das empresas do Sector Empresarial do Estado
12.º	Lei n.º 64/2011, de 22 de Dezembro	Comissão de recrutamento e selecção para a administração pública
13.º	Lei n.º 71/2007, de 27 de Março	Estatuto do gestor público

Fonte: Elaboração própria

**Tabela 25 - Percepção das principais instituições afectadas pela corrupção (2007)**

A que nível considera que a corrupção se tornou mais comum nos nossos dias?		
Instituições	Frequências	%
Futebol	315	31,2%
Partidos Políticos	264	26,2%
Administração Pública Central	163	16,2%
Grandes Empresas	83	8,2%
Administração Pública Local	77	7,6%
Meio Financeiro (Bolsa, etc.)	38	3,8%
Não Sabe	33	3,3%
Pequenas e Médias Empresas	13	1,3%
Administração Regional (Ilhas)	12	1,2%
Administração Europeia	4	0,4%
Outra	4	0,4%
Não Responde	3	0,3%
Total	1009	100%

Fonte: Dados do estudo *"Corrupção e Ética em Portugal: o Caso de Portugal"*
Maia (2008:27)

Tabela 26 - Percepção da confiança nas instituições Judiciais (2007)

Qual o grau de confiança que lhe inspira O Sistema Judicial/ Os Tribunais?		
Grau de Concordância	Frequências	%
1 – Nenhuma Concordância	231	22,9%
2 –	279	27,7%
3 –	339	33,6%
4 – Muita Confiança	152	15,1%
Não Sabe	7	0,7%
Não responde	1	0,1%
Total	1009	100%

Fonte: Dados do estudo *"Corrupção e Ética em Portugal: o Caso de Portugal"*
Maia (2008:26)

Tabela 27 - Percepção da evolução de ocorrências de práticas de corrupção (2007)

Em qual dos seguintes períodos considera ter existido maior corrupção em Portugal?		
Períodos definidos	Frequências	%
De 2000 até ao presente	447	44,3%
Na década de 70 após o 25 de abril	171	16,9%
Não sabe	134	13,3%
Na década de 90	116	11,5%
Antes do 25 de Abril	68	6,7%
Na década de 80	60	5,9%
Não responde	13	1,3%
Total	1009	100%

Fonte: Dados do estudo *"Corrupção e Ética em Portugal: o Caso de Portugal"*
Maia (2008:26)

**Tabela 28 - Estimativas de encargos totais futuros para as PPP já em marcha**

Hospital	Ano de aprovação	Estimativa (em milhões de euros)
Braga	2004	800
Cascais	2004	400
Loures	1.º - 2003* 2.º - 2007	594
Vila Franca de Xira	2005	434
Lisboa Oriental (Hospital de Todos os Santos)**	-----	377

(*) Anulação do primeiro concurso;

(**) É uma concessão única de construção e manutenção, não inclui gestão clínica, ainda sem previsão para a conclusão; Irá concentrar os actuais hospitais dos Capuchos, São José, Santa Marta, Curry Cabral, Dona Estefânia, Capuchos e ainda a Maternidade Doutor Alfredo da Costa;

Nota: todos eles (excepto Lisboa Oriental) têm um período de vigência contratual de 10 anos para a gestão clínica e de 30 a manutenção da infra-estrutura. Estes valores ignoram os riscos assumidos pelo Estado, a renegociação e o reequilíbrio financeiro e custos indirectos (pareceres e consultorias);

Fonte: Auditoria Cidadã (2013:70) com base no Orçamento e Conta Geral do Estado; Silva (2009:148);

Tabela 29 - Encargos líquidos nas parcerias em saúde face ao previsto (2011)

Parcerias na Saúde	Ano de 2011 – Situação em 31/12/2011 (em milhões de euros)			
	Previsto	Corrente	Execução Total	% Execução Total
CMFRS – São Brás de Alportel	7,0	7,7	7,7	110%
Centro de Atendimento do SNS	7,8	10,0	10,0	128%
Hospital de Cascais	57,2	71,9	71,9	126%
Hospital de Braga	106,7	129,5	129,5	121%
Hospital de Vila Franca de Xira	49,6	24,4	24,4	49%
Total	228,4	243,5	243,5	107%

Fonte: Adaptado DGTF (2012:47)

Tabela 30 - Duração das fases dos processos concursais dos hospitais PPP
(em meses)

	Objectivos	Cascais	Braga	V. F. Xira	Loures
Preparação e avaliação prévia		3	1	5	8
Aprovação e lançamento	1	1	1	3	2
Apresentação de propostas	6	5	8	5	5
Avaliação de propostas	5	17	15	23	13
Negociação competitiva	5	6	13	4	*
Negociação final	3	11	7	*	*

Fonte: Adaptado do TdC (2009:31)

Nota: (*) À data do terminus do relatório TdC (2009), estes hospitais ainda se encontravam em fase de negociação;

**Tabela 31 - Encargos globais líquidos acumulados nas PPP (2T 2015)**

Parcerias Encargos Líquidos	(em milhões de euros)			
	AC 2015	Peso no Total	AC 2014	Δ AC 2015/2014
Ferrovíarias	4,323	1%	4,419	-2%
Segurança	23,515	3%	23,285	1%
Saúde	191,873	23%	188,822	2%
Rodoviárias	620,320	73%	475,859	30%
Total	840,031	100%	692,384	21%

Fonte: Adaptado de UTAP (2015:10)

Tabela 32 - Encargos acumulados por PPP na Saúde (2T 2015)

