

**Acesso aos cuidados de saúde.
Um direito em risco?**
Relatório de Primavera 2015

**Acesso aos cuidados de saúde.
Um direito em risco?**
Relatório de Primavera 2015

Observatório Português dos Sistemas de Saúde

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) é uma parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP), o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), Universidade de Évora, e a Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.



Obra patrocinada pelo OPSS e pela Associação de Inovação e Desenvolvimento em Saúde Pública (INODES)



Por sua vontade expressa, o OPSS adota neste livro o modelo do novo acordo ortográfico – AO90 (N.E.)

Este livro, no seu todo ou em parte, não pode ser reproduzido nem transmitido por qualquer forma ou processo – electrónico, mecânico ou fotográfico, incluindo fotocópia, xerocópia ou gravação – sem autorização prévia, e por escrito, do OPSS.

ÍNDICE

1. NOTA INTRODUTÓRIA.....	13
2. ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE EM TEMPO DE CRISE.....	19
RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE.....	25
ACESSO AOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA.....	31
ACESSO ÀS CONSULTAS.....	34
DISPONIBILIDADE DE CAMAS NOS HOSPITAIS E NA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI).....	37
DESPESAS DE SAÚDE POR TIPO DE PRESTADOR.....	40
CONDIÇÕES SOCIOECONÓMICAS DOS CIDADÃOS.....	41
DESPESAS DE SAÚDE OUT-OF-POCKET.....	43
NECESSIDADES DE SAÚDE NÃO SATISFEITAS.....	44
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	45
3. ACESSO AO MEDICAMENTO	
POR PARTE DO CIDADÃO NO ANO PÓS-TROIKA.....	51
IMPACTO DA CRISE NO SECTOR FARMACÊUTICO E NO ACESSO AO MEDICAMENTO EM PORTUGAL – UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	53
ACESSO À INOVAÇÃO TERAPÊUTICA.....	58
A EVOLUÇÃO DA DESPESA EM MEDICAMENTOS EM PORTUGAL.....	65
DIFICULDADES ECONÓMICAS DO SECTOR DAS FARMÁCIAS.....	70
ACESSO AOS MEDICAMENTOS, FALHAS DE MEDICAMENTOS NO MERCADO E EXPORTAÇÃO PARALELA.....	75
A TÍTULO DE REFLEXÃO FINAL.....	82
4. ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE	
POR PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO.....	83
PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO – A DIMENSÃO DO PROBLEMA.....	86
A CONDIÇÃO DE SAÚDE DAS PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO.....	88

AS VAGAS NA RNCCI.....	89
O PROBLEMA DA (SUB)REFERENCIAÇÃO DE DOENTES PARA A RNCCI.....	90
O TEMPO ÚTIL PARA PROMOVER AUTONOMIA NO AUTOCUIDADO.....	92
O ESFORÇO FINANCEIRO PARA FAZER FACE ÀS NECESSIDADES.....	92
DO PROBLEMA E DA SOLUÇÃO.....	93
5. IMPACTO DA RECOMENDAÇÃO EUROPEIA NA SEGURANÇA DO DOENTE.....	99
ENQUADRAMENTO NORMATIVO EM PORTUGAL.....	106
METODOLOGIA.....	110
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	110
CONCLUSÕES.....	119
6. ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL.....	123
ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL - PERSPETIVA INTERNACIONAL.....	125
IMPACTO DA CRISE NO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL.....	126
RESPOSTAS PARA A MELHORIA DO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL.....	129
ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL - PERSPETIVA NACIONAL.....	135
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	143
7. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES FINAIS.....	145
8. BIBLIOGRAFIA.....	155

9. ANEXOS.....	169
ANEXO 1 - O OPSS E A REDE OBSERVACIONAL.....	170
ANEXO 2 - EXPRESSÃO USADA NA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA.....	172
ANEXO 3 - ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	173
ANEXO 4 - O MEDICAMENTO - ALTERAÇÃO DA REGULAÇÃO DO SECTOR.....	175
ANEXO 5 - RELATÓRIOS DE PRIMAVERA ANTERIORES.....	189
ANEXO 6 - COLABORADORES E CONFLITO DE INTERESSES.....	191
ANEXO 7 - INVESTIGADORES FUNDADORES DO OPSS.....	193

LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

- ACES** - Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS - Administração Central dos Serviços de Saúde, I.P.
ADSE - Assistência na Doença aos Servidores do Estado
AIM - Autorização de Introdução no Mercado
ANF - Associação Nacional das Farmácias
APIFARMA - Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica
ARS - Administração Regional de Saúde
AVD - Atividades da vida diária
CE - Comunidade Europeia
CEFAR - Centro de Estudos de Farmacoepidemiologia
CH - Centro Hospitalar
COMPARE - Comparison of Access and Reimbursement Environments
CR - Constituição da República
CSP - Cuidados de Saúde Primários
DALYs - Disability Adjusted Life Years
DCI - Denominação Comum Internacional
DGS - Direção-Geral da Saúde
DL - Decreto-Lei
DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
DQS - Departamento da Qualidade na Saúde
DSD - Divisão de Segurança do Doente
E.P.E. - Entidades Públicas Empresariais
EA - Eventos Adversos
ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EFPIA - European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations
EGA - Equipas de Gestão de Altas
ERS - Entidade Reguladora da Saúde
GNR - Guarda Nacional Republicana
IACS - Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde
INE - Instituto Nacional de Estatística

INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P
IRS - Imposto sobre Rendimento de pessoas Singulares
LIC - Lista de Inscritos para Cirurgia
MdE - Memorando de Entendimento
N.º - Número
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONG - Organizações não-governamentais
OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PIB - Produto Interno Bruto
PNS - Plano Nacional de Saúde
PREMAC - Plano de Redução e Melhoria da Administração Central
PSP - Polícia de Segurança Pública
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RP - Relatório de Primavera
SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SINAS - Sistema Nacional de Avaliação em Saúde
SNG/PEG - Sonda Nasogástrica /Gastrostomia Endoscópica Percutânea
SNNIEA - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos
SNS - Serviço Nacional de Saúde
SU - Serviços de Urgência
TMRG - Tempos Máximos de Resposta Garantidos
UE - União Europeia
ULDM - Unidades de Longa Duração e Manutenção
ULS - Unidade Local de Saúde
VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana
YLD - Years Lost due to Disability

1. NOTA INTRODUTÓRIA

Em Portugal a saúde tem a dignidade de ser considerada na Constituição da República (CR), no capítulo dos direitos e deveres sociais (Capítulo II). Aí se afirma que **“todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”** (CR, artº 64, nº 1), balanceando-se assim as responsabilidades do Estado, através do dever de proteção, com as responsabilidades individuais, através do dever de defender e promover a saúde.

O Estado assume o seu dever garantindo **“o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica”** (CR, artº 64, nº3, al. a).

O acesso aos cuidados de saúde constitui-se assim como a forma de o Estado garantir aos cidadãos o direito à saúde.

Apesar da importância que lhe é atribuída na CR pode sempre considerar-se que tempos excepcionais exigem medidas excepcionais o que, em tese, poderia justificar que este dever do Estado sofresse as necessárias adaptações em função, por exemplo, da crise que nos tem atingido nos últimos anos. Ora este raciocínio tem dois problemas.

O primeiro é da ordem dos princípios. Ou seja, se de algum modo limitamos um direito por razões que não as do respeito pelo direito dos nossos semelhantes, quais são as fronteiras desse limite?

O segundo é de natureza mais pragmática. De acordo com a evidência que se tem vindo a acumular uma crise como a que temos vindo a atravessar ultrapassa-se mais depressa e melhor com uma população saudável. Tal exige que em tempos de crise se invista na saúde como forma de capacitar melhor os cidadãos e de a ultrapassar saindo da mesma com mais competências que as que se tinha antes. É também neste sentido que apontam as diversas recomendações dos organismos internacionais, como profusamente referimos ao longo deste Relatório.

Todavia, esta crise ocorre num momento muito particular da nossa história no qual se conjugam uma transição demográfica com uma transição epidemiológica. A primeira caracteriza-se pela passagem de uma sociedade jovem, com um perfil demográfico em forma de pirâmide com base bem alargada, para uma outra envelhecida, na qual este perfil mais se assemelha a um sino com base estreita e topo alargado. Esta transição tem sido agravada pela forma como a crise tem sido gerida, na medida em que esta tem forçado a emigração dos mais jovens. A segunda (i.e., transição epidemiológica) caracteriza-se pela passagem de um perfil predominante de doenças infecto-contagiosas para um outro de doenças crónico-degenerativas.

Ora esta conjugação de fenómenos coloca-nos perante uma **crise** na original acepção da palavra, ou seja, um momento que põe à prova a nossa faculdade de distinguir, escolher, julgar, decidir e agir.

A crise surge assim como uma oportunidade de olhar criticamente para o que tem sido feito, para a nossa nova condição e com base nisso, projetarmo-nos no futuro dotados de instrumentos e de competências mais adequadas às novas circunstâncias.

Equacionar o acesso aos cuidados de saúde nesta conjugação de ocorrências obriga-nos não só a abordá-lo como uma forma de responder adequadamente a uma crise financeira e económica, mas antes a vê-lo de forma mais radical como forma de responder de forma duradoura às profundas transformações que atravessamos.

