

PARECER: Atribuição do CEDO a doentes transplantados

O apoio na doença é um direito constitucional e esse apoio deveria ser em todos os aspectos universal. Desta forma, quem mais impostos paga, quando adoce, deveria ter o mesmo apoio que aquele que não paga impostos devido ao seu baixo rendimento, incluindo na aquisição de medicamentos.

No entanto, sendo Portugal um país limitado financeiramente, o apoio prestado em caso de doença, directamente por subsídios ou através de isenções, deve ser, e a nosso ver bem, sempre proporcional ao rendimento disponível de cada um ou de cada agregado familiar.

Num país de recursos limitados as ajudas, por outro lado, devem ser dadas de forma pertinente, racional e tecnicamente justificadas.

Ora, se os actos clínicos já são tendencialmente gratuitos, o mesmo não se poderá dizer sempre de toda a logística envolta na deslocação dos doentes, quando estes não residem junto aos grandes centros clínicos de referência. É o caso de grande parte dos açorianos.

Ora para além da ajuda transversal prestada em caso de deslocação, foi instituído na RAA um complemento especial para o doente oncológico, o CEDO.

Seria politicamente incorrecto qualquer oposição ao CEDO, mas no fundo tratou-se de uma medida algo sectária e simplista, obviamente bem vista por todos e que granjeou seguramente muitas simpatias, porque quando estão em jogos doentes pediátricos e oncológicos ninguém coloca em causa estas questões.

Perguntar-se-á por que motivo é sectarista? Pois porque qualquer médico poderá explicar que existem doenças tão ou mais graves que a generalidade dos tumores, mas que não têm qualquer ajuda específica.

Mas ainda, sobre estes casos em concreto, por que motivo se discriminam positivamente todos os doentes oncológicos, note-se bem, sem excepção, quando há tipos de tumores, por exemplo da pele, que nunca se disseminam e a cirurgia é curativa? No entanto, qualquer deslocação com intenção terapêutica e revisão para confirmar a não actividade ou cura acompanha-se direito ao CEDO.

Mas então o que dizer de doenças tão ou mais incapacitantes e com o mesmo potencial de mortalidade como, por exemplo, a fibrose quística ou doenças neurológicas degenerativas, como sejam a doença de Joseph

Machado, a esclerose lateral amiotrófica, a paralisia supranuclear progressiva, o Parkinson avançado ou a doença inflamatória intestinal complicada grave, entre muitas e muitas outras? Nada foi dito.

E nada houve a dizer, obviamente, porque, repita-se, a doença oncológica suscita sempre na população em geral outros sentimentos e os partidos políticos também estão cientes disso, mas quem adoece gravemente, seja com que doença for, geralmente deixa de trabalhar, é eventualmente privado da família e dos amigos e o dano psicológico, físico e muitas vezes monetário é comum a muitas doenças graves, por vezes cronicamente incapacitantes e potencialmente mortais, mas não incluídas nestas ajudas.

Ou seja, não é por se apoiar monetariamente uma determinada doença, que a todos nos causa apreensão, em detrimento de outras tão ou mais graves, que se altera o prognóstico e se faz qualquer justiça, quando o critério é tecnicamente, não seguramente politicamente, arbitrário.

É por isso que duvidamos que uma ajuda específica e exclusiva para a doença oncológica seja a solução mais adequada, sobretudo e muito menos, como todas elas, se não tiver em consideração o princípio da proporcionalidade relativa ao rendimento disponível.

E é por isso também que nos perguntamos se a ajuda não deveria então ser majorada nas deslocações em geral. Isto apesar das atenuantes fiscais que cada uma delas possa ter.

Vem isto também a propósito da proposta de alteração ao Decreto Legislativo Regional n.º 16/2015/A, de 17 de Junho apresentada pelo grupo parlamentar do partido socialista, agora em discussão, onde no artigo 2º introduz o direito ao CEDO para os doentes transplantados.

Sobre ela há desde logo questões fundamentais a esclarecer:

- Em primeiro lugar, um transplantado não é, na esmagadora maioria das vezes, um doente oncológico, pelo que existe uma descontextualização no objecto desta proposta. Portanto, cria-se um outro complemento, com outra nomenclatura para transplantados, ou se acaba com a expressão CEDO e se atribui uma nomenclatura mais abrangente para incluir estes e outros casos futuros?

- Subsídio para transplantados a quê? Pulmão, coração, fígado, rim ou também osso ou, por exemplo, córnea que não tem qualquer comparação em termos de complexidade ou de manutenção?

- Subsídio durante quanto tempo? O primeiro ano, onde a probabilidade de rejeição é maior, 10, 20 anos ou toda a vida?
- Subsídio eventualmente para toda a vida porquê se, quando tudo corre bem, a maioria destes indivíduos passam a levar uma vida quase normal?
- Subsídio pelo tratamento crónico imunossupressor associado? Então o que fazer com outros doentes submetidos a tratamentos idênticos para toda a vida por outras patologias ou os que são imunodeprimidos desde o nascimento e necessitam tratamentos hospitalares mensais, como os casos de imunodeficiência variável comum, onde o risco de infecção mortal é patente?

Posto isto, não nos parece sinceramente que este tipo de doentes constitua, de facto, uma população especial quando comparados com outros acima mencionados e, por isso, o que propomos é uma revisão técnica, racional e comportável para todos e não deixar, pelo menos doentes graves, eventualmente, excluídos.

Mais ainda, a sociedade já contribui fiscalmente para tratamentos, por vezes extremamente complexos e caros, como no caso de doentes oncológicos, incluindo procedimentos cirúrgicos, médicos e de medicina nuclear, bem como no caso de transplantes, onde o custo para manter um indivíduo em morte cerebral para colheita de órgãos, a sua recolha e a colocação já é extremo.

O mais importante é atender, diagnosticar e tratar todos os casos indicados de forma célere e segundo as melhores práticas e não atribuir de forma gratuita mais subsídios, que são geradores de despesa pública mas pouco contribuem para atenuar qualquer sofrimento e criam iniquidades no sistema, pelos motivos atrás expostos.

Assim sendo, na nossa opinião, deve haver um sistema mais justo e abrangente de subsídio às deslocações, actualizável de acordo com a inflação. Para além das deslocações, o apoio às diárias deveria ter como base o cálculo do custo mínimo das dormidas no destino e das três principais refeições, neste caso subtraindo o valor estimado do gasto dessas mesmas refeições no domicílio e, sobre o valor final deduzido, aplicar então os vários escalões do IAS, se não for possível atribuir todo o valor por inteiro, independentemente do rendimento de cada um.

Horta, 25 de Fevereiro de 2022
Hospital da Horta