PPP - Saúde Encargos Líquidos	(em milhares de euros)			
	AC 2015	Peso no Total	AC 2014	Δ AC 2015/2014
CA SNS	0	0%	3,371	N.A.
CMFRS	589	0%	0	N.A.
H. Cascais	33,367	17%	33,933	-2%
EG Estabelecimento	29,263	15%	29,037	1%
EG Edifício	4,104	2%	4,896	-16%
H. Braga	77,359	40%	72,627	7%
EG Estabelecimento	64,750	34%	60,015	8%
EG Edifício	12,609	7%	12,612	0%
H. Loures	41,423	22%	40,775	2%
EG Estabelecimento	35,191	18%	34,536	2%
EG Edifício	6,232	3%	6,238	0%
H. Vila Franca de Xira	39,135	20%	38,116	3%
EG Estabelecimento	26,076	14%	24,990	4%
EG Edifício	13,059	7%	13,126	-1%
Total	191,873	100%	188,822	2%

Fonte: Adaptado de UTAP (2015:48)
(EG) – Entidade Gestora

Tabela 33 - Recursos humanos da PJ afectos à investigação e à UNCC (2008-2010)

Pessoal afecto à investigação da corrupção e criminalidade económica e financeira	2008	2009	2010
Total do pessoal de investigação	254	236	270
Afectos à Unidade Nacional de Combate à Corrupção	79	77	82

Fonte: Adaptado de CEAPFC (2011:16)



Tabela 34 - Exemplo de tipificação de cenários adversos por área funcional

Área de interesse		Principais actividades		
Saúde e assistência		<ul style="list-style-type: none">➤ Gestão de benefícios, comparticipações e administração de receita;➤ Aquisição dos equipamentos, materiais e medicamentos;➤ Terapêutica, tratamento ambulatorio, internamento e exames complementares de diagnóstico.		
Cenários	Atribuição indevida de benefícios e comparticipações, a troco de vantagem patrimonial ou não patrimonial e com prejuízo para o interesse público.	PO ⁶⁰²	NI ⁶⁰³	NR ⁶⁰⁴
	Avaliação incorrecta de necessidades na aquisição de equipamentos, materiais e medicamentos, com vista ao benefício ilegítimo próprio ou de terceiro.	1	1	1
	Prescrição desnecessária de terapêutica, tratamento ambulatorio, internamento e exames complementares de diagnóstico, com vista à obtenção de vantagem patrimonial ou não patrimonial para o funcionário ou terceiro.	2	2	1
Logística		<ul style="list-style-type: none">➤ Gestão de infra-estruturas, equipamentos e viaturas;➤ Acompanhamento e execução dos contratos de empreitadas e de aquisição e locação de bens e serviços;		
Cenários	Deficiente inventariação patrimonial.	PO	NI	NR
	Uso indevido de veículos ou outras coisas móveis, para benefício do funcionário ou terceiro.	1	1	1
	Apropriação de valores ou coisas móveis para proveito pessoal, empréstimo ou alienação.	2	2	2

Fonte: Elaboração própria, tendo por base cenários que possam ocorrer no sector da saúde

⁶⁰² Grau de probabilidade da ocorrência: 1-Baixo 2-Médio 3-Alto;

⁶⁰³ Nível de impacto: 1-Fraco 2-Moderado 3-Elevado;

⁶⁰⁴ Nível de risco: 1-Fraco 2-Moderado 3-Elevado;



Tabela 35 - Entrevista ao Ministro da Saúde

APRESENTAÇÃO E OBJECTIVOS

O meu nome é Jorge Miguel Mesquita, aluno de mestrado de Gestão de Recursos de Saúde, no Instituto Politécnico de Tomar. Estou a contactar o Excelentíssimo Sr. Ministro da Saúde, no sentido de conceder uma entrevista (escrita) que fará parte de uma dissertação de Mestrado intitulada "Os principais ilícitos no sector da saúde em Portugal e as entidades de supervisão, regulação e judicial: Propostas de acção".

O estudo pretende fazer uma enunciação dos principais ilícitos criminais, práticas e irregularidades, verificados no sector da saúde em Portugal, ilícitos esses, que se dividem em duas vertentes: os crimes relacionados com a prática clínica e os crimes de corrupção.

Durante a fase da pesquisa e elaboração do estado da arte, foram surgindo algumas questões que ficaram sem resposta. Deste modo peço a colaboração da V.ª Ex.ª para a responder às 8 questões abaixo indicadas:

- Sendo a IGAS uma entidade com competências de inspecção, fiscalização e auditoria e o CFF - Centro de Conferência de Facturas integrado na ACSS, também com competências em auditoria para um serviço específico (Conferência de todos os documentos ou facturas relacionados com receitas de medicamentos, MCDT e cuidados continuados, comparticipados pelo SNS), não julga prever que ocorram eventuais conflitos institucionais entre a IGAS e a ACSS, uma vez que esta última, apenas tem competências para administrar os recursos humanos, financeiros e materiais? Não faria mais sentido ser uma unidade integrada na IGAS e reforçar mais uma vez as suas competências?

R.:

- Não se conseguindo saber qual o verdadeiro valor das fraudes contra o SNS, pois não há um consenso nos números divulgados pelos diversos Órgãos de Comunicação Social, pergunto-lhe, qual é o valor de desvio para o SNS em fraudes, contabilizado pelo MS?

R.:

- De um conjunto vasto de agentes deste sector: Médicos, Médicos Dentistas, Farmacêuticos, Psicólogos Clínicos, Nutricionistas, Técnicos de Diagnostico e Terapêutica, Delegados de Informação Médica, Dirigentes/Chefias, Auxiliares e pacientes, qual é aquele que comete mais corrupção (inclui a fraude) através dos factos empíricos que o MS dispõe? É possível ordena-los numa escala?

R.:

- Desde do início da criação da unidade de Exploração de Informação (UEI) do CFF (segundo semestre de 2012) até ao presente momento, quantos casos de fraude foram sinalizados?

R.:



Os principais ilícitos/irregularidades no sector da saúde e as entidades de supervisão, regulação, judicial e de investigação: Propostas de acção

- No que concerne ao controlo e combate da fraude e corrupção, o MS tem intensificado a fiscalização em torno da prescrição de medicamentos e MCDT. Qual a próxima área a controlar?