Para que tal seja possível precisamos estar municiados com uma capacidade de monitorização que nos permita um acompanhamento, mas acima de tudo uma capacidade de decisão devidamente fundamentada e empiricamente sustentada. Tal não é função de uma única organização mas o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) tem-se esforçado ao longo dos últimos 15 anos por contribuir para aqueles objetivos através da publicação regular dos seus Relatórios de Primavera, desiderato que no corrente ano mais uma vez cumprimos. Conscientes da responsabilidade social da nossa função, reafirmamos a intenção de o continuar a fazer melhorando cada vez mais a nossa capacidade de análise. Para que tal seja possível, reafirmamos também o nosso estatuto de organização autónoma e independente, assente numa rede de investigadores de diversas origens disciplinares e profissionais e oriundos

de contextos diversos (académicos e clínicos) espalhados pelo país. Mas é preciso mais do que isto. Precisamos cada vez mais que nos seja facultado acesso às diversas bases de dados existentes nos diferentes organismos do Ministério da Saúde e outros com ele relacionados, para desse modo proporcionarmos análises mais úteis porque empiricamente baseadas na nossa realidade. Precisamos também que o OPSS passe à fase seguinte do seu desenvolvimento sendo encarado como uma organização essencial e parceira em qualquer sociedade desenvolvida e seja por isso dotado de meios que lhe permitam cumprir as suas funções com autonomia e independência. Desenvolvemos por isso ao longo do último ano um conjunto de contactos com diversas estruturas relacionadas com a saúde com o objetivo de protocolarmos as nossas relações e normalizarmos as condições de acesso às bases de dados numa perspectiva plurianual, conjugando interesses do OPSS e das estruturas da saúde envolvidas. Aguardamos concretização das intenções declaradas. Falta garantir os meios que nos permitam cumprir com mais dignidade as nossas funções.

Enquanto tal, apresentamos mais um Relatório de Primavera o qual, pelas razões atrás expostas, se preocupa particularmente com o acesso aos

cuidados de saúde enquanto forma de concretizar o direito à saúde. Para o efeito e com recurso a um considerável número de grupos observacionais, procedemos a uma análise, necessariamente incompleta, mas equacionando algumas das dimensões que consideramos mais relevantes. Assim, após um enquadramento inicial e geral da temática do acesso aos cuidados de saúde, apresentamos ainda análises mais aprofundadas em áreas relevantes como sejam, a política do medicamento, saúde mental, segurança do doente e autocuidado.

Terminamos com uma síntese das principais conclusões de cada uma das análises e ao mesmo tempo com um conjunto de recomendações que se afiguram pertinentes face às conclusões apresentadas.

Este é o nosso contributo para a discussão de tão fundamental temática, prometendo desde já que voltaremos ao tema.

Coordenação:

Manuel Lopes

Felismina Mendes

Sofia Oliveira Martins

Pedro Lopes Ferreira

2. ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE EM TEMPO DE CRISE

A Constituição da República atribui prioritariamente ao Estado ***“garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação”*** (CR, 2005, art.º 64, nº 3, al. a). O acesso constitui-se assim num desiderato fundamental do sistema de saúde, que ganha especial relevância no rescaldo da crise que tem assolado a Europa e em particular alguns países como Portugal. O momento atual deve

obrigar-nos a equacionar o acesso no sentido de percebermos se, apesar da crise, o sistema de saúde continua a cumprir o previsto na Constituição e os valores fundamentais acordados pelo Conselho de Ministros da Saúde da União Europeia (2006), nomeadamente a universalidade, o acesso a cuidados de qualidade, equidade e solidariedade.

Todavia, precisamos também de, num exercício prospetivo, equacionar o acesso em função dos desafios colocados pelas transições demográfica e epidemiológica.

Assim, face à complexidade e diversidade de aceções convém começarmos por definir acesso aos cuidados de saúde. A Comissão Europeia (CE, 2014) definiu-o como o resultado da interação entre diversos fatores, incluindo a cobertura do sistema de saúde (quem tem direito aos cuidados de saúde), profundidade de cobertura (quais são os cidadãos com direito), o acesso e disponibilidade dos serviços de saúde. Considerou ainda que o acesso à saúde também é afetado diretamente pela organização e gestão de modelos usados nos sistemas de saúde, ou seja, os cidadãos podem encontrar cuidados de saúde de mais difícil acesso, se os sistemas de saúde forem complexos e carecerem de transparência.

No Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (PNS) o acesso é definido como “a obtenção de cuidados de qualidade necessários e oportunos, no local apropriado e no momento adequado” (p. 2).

Para além destas definições constata-se que este conceito é muito usado na literatura científica e de modo bastante polimórfico. Por tal razão

Levesque et al. (2013) desenvolveram uma síntese a partir da literatura publicada, principalmente da mais citada, cujos objetivos foram: introdução de uma conceptualização de acesso aos cuidados de saúde descrevendo dimensões gerais e determinantes que integram, a procura e fatores do lado da oferta, permitindo a operacionalização do acesso aos cuidados de saúde ao longo de todo o processo de obtenção de cuidados e benefício dos serviços, resultando portanto numa revisão do quadro conceptual.

Como resultado deste trabalho, o acesso aos cuidados de saúde é apresentado como a oportunidade de alcançar e obter serviços de saúde adequados em situações de perceção da necessidade de cuidados. Neste contexto o acesso não é entendido apenas como uma função do Estado, mas antes como o resultado da interação entre as características das pessoas, famílias, ambientes sociais e físicos, bem como, as características dos sistemas de saúde, organizações e prestadores de cuidados. Neste sentido, o acesso conceptualiza-se como uma interação entre a possibilidade de identificar as necessidades de cuidados e a procura dos serviços, de forma a alcançar os recursos que permitam obter ou utilizar os serviços de saúde adequados.

Nesta estrutura conceptual que coloca em interação aspetos que têm a ver com o sistema de saúde, os prestadores de cuidados e os cidadãos utentes e o seu contexto, sobressaem cinco dimensões que evidenciam o lado da oferta e outras tantas que evidenciam os determinantes do lado da procura (Figura 1). Assim, do lado da oferta destacamos:

- a) proximidade,
- b) aceitabilidade,
- c) disponibilidade de instalações,
- d) acessibilidade financeira e
- e) adequabilidade.

Com estas cinco dimensões interagem cinco competências do lado da procura, resultando daí o acesso, sendo elas:

- a) capacidade de perceber,
- b) capacidade de procurar,
- c) capacidade de alcançar,
- d) capacidade de pagar e
- e) capacidade de se envolver.

Esta conceptualização confere um sentido diferente ao acesso, tornando-o num conceito ainda mais complexo e difícil de medir, uma vez que resulta da interação entre diferentes atores e combina variáveis de diferentes naturezas.



Adaptado de: Levesque J-F, Harris M, Russell, 2013

Figura 1: Dimensões do conceito de acesso aos cuidados de saúde

Todavia, configura-se como a mais adequada, pois enquanto dá sentido à responsabilidade de cada cidadão na construção do seu projeto de saúde, oferece também um novo sentido ao previsto no nº 1 do art.º 64º da CR (2005), ou seja **“todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”**. Apesar disso e se atentarmos nas características dos determinantes do lado da procura, constatamos que esta conceptualização, ao evidenciar mais o papel do cidadão utente, não alija a responsabilidade do Estado. De facto, alguns desses determinantes de procura são simultaneamente determinantes de saúde (p.ex. literacia, rendimento), constituindo-se portanto como focos de intervenção do sistema e dos profissionais de saúde.

Nestas circunstâncias a avaliação do acesso aos serviços de saúde que nos propomos realizar será efetuada através de algumas das variáveis atrás referidas, estabelecendo relação entre elas e dividindo-as, sempre que possível, entre variáveis de oferta e de procura. Assim e relativamente às variáveis de oferta consideraremos:

- Recursos humanos em saúde;
- Acesso aos Serviços de Urgência;
- Acesso às consultas;
- Disponibilidade de camas nos hospitais e na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI);

- Despesas de saúde por prestador.

Por sua vez, consideraremos do lado da procura:

- Condições socioeconómicas dos cidadãos;
- Despesas de saúde *Out-of-Pocket*¹;
- Necessidades de saúde não satisfeitas.

Face ao exposto, o que dizer sobre o acesso aos cuidados de saúde em Portugal, nomeadamente nos últimos anos?

Para responder a esta questão convém contextualizar Portugal como membro da União Europeia (EU) e que esta, através do Conselho de Ministros da Saúde (*Council of European Union*, 2011) reconhecia em 2011 a necessidade de garantir o acesso equitativo a serviços de saúde de alta qualidade, principalmente em circunstâncias de escassez de recursos, como forma de prevenir maior impacto da crise, mas também de alavancar o futuro desenvolvimento económico. Isto porque a saúde, para além de ser um valor em si mesmo, é também uma condição prévia para a prosperidade económica. A saúde das pessoas influencia os resultados económicos em termos de produtividade, oferta de trabalho, capital humano e despesa pública. Também em Portugal, o acesso aos cuidados de saúde é reconhecido como de primordial importância,

¹ São gastos suportados diretamente pelos utentes do serviço de saúde nos casos em que, nem o serviço público, nem a cobertura de seguro privado cobrem o custo total do bem ou serviço de saúde.

razão pela qual no PNS, a equidade e o acesso se constituem como um dos eixos estratégicos, sendo este considerado como uma dimensão da equidade e definindo-se no referido Plano um conjunto de estratégias e recursos para a sua promoção.

Como forma de monitorizar o acesso, foi publicada a Lei nº 15/2014, de 21 de março, cujo principal objetivo foi apresentar de forma clara e integrada os direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Aí se prevê (art.º 27º) a obrigatoriedade dos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e do sector convencionado publicarem adequadamente um conjunto de informações relativas ao acesso, bem como de a mesma ser divulgada de forma integrada através de um relatório anual. No mais recente (Ministério da Saúde, 2014) afirma-se que, apesar da crise que o país tem atravessado **“o SNS não só tem mantido o nível de acesso aos cuidados de saúde verificado em anos anteriores, como também tem vindo a melhorar o acesso aos cuidados de saúde pelos portugueses”** (p. 10).