R.:

- Qual o perfil definido de «corrupto» no sector da saúde?

R.:

- Passamos agora às Parcerias Público-Privadas (PPP). O Hospital Lisboa Oriental, mais conhecido por Hospital de Todos os Santos, sempre vai avançar no modelo de Parceria Público-Privado? A que se deve o atraso? Quantas pessoas estão implicadas no projecto (internas e externas)? Em que fase do processo concursal se encontra? Quantos consórcios concorreram ao projecto. Já foi encontrado consórcio para a gestão do edifício?

R.:

- Muito obrigado pela colaboração!

Fonte: Elaboração própria

Tabela 36 - Declaração de património e rendimentos - Incumprimentos (2013)

	Administradores	Entidade	Cargo	Estado
1.º	António Lobo Ferreira	Centro Hospitalar de São João	Presidente	Última decl. entregue há mais de 6 anos
2.º	Eurídice Silva	Centro Hospitalar de São João	Vogal (Enfermeira Directora)	Última decl. entregue há mais de 6 anos
3.º	Manuel Carvalho	Hospital do Espírito Santo de Évora	Presidente	Última decl. entregue há mais de 5 anos
4.º	João Porfírio Oliveira	Centro Hospitalar de São João	Vogal (Administrador)	Última decl. entregue há mais de 4 anos
5.º	Francisco José Esteves	Centro Hospitalar Trás os Montes e A. Douro	Vogal (Administrador)	Última decl. entregue há mais de 3 anos
6.º	Jorge Monteiro Almeida	Centro Hospitalar Trás os Montes e A. Douro	Vogal (Administrador)	Última decl. entregue há mais de 3 anos
7.º	Maria Antonieta Alves	Centro Hospitalar Trás os Montes e A. Douro	Vogal (Administrador)	Última decl. entregue há mais de 3 anos
8.º	Francisco Coutinho	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio	Vogal (Administrador)	Nunca entregou
9.º	Maria Helena Rodrigues	Centro Hospitalar do Médio Ave	Directora Clínica (Adminisitrador)	Nunca entregou
10.º	João Conceição Couceiro	Hospital Leiria-Pombal	Director Clínico (Vogal)	Nunca entregou
11.º	Domingos Fernandes	ULS do Nordeste	Director Clínico (Administrador)	Nunca entregou
12.º	Carlos Cunha Moutinho	Multicare	Vogal	Nunca entregou

Fonte: Adaptado de Diário de Notícias (2013a)

**Tabela 37 - Investimento privado em comparação aos encargos do Estado nas PPP**

Investimento Privado	Valor (preços de 2012)
Hospital de Vila Franca de Xira:	
– Gestão do edifício	€80 Milhões
– Gestão clínica	€3 Milhões
Hospital de Cascais:	
– Gestão do edifício	€59 Milhões
– Gestão clínica	€17 Milhões
Hospital de Braga:	
– Gestão do edifício	€130 Milhões
– Gestão clínica	€12 Milhões
Hospital de Loures:	
– Gestão do edifício	€90 Milhões
– Gestão clínica	€31 Milhões
Total do Investimento Privado	€422 Milhões
Encargo real do Estado em 2013	€401 Milhões
Encargo real do Estado em 2014	€414 Milhões
Encargo previsto do Estado em 2015	€400 Milhões

Fonte: Elaboração própria, tendo por base DGTF (2012:93), UTAP (2013:61) e UTAP (2014a:57)

Tabela 38 - Recursos humanos afectos à operacionalidade por entidade

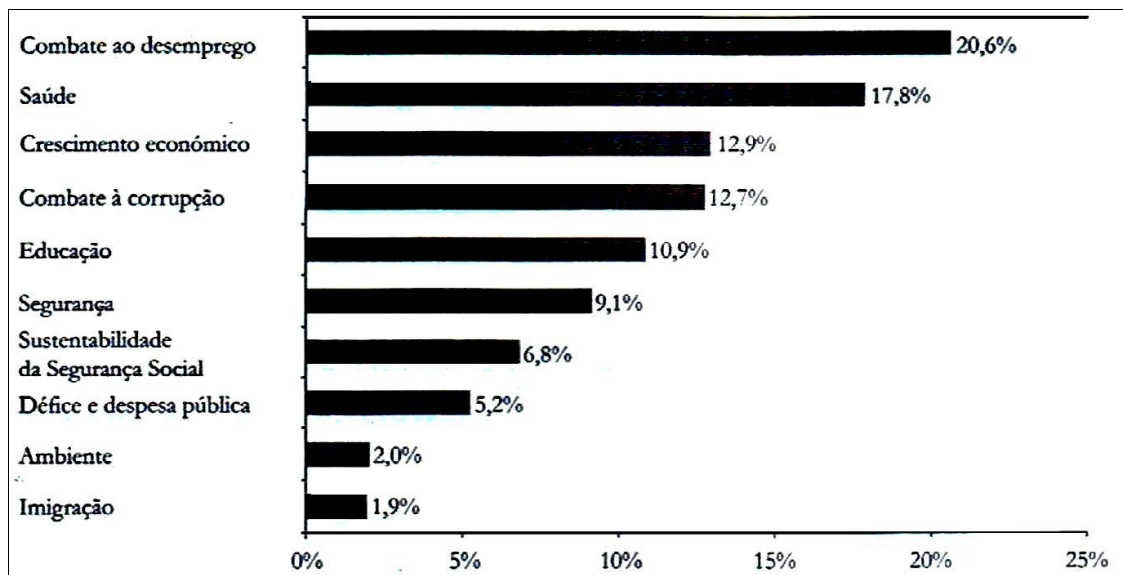
Entidade	Grupo/Cargo/Carreira	2010	2011	2012	2014
IGAS	Inspector e técnico superior		42	46	55
ACSS	Técnico superior e assistente técnico			119	120
ERS	(Na globalidade)			51	48
TdC	Corpo especial de fiscalização e controlo				165
CPC	Técnico superior/Assistente técnico			3	3
PGR/DCIAP	Procuradores da República/ Adjuntos				27
PJ/UNCC	Inspectores afectos à UNCC	82			145

Fonte: ACSS (2012:2), ACSS (2014:5), CEAPFC (2011:16), CPC (2013:7-8), CPC (2015:7), DCIAP (2014:1), Diário de Notícias (2014b), ERS (2013:51), ERS (2015:57), IGAS (2012:20), IGAS (2013:18), IGAS (2015:15), TdC (2015:13)



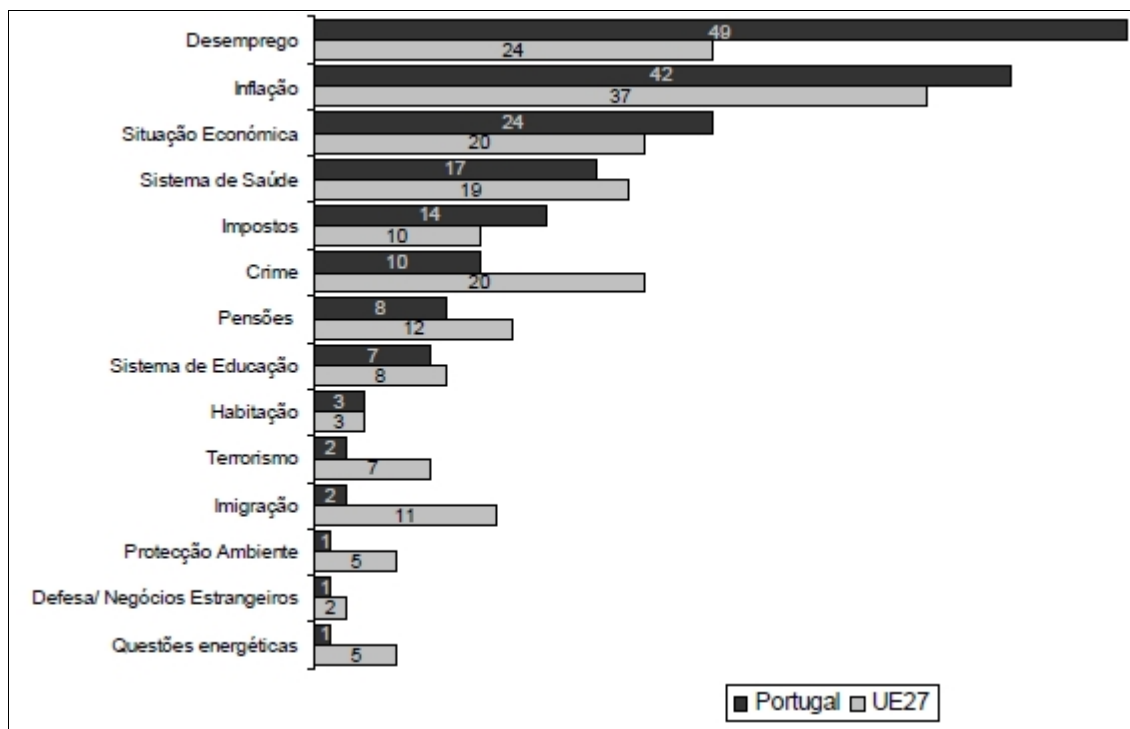
→ Gráficos

Gráfico 1 - Temas prioritários para os Portugueses



Fonte: Dados do estudo "Corrupção e Ética em Portugal: o Caso de Portugal"
De Sousa e Triães (2008:157)

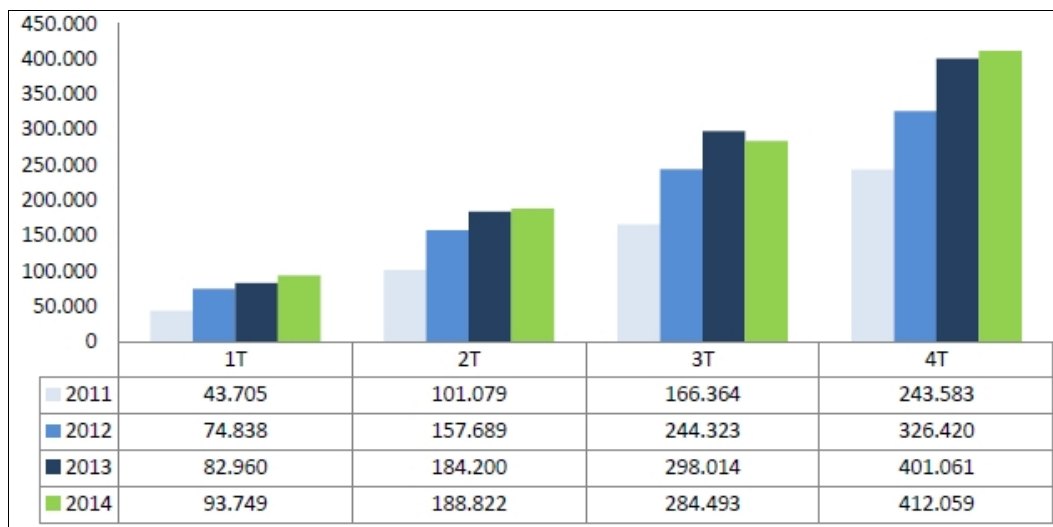
Gráfico 2 - As questões mais importantes com que Portugal se depara



Fonte: Eurobarómetro 69 (2008:11)