Consultámos também os *sites* dos hospitais públicos procurando dados relativos ao acesso aos cuidados de saúde e constatámos que são raros os que divulgam informação a esse respeito. Por sua vez, o *site* da

Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) contém diversa informação relevante para a avaliação do acesso. Todavia, verificámos que uma das mais relevantes, a monitorização mensal dos principais dados de atividade, desempenho assistencial e económico-financeiro das entidades do SNS, apenas tem dados acessíveis entre julho e outubro de 2014, não permitindo portanto avaliar a evolução dos mesmos.

Neste contexto passaremos a apresentar os dados relativos às variáveis atrás referidas, começando pelas relacionadas com a oferta e posteriormente com a procura. As fontes de dados foram diversas e dependeram essencialmente da sua acessibilidade e credibilidade. Privilegiámos por isso fontes como a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), Eurostat, Instituto Nacional de Estatística (INE), PORDATA, entre outros.

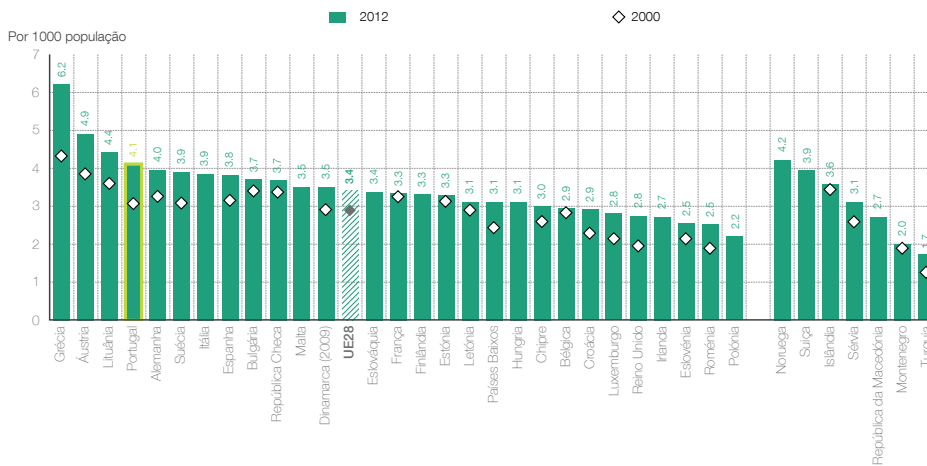
RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

Relativamente à oferta, uma das dimensões a considerar tem a ver com a dotação de profissionais de saúde, com referência especial para médicos e enfermeiros.

De acordo com a OCDE (2014), em Portugal em 2012 havia 4,1 médicos/1000 habitantes, notando-se um claro incremento relativamente ao ano 2000. De referir também que, apesar do referido número ser relativo ao total de médicos habilitados para o exercício,

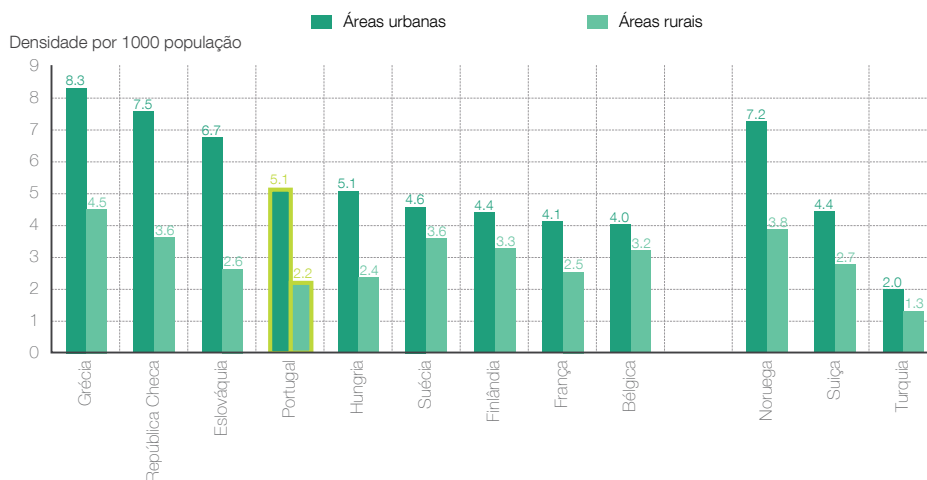
Portugal tem um número de médicos superior à média da OCDE, ocupando o quarto lugar entre os países com mais médicos (Figura 2).

Um outro dado relevante do mesmo organismo tem a ver com a distribuição de médicos pelo território, considerando-se para o efeito regiões urbanas e rurais (ver Figura 3). Neste caso, constata-se que Portugal é dos países onde se verifica maior disparidade, medida pela razão urbano/rural, com uma distribuição predominante pelas áreas urbanas e com clara desvantagem das áreas rurais.



Adaptado de: OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Statistics Database, WHO Europe Health for All Database.

Figura 2: Médicos/1000 habitantes, 2000 e 2012 (ou o ano mais próximo)



Adaptado de: OECD (2013), OCDE Regions at a Glance, 2013, http://dx.doi.org/10.1787/reg_glance-2103-en

Figura 3: Densidade de médicos em regiões predominantemente urbanas e rurais

Relativamente ao total de médicos no SNS e de acordo com a ACSS (2014), constatamos que ocorreu uma diminuição de 1,4% de 2012 para 2013, ao mesmo tempo que se verificou um incremento de 13,02% no número de médicos em internato.

Pode portanto afirmar-se que, embora existindo um número total de médicos adequado às necessidades da população, os mesmos se concentram predominantemente nas áreas urbanas comprometendo assim o acesso das populações de áreas rurais. Relativamente aos médicos do

SNS e apesar do ligeiro decréscimo, antecipa-se um aumento para os próximos anos dado o acréscimo de médicos em internato.

De qualquer modo, como veremos adiante, a produção medida pelo número de consultas por médico ou pelo número de consultas por habitante, coloca Portugal numa posição não muito favorável face aos restantes países europeus.

No que concerne aos enfermeiros e de acordo com a OCDE (2014), constata-se que Portugal tem um

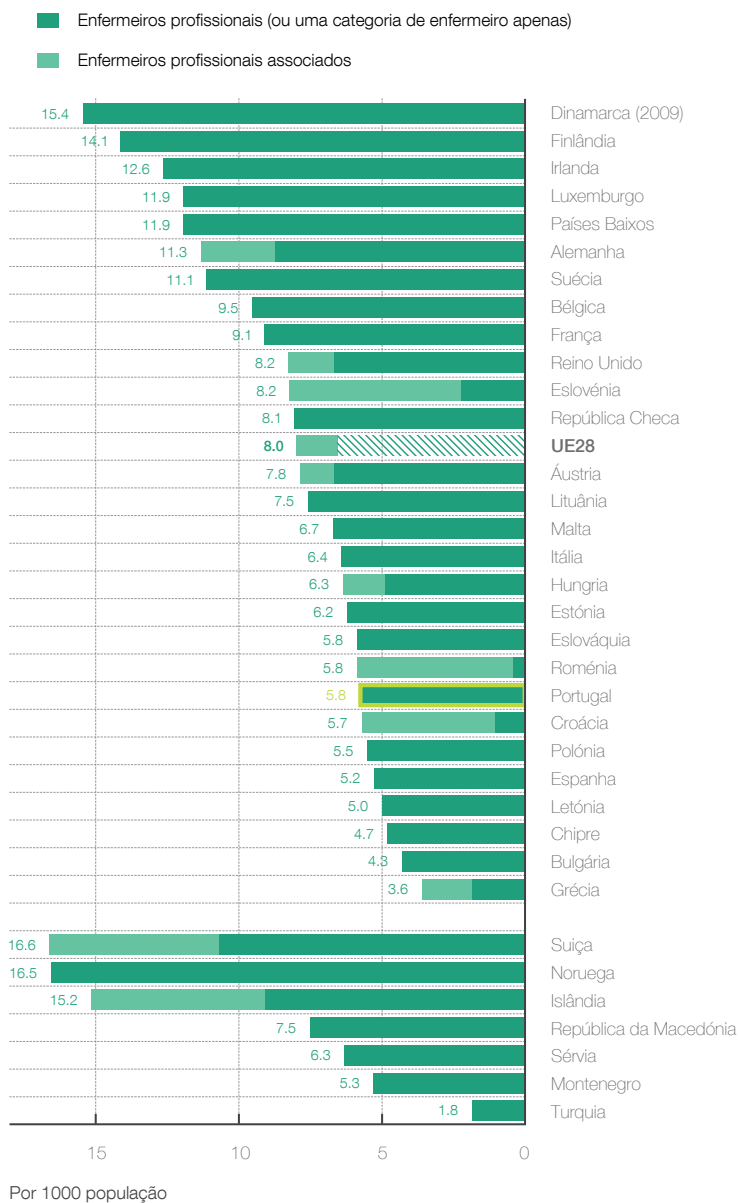
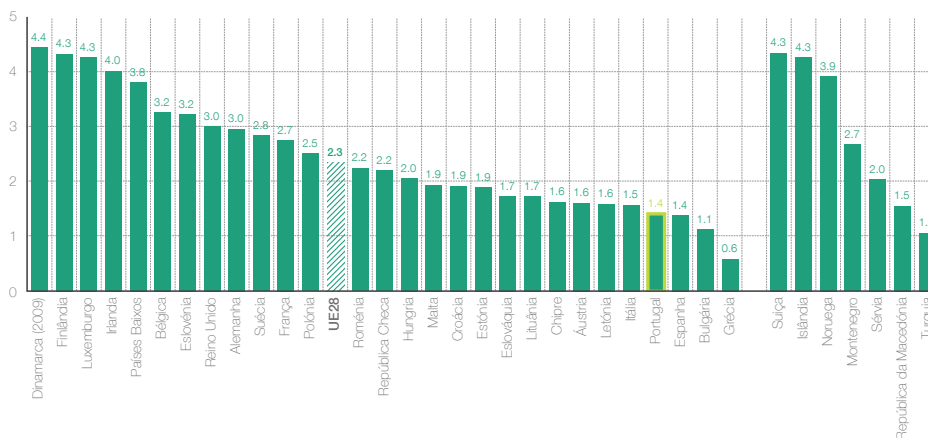


Figura 4: Enfermeiros/1000 habitantes, de 2012 e mudança entre 2000 e 2012 (ou ano mais próximo)

rácio de 5,8 enfermeiros/1000 habitantes, estando incluídos nestes os adstritos a funções de gestão, educação e investigação (Figura 4). Trata-se de um rácio claramente inferior à média da UE28, mesmo que excluamos os valores relativos a profissionais associados.