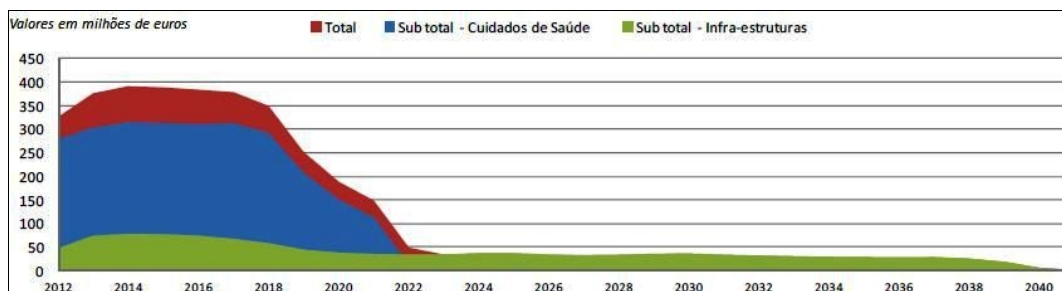


Gráfico 3 - Evolução dos encargos por trimestre no sector da saúde (2011-2014)



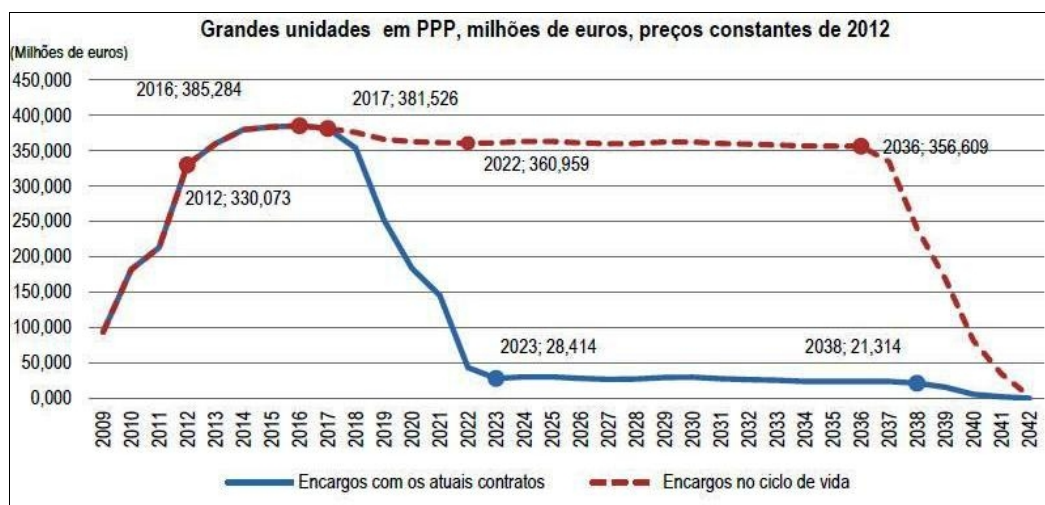
Fonte: UTAP (2014a:50)

Gráfico 4 - Previsão da evolução dos encargos plurianuais - Ministério das Finanças



Fonte: DGTF (2012:48)

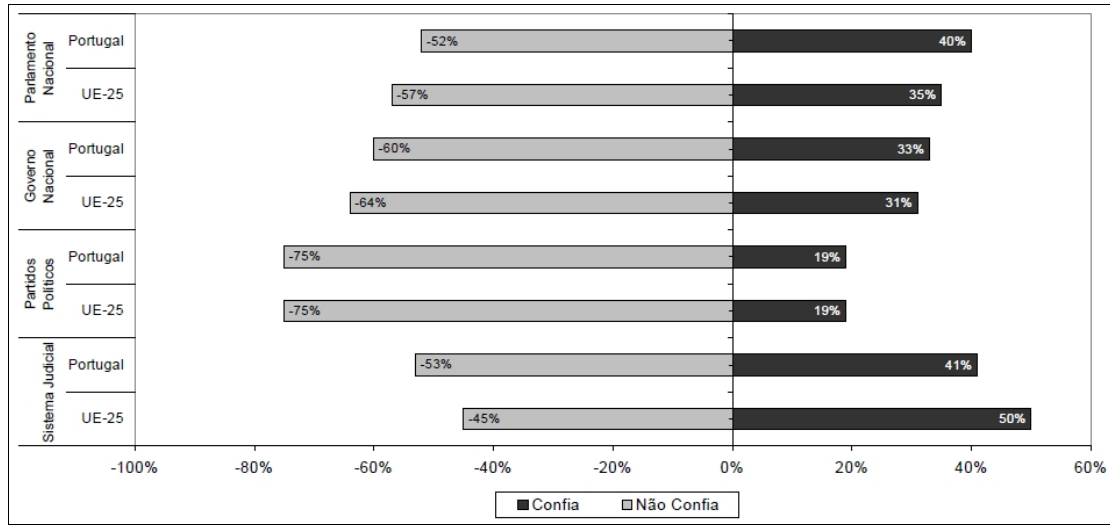
Gráfico 5 - Previsão da evolução dos encargos plurianuais - TdC



Fonte: TdC (2013a:68)

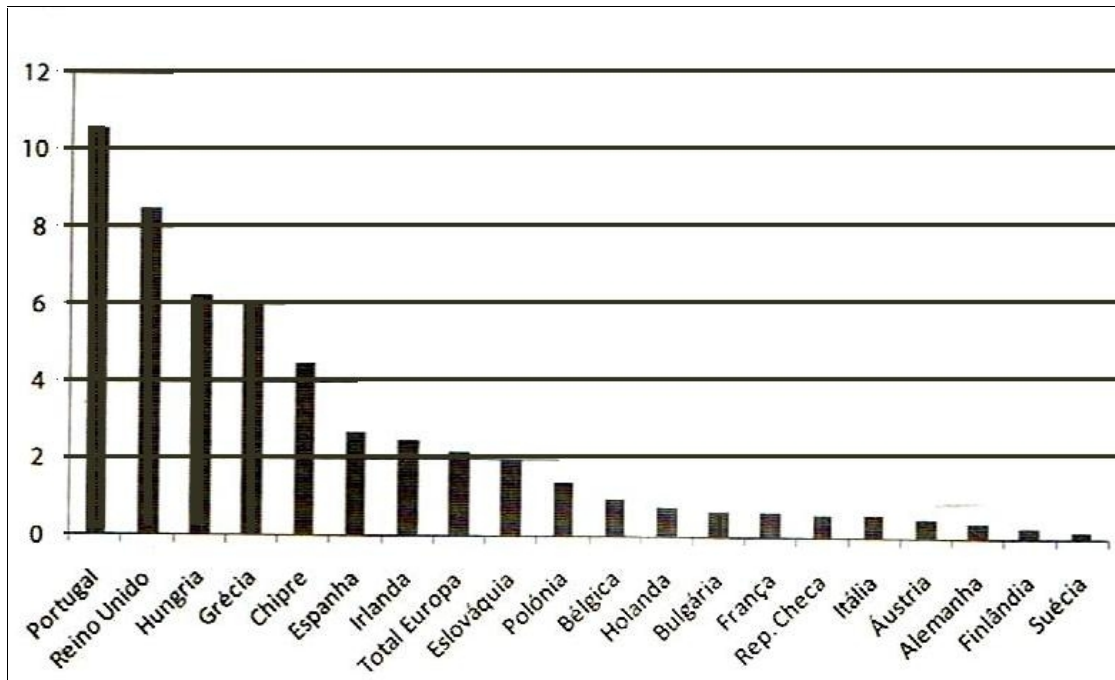


Gráfico 6 - Confiança nas instituições nacionais em Portugal e na UE-25



Fonte: Eurobarómetro 63.4 (2005:14)

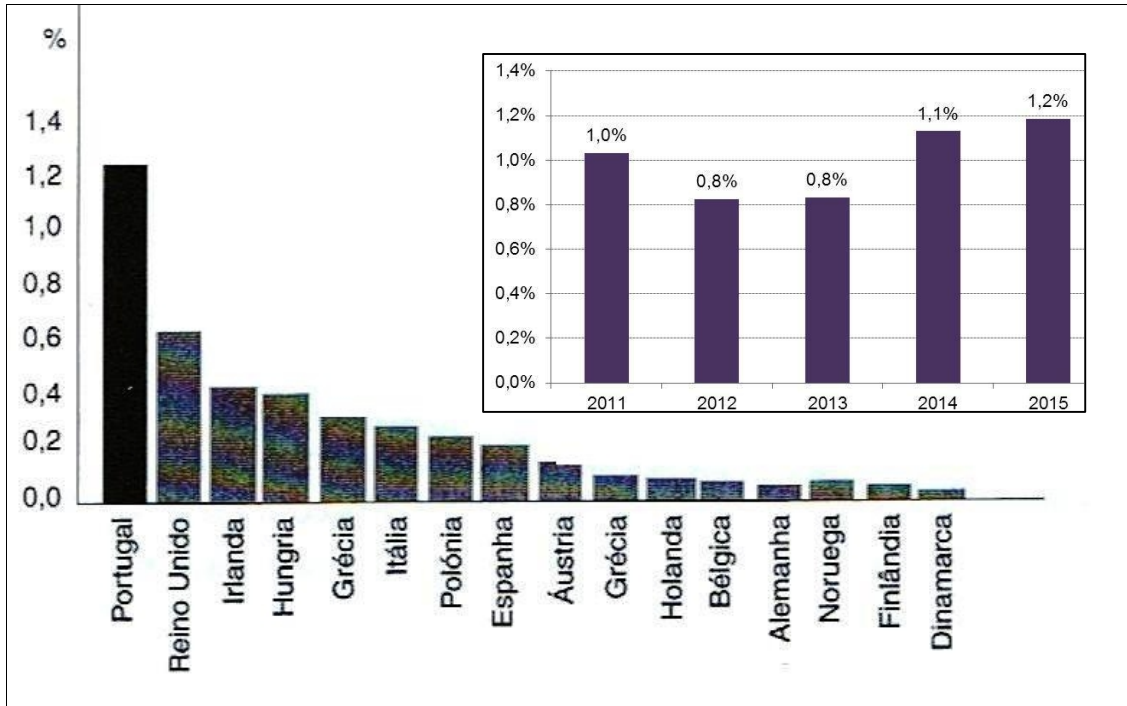
Gráfico 7 - Investimento em PPP a nível mundial



Fonte: Sarmiento (2013:44)



Gráfico 8 - Encargos públicos com PPP em percentagem do PIB

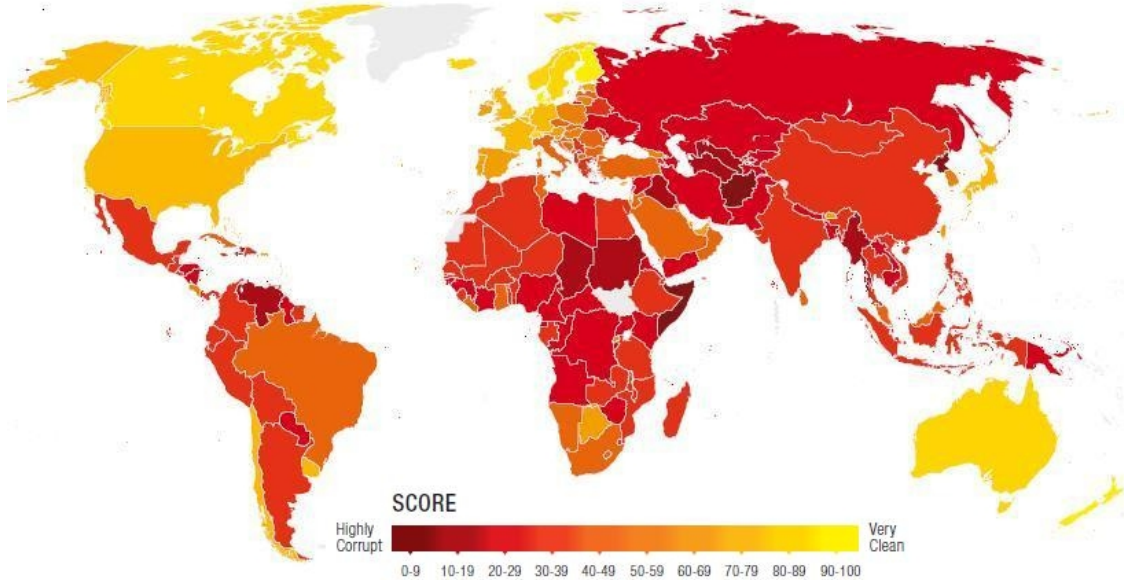


Fonte: Adaptado de Cruz e Marques (2012:23) e do Ministério das Finanças (OE para 2012:131)