Por outro lado, se considerarmos a proporção de enfermeiros relativamente a médicos, verificamos que neste caso Portugal se encontra praticamente no fim da tabela com 1,4 enfermeiros por cada médico, que compara com 2,3 de média da UE28 (Figura 5).



Adaptado de: OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Statistics Database, WHO Europe Health for All Database. Stat link <http://dx.doi.org/10.1787/888933155579>

Figura 5: Proporção enfermeiros/médicos, 2012 (ou ano mais próximo)

Tendo em consideração que a maior percentagem dos cuidados de saúde à população portuguesa continuam a ser assegurados pelo SNS, entendemos pertinente, a inserção de uma análise aos recursos humanos (médicos e enfermeiros) neste Serviço.

Para o efeito socorremo-nos do ***Inventário de Pessoal do Setor da Saúde*** (ACSS, 2013, 2014). De acordo com esse documento, o número de médicos/1000 habitantes no SNS era de 1,89 em 2012, tendo decrescido ligeiramente para 1,87 em 2013. Se considerarmos

também os médicos em internato, constatamos que a média passa a ser de 2,63 médicos/1000 habitantes e ao mesmo tempo constata-se um aumento de 2012 para 2013 (2,70 médicos/1000 habitantes). Já relativamente ao total de enfermeiros no SNS verificamos que o rácio era de 3,8 enfermeiros/1000 habitantes em 2012, decrescendo para 3,7 em 2013 (Tabela 1).

Constata-se assim uma discrepância considerável entre estes rácios e os apresentados pela OCDE, a qual é parcialmente justificada pelo

Organismos	Profissionais	2012	2013	Δ 2012 - 2013	Δ% 2013 - 2012
Ministério da Saúde	Médico	259	352	93	35,91%
	Internato Médico	3	1	-2	-66,67%
	Enfermeiros	252	356	104	41,27%
ARS Alentejo	Médico	704	737	33	4,69%
	Internato Médico	266	291	25	9,40%
	Enfermeiros	2127	2053	-74	-3,48%
ARS Algarve	Médico	663	665	2	0,30%
	Internato Médico	273	310	37	13,55%
	Enfermeiros	1827	1819	-8	-0,44%
ARS Centro	Médico	3591	3626	35	0,97%
	Internato Médico	1322	1443	121	9,15%
	Enfermeiros	7982	7934	-48	-0,60%
ARS Lisboa e Vale do Tejo	Médico	7458	7518	60	0,80%
	Internato Médico	2833	3240	407	14,37%
	Enfermeiros	14 510	13 809	-701	-4,83%
ARS Norte	Médico	7319	7169	-150	-2,05%
	Internato Médico	3105	3534	429	13,82%
	Enfermeiros	13 756	13 894	138	1,00%
Total Geral SNS	Médico	19 994	19 715	-279	-1,40%
	Internato Médico	7802	8818	1016	13,02%
	Enfermeiros	40 454	39 509	-945	-2,34%

Fonte: ACSS, 2013, 2014

Tabela 1: Médicos e enfermeiros no SNS/Administração Regional de Saúde nos anos 2012 e 2013

facto de este organismo considerar os profissionais registados nas ordens profissionais e que incluem todos os que trabalham no sector público e privado, bem como os que não exercem clínica (p.ex. gestão, investigação) e mesmo os que emigraram. Estes últimos têm aliás assumido nos anos mais recentes valores muito expressivos. De acordo com Sakellarides et al. (2014), as organizações profissionais médicas e de enfermagem, em julho de 2013, reportaram que nos 18 meses anteriores aproximadamente 5000 profissionais (1/3 médicos e 2/3 enfermeiros) solicitaram documentação que lhes permitisse exercer no estrangeiro.

Se analisarmos a distribuição de médicos e enfermeiros por ARS, verificamos que relativamente aos primeiros houve um ligeiro acréscimo em quase todas, exceto na ARS Norte; no que concerne aos enfermeiros constata-se um fenómeno inverso, ou seja, um decréscimo em todas exceto na ARS Norte. De entre as regiões em que o decréscimo foi maior destacam-se a ARS Lisboa e Vale do Tejo (4,93%) e a ARS Alentejo (3,48%).

Por sua vez, a relação enfermeiro/médico no SNS é de 2 enfermeiros por cada médico. Todavia, se considerarmos o conjunto de médicos e médicos em internato, constatamos que a referida relação passa para 1,38.

Terminamos a análise relativa aos recursos humanos (p.ex. médicos e enfermeiros) com uma citação da Entidade Reguladora da Saúde (ERS, 2012), que apesar de ser relativa a 2012 e se limitar a uma parte da oferta de cuidados, corrobora os dados aqui apresentados. Refere o *Estudo de Avaliação dos Centros Hospitalares* que:

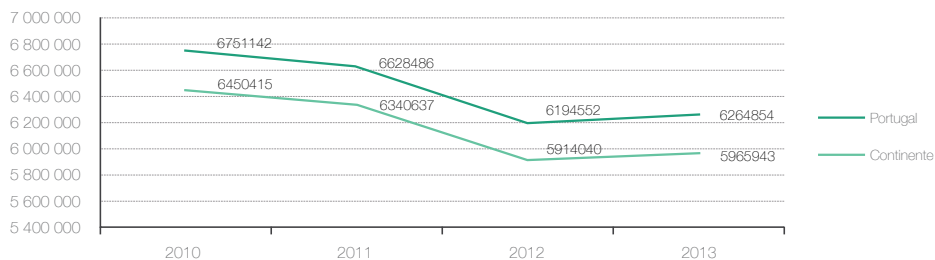
(...) Existe uma distribuição muito heterogénea de recursos humanos: relativamente ao número de médicos por 1000 habitantes, todos os CH apresentam valores abaixo dos revelados quer a nível nacional, quer a nível europeu. Uma observação semelhante é também constatada para o número de enfermeiros por 1000 habitantes, que em todos os CH, com exceção do CH Universitário de Coimbra, E.P.E., é inferior ao rácio nacional e o qual, por sua vez é já inferior ao da UE. Estes resultados revelam uma inadequada distribuição de profissionais de saúde no território nacional, sejam médicos ou enfermeiros. (ERS, 1994, p. 110).

ACESSO AOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA

Tal como se pode constatar pela Figura 6 assiste-se a uma diminuição progressiva no acesso a estes serviços desde 2010, apenas com um ligeiro incremento em 2013. Concomitantemente ocorrem fenómenos sazonais de congestão dos serviços de urgência, os quais coincidem com os previsíveis períodos de epidemia de gripe e que têm acentuada repercussão mediática, com a conseqüente preocupação da população.

Também as questões associadas ao aumento do horário de trabalho dos profissionais de saúde, à redução de pessoal e à utilização de profissionais subcontratados a empresas têm contribuído para manter o acesso aos serviços de urgência sobre atenção mediática e escrutínio de vários organismos, como é o caso da auditoria realizada pelo Tribunal de Contas em 2010.

Deve assinalar-se ainda uma coincidência temporal entre a ocorrência desta diminuição e o aumento das taxas moderadoras,



Fonte: INE, 2015

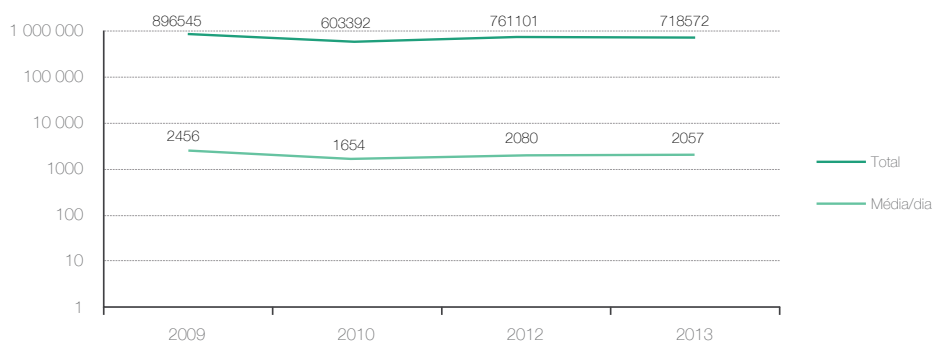
Figura 6: Atendimentos em serviço de urgência (N.º) nos hospitais oficiais públicos

bem como uma aparente estabilização do número de chamadas telefónicas para a Linha Saúde 24 (ver Figura 7).

Por outro lado, alguma evidência científica começa a questionar a adequabilidade estrutural e funcional dos atuais serviços de urgência para responder às necessidades de um dos grupos populacionais que mais consome cuidados de saúde: os idosos. Assim, tem vindo a ganhar dimensão, a discussão à volta do paradigma geronto-geriátrico nos Serviços de Urgência (SU) (Tavares, 2012). Este paradigma questiona

o modelo tradicional de atendimento de idosos no SU focado na triagem, tratamento e encaminhamento rápidos, alegando que o mesmo não permite atender todas as necessidades dos idosos uma vez que estas, por norma, têm uma apresentação complexa (Tavares, 2012).