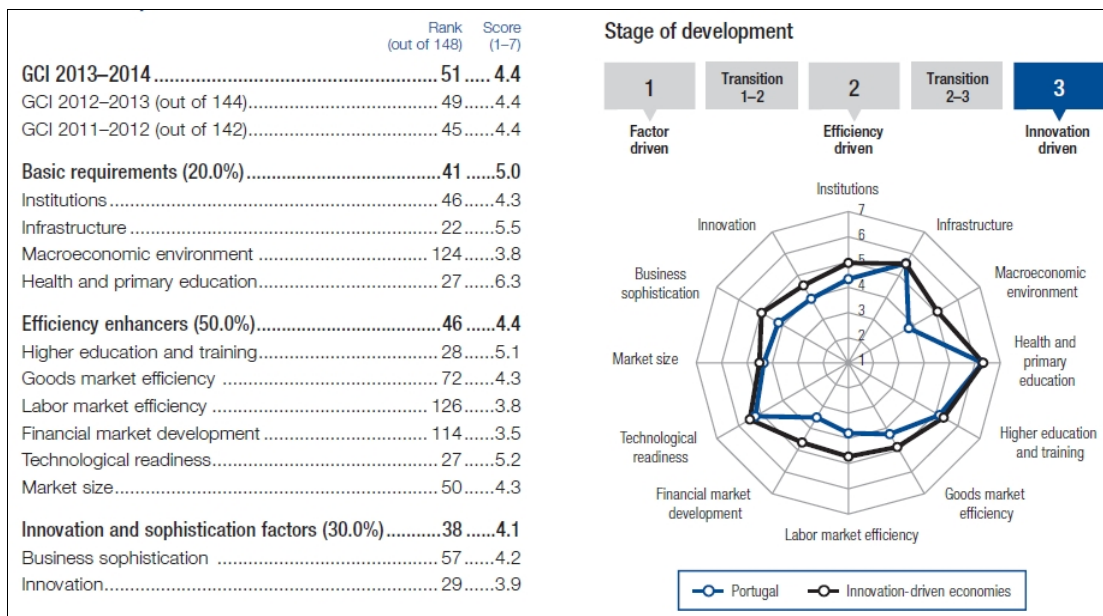
→ Figuras

Figura 6 - Visão geral do Índice de Percepção da Corrupção (2012)



Fonte: Adaptado do relatório anual Transparency International (2012)

Figura 7 - Índice Global de Competitividade (2013)



Fonte: Índice Global de Competitividade (2013:319)



Figura 8 - Índice de Desenvolvimento Humano (2005-2012)

Ordem do IDH ^a	Valor do índice de desenvolvimento humano (IDH)	Esperança de vida à nascença (anos)	Taxa de alfabetização adultos (% 15 anos e mais)	Taxa de escolarização bruta combinada dos ensinos primário, secundário e superior (%)	PIB per capita (Dólares PPC)	Índice da esperança de vida	Índice da educação	Índice do PIB	Ordem do PIB per capita (dól, PPC) menos ordem IDH ^c	
	2005	2005	1995-2005 ^b	2005	2005					
DESENVOLVIMENTO HUMANO ELEVADO										
1	Islândia	0,968	81,5	.. ^d	95,4 ^e	36,510	0,941	0,978	0,985	4
2	Noruega	0,968	79,8	.. ^d	99,2	41,420 ^f	0,913	0,991	1,000	1
3	Austrália	0,962	80,9	.. ^d	113,0 ^g	31,794	0,931	0,993	0,962	13
28	Chipre	0,903	79,0	96,8	77,6 ^e	22,699 ^h	0,900	0,904	0,905	2
29	Portugal	0,897	77,7	93,8 ⁱ	89,8	20,410	0,879	0,925	0,888	6
30	Estado do Brunei Darussalam	0,894	76,7	92,7	77,7	28,161 ^{h,m}	0,862	0,877	0,941	-8
		Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)	Esperança de vida à nascença	Média de anos de escolaridade	Anos de escolaridade esperados	Rendimento Nacional Bruto (RNB) per capita	Classificação do RNB per capita menos a Classificação do IDH	IDH de não rendimento		
		Valor	(Anos)	(Anos)	(Anos)	(PPC em USD de 2005)				
Classificação do IDH										
		2012	2012	2010 ^p	2011 ^q	2012	2012		2012	
DESENVOLVIMENTO HUMANO MUITO ELEVADO										
1	Noruega	0,955	81,3	12,6	17,5	48.688	4		0,977	
2	Austrália	0,938	82,0	12,0 ^c	19,6 ^d	34.340	15		0,978	
3	Estados Unidos	0,937	78,7	13,3	16,8	43.480	6		0,958	
41	Emiratos Árabes Unidos	0,818	76,7	8,9	12,0	42.716	-31		0,783	
43	Portugal	0,816	79,7	7,7	16,0	19.907	0		0,835	
44	Letónia	0,814	73,6	11,5 ^c	14,8	14.724	10		0,856	

Fonte: Adaptado dos Relatórios de Desenvolvimento Humano (2008:245) e (2013:150)

Figura 9 - Anúncio publicitário do prestador privado Sanfil

SANFIL
MEDICINA

ATÉ 31 DE MARÇO
OFERECEMOS
TAXAS MODERADORAS
E COPAGAMENTOS
NAS CONSULTAS E EXAMES.*

60 ANOS
A CUIDAR DE SI

*Informe-se em www.sanfil.pt
ou no atendimento das nossas unidades de saúde.