Apesar dos argumentos, também neste caso e tendo em conta a realidade portuguesa, é necessário interpretar este indicador com precaução e considerando o lado da oferta e da procura. De facto, os SU parecem ser vistos pela



Fonte: MS, 2010, 2011, 2013, 2014

Figura 7: Evolução das chamadas telefónicas na Linha Saúde 24 – 2009-2013

população em geral como a porta preferencial de acesso aos cuidados de saúde, pelo que a diminuição dos atendimentos poderia ser entendida como uma correção dessa anomalia. Porém, esta diminuição parece não ser compensada pelo aumento das respostas nos cuidados de saúde primários.

Entretanto, os dados a que tivemos acesso não nos permitem compreender em profundidade as razões da redução da procura. Existem contudo alguns estudos que contribuem para a compreensão do perfil do utilizador dos serviços de urgência e que interessa considerar.

Começamos por fazer referência a um estudo que caracteriza a utilização da urgência pediátrica num hospital da área metropolitana de Lisboa (Nunes, 2011), através do qual a autora conclui que *“existe evidência de utilização injustificada do Serviço de Urgência Pediátrica por 49,5% dos utentes”* e *“que a “sobre utilização” e “inadequação” da procura são fenómenos presentes no Serviço de Urgência Pediátrica”*.

Num outro estudo, que procura compreender as atitudes que os doentes tomam antes de se deslocarem ao serviço de urgência, conclui-se que *“os utentes do Porto*

utilizam o Serviço de Urgência como primeira opção com maior frequência, tal como os utentes que não têm Centro de Saúde” (Teixeira, 2010). Avaliou-se, também, a hora e data dos episódios, com o objetivo de perceber a eventual sobreposição com horário de funcionamento de outros recursos. Verificou-se que a maior afluência ocorreu durante a semana (79%) e durante o dia (71,75%), demonstrando-se assim que esta população prefere o SU em detrimento dos Centros de Saúde.

Ainda num outro estudo desenvolvido no Hospital de S. João, com o objetivo de definir o perfil do utilizador abusivo dos SU (Gomes 2013), concluiu-se *“que a maior afluência seria a cor amarela com 31 748 episódios (53,27%)”* e que *“a prevalência da utilização abusiva foi de 60,67%, correspondendo a cerca de 36 161 episódios”*. Percebeu-se ainda que,

(...) de acordo com a cor da pulseira, como seria de esperar e demonstrando que a Triagem de Manchester é corretamente realizada, à medida que a cor da pulseira muda, no sentido não urgente – emergente, diminui a probabilidade de apresentar um comportamento abusivo. Desta forma, o fato do utente ter uma pulseira azul confere-lhe cerca de 2,67 vezes maior probabilidade

de apresentar um comportamento abusivo (Gomes 2013). Por último, de acordo com mais um estudo realizado no Centro Hospitalar da Cova Beira, conclui-se que,

(...)os hiper-utilizadores corresponderam a cerca de 10% dos utentes, sendo responsáveis por aproximadamente 31% das visitas, durante o período em que decorreu o estudo. Por outro lado, 56,9% e 54,7% dos utentes recorreram ao serviço de urgências, pelo menos uma vez, por queixas não urgentes, em 2009 e 2010, respetivamente”. Conclui-se ainda que, “as mulheres e pacientes residentes na Covilhã têm maior probabilidade de serem consideradas inapropriados. Os indivíduos mais idosos têm um risco acrescido de serem considerados hiper-frequentadores, já o grupo dos pacientes não urgentes encontra-se mais entre os 35 e os 64 anos (Silva, 2012).

Estes estudos revelam a importância de se considerar o acesso através do SU na perspetiva da oferta, devendo-se para o efeito estudar não só as condições ao longo do ano mas também os fenómenos sazonais como os vividos por altura da previsível ocorrência de vagas de frio com a consequente epidemia de gripe e as vagas de calor, com os fenómenos que lhe são inerentes. Apesar de lhe

reconhecermos essa importância, não tivemos acesso a dados que nos permitam uma análise rigorosa. Mas confirma-se também a necessidade de compreender melhor a forma como o serviço é procurado e desencadear medidas que conduzam a uma utilização mais criteriosa e racional.

ACESSO ÀS CONSULTAS

Também o acesso às consultas pode interpretar-se como um indicador de oferta e de procura, mas é indubitavelmente um indicador de acesso aos cuidados de saúde.

Assim, e tal como se pode constatar pela Tabela 2, o número de consultas médicas nos centros de saúde tem sofrido uma redução constante ao longo do período 2008-2012, exceto na região do Algarve, sendo que a redução mais expressiva é na região Norte (25,31%).

De referir também que segundo a ACSS (2014), o decréscimo de consultas médicas nos cuidados de saúde primários tem sido acompanhado por um ligeiro incremento nas consultas médicas domiciliárias (4,16%) e por um acentuado incremento das consultas de enfermagem domiciliárias (11,3%). Em contrapartida, o número de consultas médicas nas consultas externas dos hospitais públicos, no

	2008	2009	2010	2011	2012	Δ% 2013 - 2008
Portugal	31 710 698	27 737 812	27 970 947	27 892 050	26 283 459	-17,11%
Continente	31 008 434	27 108 516	27 331 816	27 226 919	25 613 804	-17,40%
Norte	11 447 320	9 034 621	8 610 328	8 941 924	8 549 508	-25,31%
Centro	8 358 732	6 852 489	7 873 071	7 467 368	7 072 974	-15,38%
Lisboa	7 461 056	7 289 887	6 772 818	6 745 121	6 319 046	-15,31%
Alentejo	2 727 294	2 842 830	2 802 131	2 816 701	2 529 916	-7,24%
Algarve	1 014 032	1 088 689	1 273 468	1 255 805	1 142 360	12,66%
Região Autónoma dos Açores	319 147	307 812	293 546	292 464	294 930	-7,59%
Região Autónoma da Madeira	383 117	321 484	345 585	372 667	374 725	-2,19%

Fonte: INE, 2015

Tabela 2: Consultas médicas (N.º) nos centros de saúde

período 2010-2013 tem aumentado consideravelmente em todas as regiões, exceto na região do Algarve, sendo o aumento mais expressivo na região de Lisboa (10,59%) (Tabela 3).

Em termos de acesso, este movimento parece-nos sintomático, na medida em que se existe uma redução nas consultas dos centros de saúde, aquelas que mais próximas

	2010	2011	2012	2013	Δ% 2013 - 2010
Portugal	11 465 789	11 632 772	11 808 946	12 201 439	6,42%
Continente	10 998 413	11 166 728	11 319 412	11 669 376	6,10%
Norte	4 277 090	4 329 303	4 395 090	4 518 910	5,65%
Centro	2 449 431	2 470 734	2 468 025	2 514 059	2,64%
Lisboa	3 374 849	3 479 504	3 589 228	3 732 284	10,59%
Alentejo	575 334	559 279	568 331	590 492	2,63%
Algarve	321 709	327 908	298 738	313 631	-2,51%
RA dos Açores	244 495	248 580	253 529	287 987	17,79%
RA da Madeira	222 881	217 464	236 005	244 076	9,51%

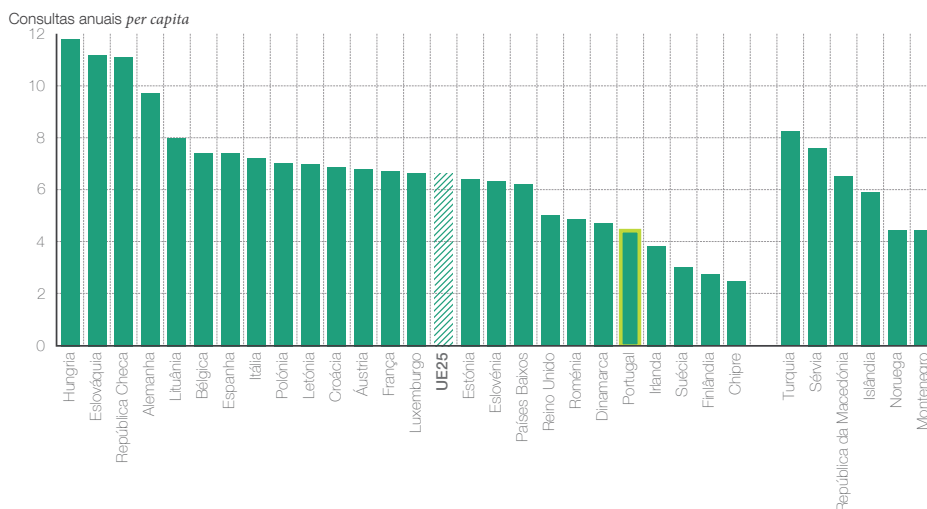
Fonte: INE, 2015

Tabela 3: Consultas médicas nas consultas externas (N.º) dos hospitais oficiais públicos

estão das populações, verificando-se, em contrapartida, um aumento nas consultas externas dos hospitais, as que estão mais distantes. Mais uma vez assinalamos a coocorrência destes fenómenos com o aumento das taxas moderadoras, as quais passaram a taxar novos serviços. Por outro lado, estes dados parecem contrariar a ideia de um maior investimento nos cuidados de saúde primários.

Deve por último considerar-se o número de consultas médicas per capita e por ano, constatando-se também neste caso, que Portugal ocupa um lugar inferior à média da OCDE (2014) (ver Figura 8).

Uma outra dimensão do acesso tem a ver com a disponibilização de consultas médicas e de outros cuidados dentro de um tempo considerado adequado, razão pela qual foi criado o conceito de Tempos Máximos de Resposta Garantidos



Adaptado de: OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Statistics Database, WHO Europe Health for All Database.

Figura 8: Número de consultas médicas per capita, 2012 (ou ano mais próximo)

(TMRG) (Portaria nº 1529/2008, de 26 de Dezembro) no acesso a cuidados de saúde, para os vários tipos de prestações sem carácter de urgência. De acordo com este conceito e no que às consultas no grupo dos Centros Hospitalares diz respeito, segundo a ERS (2012), verifica-se

(...) uma tendência de crescimento, em termos percentuais, da realização de primeiras consultas para além dos TMRG, ainda que aquele grupo tenha as percentagens mais baixas em relação ao grupo de ULS e ao grupo de Controlo. Ora, devido às dificuldades evidenciadas na marcação e na realização das primeiras consultas hospitalares dentro dos TMRG, pelo grupo de CH, é possível concluir pela dificuldade de acesso dos utentes às primeiras consultas de especialidade, em tempo útil (ERS, 2012).

Por sua vez, no que respeita à Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) e também de acordo com um relatório da ERS (2014), verifica-se que

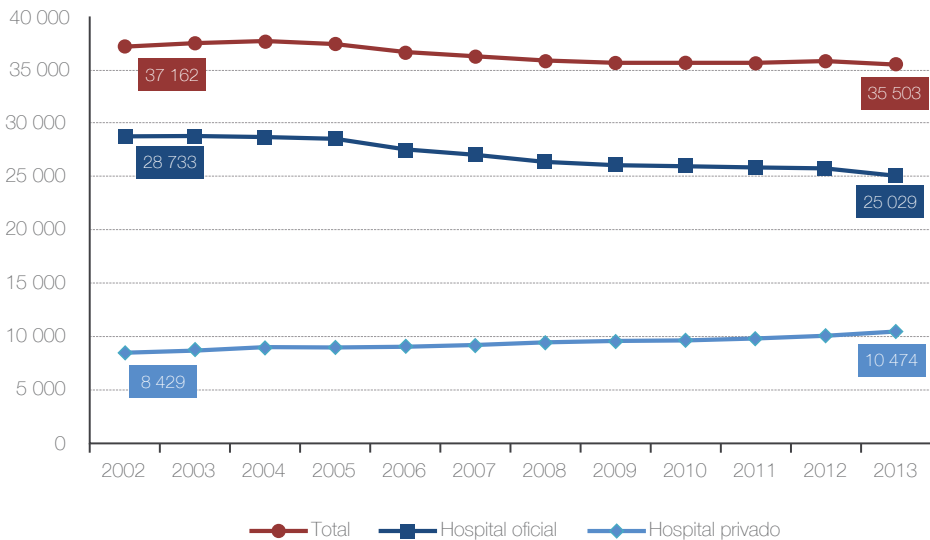
(...) Relativamente à dimensão temporal, desde a implementação do SIGIC, em final de 2005, até ao ano de 2010, assistiu-se à redução das LIC, da mediana do tempo de espera, da média do tempo de espera dos utentes operados, da percentagem de inscritos para cirurgia e da percentagem de utentes operados

prioritários. Porém, o valor destes cinco indicadores aumentou no ano de 2011, não voltando a reduzir-se significativamente a partir desse ano, e aumentando mesmo o tempo médio de espera dos utentes operados, em 2012, e as LIC em 2013 (ERS, 2014).

DISPONIBILIDADE DE CAMAS NOS HOSPITAIS E NA REDE NACIONAL DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (RNCCI)

Um outro indicador que consideramos relevante do lado da oferta tem a ver com o número de camas de internamento hospitalar (Figura 9). De acordo com os dados do INE (2015), tem havido um decréscimo constante no total de camas oferecidas pelo SNS, ao mesmo tempo que se verifica um incremento, também constante, das camas oferecidas pelos hospitais privados.

Concomitantemente, constata-se uma diminuição contínua no número de internamentos no período 2008-2013, exceto para a região do Algarve e Madeira (ver Tabela 4). Para isso, podem concorrer diversos fatores, como por exemplo, o contínuo crescimento da ambulatorização cirúrgica, sendo que 57,4% das intervenções realizadas em 2014 foram em regime de ambatório, correspondendo a um aumento de



Fonte: INE, Inquérito aos Hospitais

Figura 9: Camas de internamento dos hospitais segundo a natureza institucional, Portugal, 2002-2013

1,6 p.p. face a 2013. Apesar disso, Portugal não se destaca por ser um país com um elevado número de camas/habitante. De acordo com diversos organismos internacionais (p.ex. OCDE, 2014; World Bank, 2015), Portugal ocupa o 62º lugar entre os países com o mais elevado número de camas/1000 habitantes.

Constatamos assim uma redução de camas de serviço público a par com um aumento das de serviço privado, acompanhado de uma redução do número de internamentos, num país com um dos menores rácios

de camas/1000 habitantes.

Na análise do acesso aos cuidados de saúde deve dar-se uma atenção especial à RNCCI na medida em que responde preferencialmente às necessidades de saúde da população mais envelhecida, razão pela qual lhe é dedicado um capítulo neste Relatório de Primavera (RP). Assim, estima-se que haverá 110 355 pessoas dependentes no autocuidado nos domicílios, sendo que destas, 48 454 serão pessoas dependentes “acamadas” [estimativa realizada com base no Censos 2011, nos trabalhos de Costa (2013) e de Parente (2015)].

Para responder às necessidades desta população a Rede tinha em finais de 2013, 6 642 camas distribuídas pelas diversas tipologias, o que representa um aumento de 12,4% entre 2012 e 2013, principalmente à custa das camas em ULDM (RNCCI, 2014). Apesar disso, este número de camas não responde minimamente às necessidades, como se pode constatar pelos números apresentados, mas também pelo número de pessoas referenciadas e a aguardar vez (RNCCI, 2014).

Constata-se que as estruturas da Rede vocacionadas para prestarem cuidados em casa das pessoas (ECCI) são as que menos têm crescido, as que menos recebem referenciação e as que estão subocupadas em todo o país, apesar de serem mais acessíveis, quer do ponto de vista financeiro, quer de distância.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Δ% 2013 - 2008
Portugal	1 232 167	1 205 841	1 197 375	1 177 431	1 177 779	1 162 377	-5,66%
Continente	1 177 048	1 151 432	1 142 861	1 122 852	1 125 114	1 108 938	-5,79%
Norte	432 791	422 737	414 008	401 278	412 052	406 462	-6,08%
Centro	264 183	252 532	250 575	244 356	248 197	241 232	-8,69%
Lisboa	382 296	380 300	381 987	379 716	370 721	363 665	-4,87%
Alentejo	56 865	55 188	56 488	54 952	54 780	54 578	-4,02%
Algarve	40 913	40 675	39 803	42 550	39 364	43 001	5,10%
RA dos Açores	27 947	28 355	28 019	28 101	27 742	28 413	1,67%
RA da Madeira	27 172	26 054	26 495	26 478	24 923	25 026	-7,90%

Fonte: INE, 2015

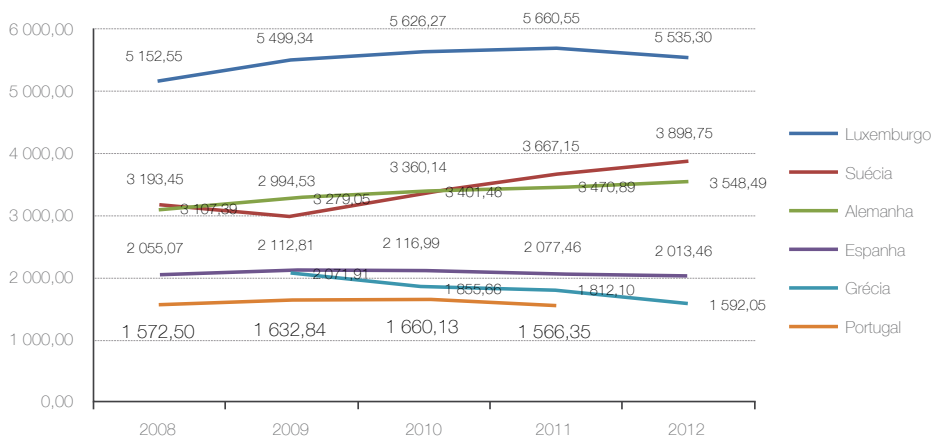
Tabela 4: Evolução do número de internamentos nos hospitais no período 2008-2013

DESPESAS DE SAÚDE POR TIPO DE PRESTADOR

Como fator importante e transversal a toda a análise relativa ao acesso aos cuidados de saúde devemos considerar também as variáveis financeiras. De entre estas começamos por fazer referência às despesas de saúde por prestador, considerando todos os prestadores, onde constatamos que Portugal ocupa o último lugar entre um grupo de países da UE, sendo que esse valor tem vindo a decrescer, enquanto em alguns outros

(p.ex. Alemanha e Suécia) tem aumentado. Percebe-se ainda uma enorme distância entre países como o Luxemburgo, a Alemanha ou a Suécia e o grupo de países como Portugal, Grécia e Espanha (Figura 10).

As conclusões são sobreponíveis se considerarmos apenas os dados relativos ao prestador Hospitais. Todavia, destacamos também os valores da despesa com saúde relativa ao prestador Hospitais da área da saúde mental e abuso de substâncias, pelo facto de indubitavelmente se constituir como o



Fonte: Eurostat 2015

Figura 10: Despesas de saúde por prestador – Todos os prestadores em €/habitante

parente pobre dos prestadores, com valores de financiamento per capita comparativamente muito baixos, principalmente em países como Portugal e Espanha, mas também com uma distância ainda mais pronunciada de países como o Luxemburgo. Acresce que Portugal é um dos países com maior taxa de prevalência de pessoas com doença mental (Figura 11).