Fonte: Google imagens




Figura 10 - Fotos dos titulares dos órgãos públicos

Ministro da Saúde Paulo Ribeiro Moita de Macedo	Inspector – Geral da IGAS Leonor Mesquita Furtado	Presidente da ACSS Marta Alexandra Temido
	IMAGEM NÃO AUTORIZADA	
Presidente da ERS Jorge Trigo de Almeida Simões	Presidente do TdC e CPC Carlos Alberto Antunes	Procuradora-Geral da República Joana Marques Vidal
IMAGEM NÃO AUTORIZADA		
	Director Nacional da PJ José de Almeida Rodrigues	
		

Fonte: Elaboração própria, tendo por base o sítio oficial de cada instituição ou “Google Images”



Figura 11 - Dados estatísticos recebidos da PGR


PROCURADORIA-GERAL DA REPÚBLICA
GABINETE DA PROCURADORA-GERAL

Exm.º Senhor
Jorge Miguel Mesquita

N.º REPÚBLICA:	N.º Comunicação int.:	Nome Remetente: Of.º nº 16333/2014 Proc.º 141/2014 - L.º E	Nome Comunicação int. 15-07-2014
----------------	-----------------------	--	-------------------------------------

ASSUNTO: **Dissertação de mestrado «Os principais ilícitos no sector da saúde em Portugal e as entidades de supervisão, regulação e judicial: propostas de acção» - pedido de informação**

Tenho a honra de acusar a recepção do email infra, que mereceu a nossa melhor atenção. É, quanto aos concretos pedidos que são formulados, cumpre desde logo informar V.ª Ex.ª que a Procuradoria-Geral da República não possui uma base de dados com abrangência nacional relativamente a fenómenos criminais.

Pelo que, no que concerne à temática relacionada com a prática de ilícitos criminais no sector da saúde e com ele conexos, os dados disponíveis reportados ao quadriénio de 2009/2013 (e cuja actualização se reporta a Julho de 2013), são os seguintes:

- ▶ **75 (setenta e cinco) processos de inquérito pendentes a nível nacional;**
- ▶ **Desse universo 30 (trinta) encontravam-se em investigação no Departamento Central de Investigação e Acção Penal (DCIAP) e os restantes 45 (quarenta e cinco) nos seguintes Serviços do Ministério Público;**
- ▶ **No distrito judicial de LISBOA um total de 15 (quinze) processos:** No **Departamento de Investigação e Acção Penal**, 5 (cinco) processos, sendo que, em Julho de 2013, um havia sido alvo de decisão acusatória, e os restantes quatro encontravam-se pendentes; Em **Loures** um total de 4 (quatro inquéritos), dois alvo de arquivamento e os restantes pendentes, em investigação; Em

Rua da Escola Politécnica, 140 • 1269-269 LISBOA - PORTUGAL • Tel.: 21 392 19 30 / 88 • Fax: 21 392 19 72 • E-mail: oul@pgr.pgr.pt



PROCURADORIA-GERAL DA REPÚBLICA

2

Almada um total de 2 (dois) inquéritos em Jise de investigação; Em Outras 1 (um,) processo em investigação; Na Comarca da Grande Lisboa Noroeste 3 (três) processos pendentes. Os ilícitos em investigação reconduziam-se a crimes de burla, falsificação e corrupção na área do medicamento.

► No distrito judicial de COIMBRA um total de 3 (três) processos: Em Viseu 1 (um) processo alvo de acusação e no DIAP 2 (dois) processos alvo de arquivamento. Os ilícitos em investigação reconduziam-se aos crimes de falsificação de documentos e de burla qualificada.

► No distrito judicial de ÉVORA um total 14 (catorze) processos: No DIAP 2 (dois) processos, 1 arquivado e outro pendente (crimes de especulação); No Entroncamento um processo por crime de especulação alvo de suspensão provisória; Em Abrantes um processo por crime de especulação alvo de suspensão provisória; Em Serpa um processo pela prática de crime de burla, em investigação; Em Mértola dois processos, um pela prática do crime de burla e outro de abuso de confiança à Segurança Social, ambos pendentes; Em Estremoz um processo pela alegada prática de um crime de burla pendente; Em Faro um processo pelo crime de falsificação pendente; Em Olhão um processo por insolvência dolosa, igualmente, pendente; Em Lagos quatro processos por especulação e venda de medicamentos fora das condições legais, todos pendentes.

► No distrito judicial do PORTO um total de 13 (treze) processos: Desses, três foram alvo de acusação, em Vila Verde, Tabuaço e Paredes pela prática de crimes de peculato e falsificação de documento. Os restantes dez mostravam-se pendentes junto dos Serviços do Ministério Público em Braga (1), Bragança (1), Lamego (1), Peso da Régua (1), Matosinhos (3), Paredes (1) e Vila Nova de Gaia (1).

Além dos elementos assinalados, a Procuradoria-Geral da República não dispõe de outros relativamente a cada um dos processos identificados, razão pela qual não poderá fornecer quaisquer informações relevantes quanto ao que é por V.^a, Ex.^a, solicitado.



PROCURADORIA-GERAL DA REPÚBLICA

3

Nestes termos sugere-se que relativamente à obtenção dos demais elementos relevantes para o trabalho de investigação que se encontra a empreender requeira, junto de cada um dos processos assinalados, a respectiva consulta que, nos termos do artigo 90º, n.º 1. do Código de Processo Penal, decisão que é da inteira e exclusiva competência da Autoridade Judiciária que presidir à fase processual em que se encontrar o processo.

Com os melhores cumprimentos.

PEL'A CHEFE DE GABINETE

O Assessor

(Miguel Ângelo Carmo)