CONDIÇÕES SOCIOECONÓMICAS DOS CIDADÃOS

Consideremos agora alguns indicadores por parte da procura, começando pelo esforço financeiro empreendido pelas pessoas com o objetivo de aceder aos cuidados de saúde. Se por um lado, este esforço financeiro considera a redução do poder de compra dos portugueses, tem também em conta o aumento do custo da saúde. Relativamente à primeira componente verificamos



Fonte: Eurostat 2015

Figura 11: Despesas de saúde por prestador – Hospitais da área da saúde mental e abuso de substâncias em €/habitante

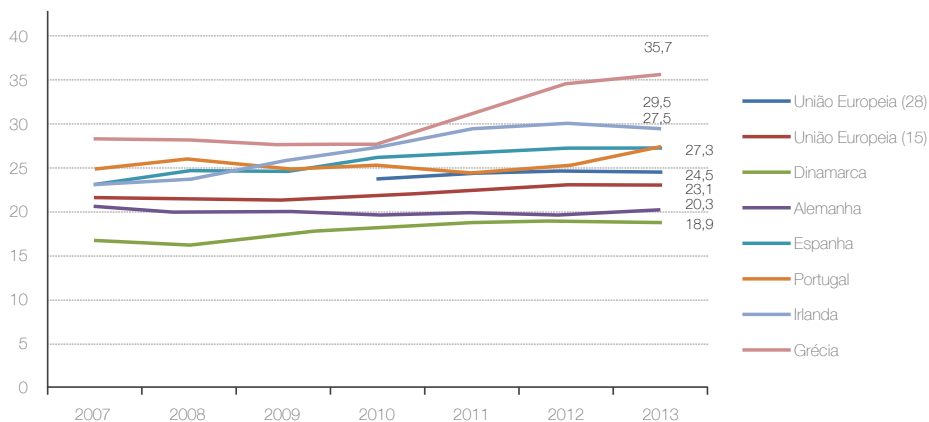
que Portugal faz parte do grupo de países em que o risco de pobreza tem vindo a aumentar, tal como se pode constatar na Figura 12.

De acordo com o mais recente relatório da Cáritas (2015), alguns impactos sociais destes indicadores são:

- (...) Os grupos mais afetados são as crianças, porque as suas famílias não conseguem fazer face à situação;
- As taxas de emigração nos países sob assistência (ou que saíram

recentemente) aumentaram brutalmente;

- As famílias estão a cortar em bens essenciais, que muitas vezes inclui a própria alimentação, e cujos efeitos na saúde no longo prazo não são previsíveis;
- Os níveis de desemprego destes países está bem acima da média da União Europeia, com destaque para o desemprego jovem;
- Houve um aumento em todos os países dos indicadores de pobreza e exclusão social (Cáritas, 2015).



Fonte: Eurostat 2015

Figura 12: Percentagem de pessoas em risco de pobreza ou exclusão social

Destaques de Portugal em comparação com outros países europeus:

- *“Portugal foi o país que teve o maior aumento da taxa de risco de pobreza e exclusão social no último ano (um aumento de 2,1 p.p.); seguido pela Grécia (1,1 p.p.);*
- *Portugal tem a segunda maior dívida pública em comparação com o PIB (128%) logo a seguir à Grécia (174,9%)”.*

DESPESAS DE SAÚDE OUT-OF-POCKET

Relativamente à dimensão do custo dos cuidados, a mesma pode ser avaliada de diferentes formas, sendo que a mais frequente é através do que se convencionou denominar pagamentos *out-of-pocket*¹. De acordo com a OCDE (2009, 2014), Portugal ocupava em 2007 a 6ª posição entre os países com maiores pagamentos *out-of-pocket*, tendo passado à 4ª posição em 2012. Ou seja, as pessoas passaram a pagar mais pela sua saúde, ao mesmo tempo que empobreciam fruto das medidas adoptadas para combater a crise. Algumas das justificações apresentadas para este aumento relacionam-se com a alteração das despesas elegíveis para abatimento no Imposto sobre Rendimento de pessoas Singulares (IRS), as quais passaram a ser mais restritivas. Daqui decorre que este

aumento de despesas incide sobre quem apresenta IRS, não afetando assim os mais desfavorecidos. Todavia, este aumento ocorre num país em que o rendimento médio é bastante inferior à média da UE (PORDATA, 2015), ao mesmo tempo que ocorrem o aumento das taxas moderadoras, a diminuição das consultas nos cuidados de saúde primários, uma distribuição desigual de profissionais de saúde pelo território nacional, uma redução do acesso ao transporte urgente e uma debilitação da rede de transportes, entre outros.

Concomitantemente deve referir-se que o acesso aos medicamentos tem vindo a ser facilitado pela redução contínua do seu preço nos últimos anos, principalmente decorrente do aumento da quota de genéricos. Por outro lado, se bem que as taxas ditas moderadoras se configurem mais como copagamentos principalmente em alguns serviços, atingindo mais uma vez uma faixa da população cujo poder aquisitivo é limitado, também é verdade que tem vindo a ser alargado o grupo de pessoas isentas, como é o caso do recente alargamento da isenção a todos os jovens até aos 18 anos.

Apesar dos dados apresentados, torna-se difícil avaliar o real impacto da crise no acesso aos cuidados de saúde por limitação financeira, por ausência de estudos extensivos desenvolvidos em Portugal.

¹ São gastos suportados diretamente pelos utentes do serviço de saúde nos casos em que, nem o serviço público, nem a cobertura de seguro privado cobrem o custo total do bem ou serviço de saúde.

NECESSIDADES DE SAÚDE NÃO SATISFEITAS

Outra forma de avaliar o acesso aos cuidados pelo lado da procura é através do conceito de autoapreciação de necessidades não atendidas.

De acordo com o Eurostat (2015), Portugal é um dos países em que as necessidades não atendidas de exame médico mais subiram, principalmente a partir de 2011, integrando o grupo da Grécia e Espanha (ver Tabela 5).

De acordo com a OCDE (2014), são as pessoas com mais baixos rendimentos as que mais relatam necessidades não atendidas. Naturalmente, estes dados devem ser conjugados com os anteriormente apresentados, nomeadamente os

relativos ao aumento das despesas *out-of-pocket*, diminuição das consultas nos cuidados de saúde primários, entre outros.

Do lado da procura ficam por explorar diversas dimensões (capacidade de perceber, de procurar e de se envolver), que nos parecem de enorme interesse relativamente ao conceito de acesso aos cuidados de saúde, mas que a inexistência de dados nos impede de realizar uma análise mais aprofundada.

A capacidade de perceber pode ser avaliada através da literacia, principalmente a relacionada com a saúde. Não são muitos os dados disponíveis acerca desta variável, porém sabemos que a literacia em geral é muito limitada no grupo etário dos mais idosos, os quais são ao mesmo tempo os maiores

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
União Europeia (28)	-	-	3,1	3,4	3,4	3,6
Espanha	0,4	0,4	0,3	0,6	0,7	0,8
Luxemburgo	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,9
Alemanha	2,2	2,1	1,8	1,7	1,6	1,6
Suécia	2,4	2,0	1,8	1,4	1,4	1,9
Portugal	1,1	3,3	2,0	1,4	3,3	3
Irlanda	1,8	2,0	2,1	2,2	3,4	3,3
Grécia	5,4	5,5	5,5	7,5	8	9

Fonte: Eurostat 2015

Tabela 5: Autoapreciação de necessidades não atendidas de exame médico

consumidores de cuidados. Também as capacidades de procurar e de se envolver estão relacionadas com a literacia e como tal sujeitas às mesmas limitações. Isso mesmo nos é confirmado pelo mais recente estudo desenvolvido em oito países europeus (Áustria, Bulgária, Alemanha, Grécia, Irlanda, Holanda, Polónia e Espanha ($n = 1000$ por país, $n = 8000$ amostra total) no qual se conclui que pelo menos 1 em cada 10 (12%) dos entrevistados mostrou literacia em saúde insuficiente e quase 1 em 2 (47%) tinha limitada literacia em saúde (insuficiente ou problemática). Conclui-se ainda que os subgrupos de população com privação financeira, baixo status social, baixa escolaridade ou idade avançada, têm maiores proporções de pessoas com limitada literacia em saúde (Sørensen, et al., 2015).

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O acesso aos cuidados de saúde permanece como o modo de concretizar o direito à saúde e assume-se como central em qualquer sistema de saúde, mas principalmente nos que assumem características idênticas ao português, gerais e universais. Neste pressuposto e tendo em consideração a natureza do bem saúde, pareceu-nos adequado adotar um conceito que

assume a inter-relação dinâmica e complexa entre a oferta e a procura dos serviços.

Analisámos alguns dos recursos humanos em saúde, através dos quais constatámos que dispomos de uma média de médicos/1000 habitantes superior à média da OCDE, todavia, estes estão assimetricamente distribuídos pelo território, com clara vantagem para as zonas urbanas em detrimento das rurais. Percebemos ainda que se poderá presumir um aumento considerável no número de médicos, se partirmos do princípio que todos os internos de especialidade permanecerão em Portugal.

Situação diversa é a que ocorre com o número de enfermeiros, com números médios/1000 habitantes claramente inferiores à média da OCDE.

Ao mesmo tempo com uma proporção enfermeiro/médico diferente da maioria dos países, o que constitui uma limitação, na medida em que tal encarece os cuidados, tornando-os menos acessíveis, porque são os enfermeiros que assumem a maioria dos cuidados domiciliários.

Atendendo a que a maioria dos cuidados continuam a ser prestados pelo SNS e as médias da OCDE são realizadas com o total de profissionais inscritos nas ordens profissionais, a nossa análise dedicou uma atenção

especial aos recursos humanos no SNS. E aí constatámos que o número de médicos e enfermeiros/1000 habitantes é bastante inferior às médias da OCDE. Constatámos ainda que, particularmente no caso dos enfermeiros, se assiste a uma redução de recursos agravando ainda mais a distância face aos países de referência. Tal facto, causa-nos grande preocupação uma vez que para além de todas as possíveis tecnologias, são os profissionais o principal recurso de qualquer sistema de saúde.

Relativamente ao acesso aos SU, não são compreensíveis as dificuldades de resposta associadas às vagas de calor e às epidemias de gripe uma vez que não há, respetivamente, verão nem inverno sem esses fenómenos. Para além disso, os dados demonstram-nos uma redução do número de utentes do SU e apesar disso, ainda uma enorme percentagem de pessoas que não apresentam qualquer situação de urgência e que continuam a recorrer a estes serviços.

A diminuição do número de utentes nas urgências não foi acompanhada por um aumento semelhante de consultas nos cuidados de saúde primários, mas antes por um aumento de consultas nos hospitais. Este maior fluxo aos hospitais poderá justificar algum aumento dos TMRG,

no entanto, nenhum dos indicadores contribui garantidamente para um maior e melhor acesso aos cuidados de saúde, uma vez que a proximidade é um fator determinante no acesso, pelo que seria expectável um aumento nos cuidados de saúde primários. Regista-se como positivo, o aumento considerável de cuidados prestados no domicílio.

Para completar o quadro anterior falta referir a redução da disponibilidade de camas nos hospitais públicos e o concomitante aumento nos hospitais privados, a expectável insuficiência de camas na RNCCI, apesar do seu aumento, e a subutilização das ECCI. Podemos estar perante um paradoxo, Portugal é dos países da Europa com um dos mais baixos rácios de camas/1000 habitantes, mas apesar disso têm sido reduzidas as do serviço público. Têm-se aumentado ligeiramente as camas da RNCCI, não se constatando qualquer relação entre estes dois processos. Apesar do aumento das camas na RNCCI, as mesmas são insuficientes. Apesar disso um recurso muito mais barato e acessível – as ECCI – estão subutilizadas.

Relativamente às despesas de saúde em função do tipo prestador, constata-se a sua redução num país em que essa despesa já é das mais baixas, todavia o dado mais relevante

é a ínfima parcela de despesa de saúde com os prestadores associados aos cuidados de saúde mental, num país com a mais elevada prevalência de doença mental do mundo.

O quadro de análise do acesso aos cuidados de saúde completa-se com os dados relativos às condições socioeconómicas da população, às despesas *out-of-pocket* e às necessidades de saúde não satisfeitas. Sobre as primeiras, face aos dados disponíveis oriundos das mais diversas fontes, fica demonstrada a existência de vastos grupos populacionais a serem sujeitos a condições socioeconómicas que põem em causa as necessidades essenciais. Em circunstâncias que tais o SNS pode e deve contribuir para atenuar essas dificuldades. Face aos dados apresentados, temos dúvidas que tal função esteja a ser totalmente assumida. De facto e para além de um aumento de consultas nas estruturas mais distantes e uma diminuição da disponibilidade de camas, devemos considerar ainda o aumento das despesas *out-of-pocket* e um aumento das necessidades auto referidas não satisfeitas.

Pode assim concluir-se, por um lado, que a crise que temos atravessado tem interferido no acesso aos cuidados de saúde, quer consideremos as dimensões

associadas à oferta quer as associadas à procura e por outro, que é essencial preservar o acesso aos referidos cuidados como forma de contribuir para a ultrapassagem da crise.

Por este conjunto de razões a Comissão Europeia (2014) redigiu um documento intitulado “*On effective, accessible and resilient health systems*”, através do qual emana orientações no sentido de reforçar a eficácia dos sistemas de saúde, aumentar o acesso aos cuidados de saúde e melhorar a sua resiliência. De entre essas orientações destacamos as relativas ao acesso:

- Desenvolver esforços de planeamento relativos às necessidades e qualificações dos profissionais de saúde, com vista a desenvolver soluções sustentáveis para garantir um número suficiente de profissionais, adequadamente treinados e com as competências adequadas para prestar cuidados a todos que deles necessitem.
- Relativamente à utilização custo-efetiva dos medicamentos, os Estados deverão continuar a refletir sobre a forma de conciliar os objectivos de política de garantir cuidados de saúde acessíveis para todos os cidadãos da EU com a necessidade de contenção de custos.

- Optimização da aplicação da Diretiva 2011/2012¹ relativa aos cuidados de saúde transfronteiriços, a qual amplia a escolha dos doentes em cuidados de saúde e os ajuda a evitar atrasos indevidos em receber os tratamentos de que necessitam.

Mas também o governo português, através de um dos seus mais importantes instrumentos de política de saúde (p.ex. Plano Nacional de Saúde), se refere ao acesso num capítulo designado **“Equidade e acesso aos cuidados de saúde”**, onde se identificam estratégias e recursos para a sua promoção, definindo orientações e evidências.

Analisando qualquer dos documentos referidos e que se constituem como instrumentos políticos da máxima relevância, diríamos que se torna desnecessária qualquer recomendação adicional. Porém, se isso é verdade, também o é que tal só agudiza o paradoxo entre os documentos orientadores e a realidade.

Por outro lado, e independentemente da crise financeira e económica que temos vindo a atravessar, entendemos ser necessário reequacionar o acesso tendo em consideração a transição demográfica e epidemiológica. Estas por si só e principalmente

num país como Portugal exigem uma nova abordagem. Em Portugal, ao conjugar a transição demográfica e epidemiológica, obtém-se um cenário no qual a percentagem de idosos é elevada (19% do total da população portuguesa), sendo que esta população concentra uma maior prevalência de doenças crónicas, muito menor literacia geral e específica (de saúde), maior vulnerabilidade social, com fragilização das redes relacionais, e financeira com incremento do risco de pobreza. Esta conjugação de fatores em si mesmos contribuem para condicionar o acesso aos serviços de saúde. Esta situação é particularmente grave uma vez que se verifica num dos momentos do ciclo de vida em que a mesma é mais sensível.

Todavia existe uma outra dimensão com potencial para condicionar o acesso e que, como tal, precisa ser refletido. Essa outra dimensão resulta da conjugação da coocorrência de múltiplas doenças crónicas na mesma pessoa, com a forma como esse processo é gerido pelos profissionais e pelos serviços de saúde. De acordo com a OCDE (2011), pessoas com múltiplas doenças crónicas representam mais de 50% da carga de doenças, na maioria dos países da OCDE. Para além do reconhecimento do peso que a supracitada coocorrência representa, importa

1 <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:EN:PDF>

reconhecer ao mesmo tempo que isso resulta não só da condição de saúde em si mesma, mas também da forma como a mesma é gerida, ou seja, reconhecer que os sistemas de saúde ainda não fizeram a transição de paradigma de cuidados que é imposta pela transição demográfica e epidemiológica.

O problema da coocorrência de múltiplas doenças crónicas é reconhecido desde há alguns anos uma vez que já em 2006 o *Medical Expenditure Panel Survey* afirmava que quase três em cada quatro pessoas com idade superior a 65 anos têm múltiplas doenças crónicas (*Medical Expenditure Panel Survey*, 2006). Mais tarde Vogeli et al. (2007), reconheciam o peso crescente das doenças crónicas nos Estados Unidos e concomitantemente, reconheciam que pouco se sabe sobre *clusters* de doenças crónicas, bem como as ramificações resultantes das combinações específicas de doenças crónicas.

Já num nível diferente de consciência do problema Valderas et al. (2009), reconhecem que a comorbilidade está associada a piores resultados de saúde, gestão clínica mais complexa e aumento dos custos de cuidados de saúde. Todavia e apesar disso, não há acordo sobre o significado do termo, e concepções relacionadas, tais como multimorbilidade, carga de morbilidade e da complexidade do doente.

Fica assim claro que o acesso aos cuidados de saúde precisa de ser colocado na ordem do dia não só pelas razões associadas à conjuntura que temos vindo a atravessar, mas também por razões estruturais associadas à transição epidemiológica e demográfica.

3. “ACESSO AO MEDICAMENTO POR PARTE DO CIDADÃO” NO ANO PÓS-TROIKA

Sendo 2015 o primeiro ano sem intervenção da Troika, julgámos oportuno efetuar uma revisão bibliográfica das publicações que se referiam ao impacto da crise económica na saúde em particular no sector farmacêutico. Constatamos que a maioria das publicações é internacional e que

as publicações de académicos ou investigadores Portugueses são diminutas, reportando-se essencialmente a comentários interpretativos. As próprias autoridades de saúde não se preocuparam significativamente em apresentar qualquer monitorização dos efeitos da crise na saúde.

Esta pesquisa confirmou a afirmação já efetuada no relatório de 2014 de que Portugal foi o país que adotou na área da saúde o maior número de medidas de contenção de custos, muitas delas relacionadas com o sector farmacêutico.

Confirmou-se também em 2014, uma tendência para a baixa de preços dos medicamentos, menos acentuada que em anos anteriores, mas realizada em grande medida à custa dos medicamentos genéricos. Verificou-se ainda o aumento do número de embalagens consumidas.

Foram registadas algumas questões de acessibilidade ao medicamento em 2014, na fase inicial de investigação clínica (menor número de ensaios em Portugal), no atraso do financiamento relativamente a outros países europeus e no agravamento das dificuldades de abastecimento do circuito de distribuição, quer por dificuldades acrescidas no funcionamento das farmácias, quer pela dificuldade de controlar as exportações paralelas consequentes dos baixos preços de alguns medicamentos em Portugal.

As dificuldades referidas no acesso foram consequência do agravamento da crise no sector das farmácias com cerca de 60% das farmácias com fornecimentos suspensos

em pelo menos um fornecedor e aumento muito significativo do número de farmácias com processos de insolvência e penhoras.

O acordo assinado entre o Ministério da Saúde e a Associação Nacional das Farmácias (ANF) em 2014, com vista à maior intervenção das farmácias em programas de saúde pública e ao seu contributo para o incremento da dispensa e poupança com medicamentos genéricos, tarda em ser implementado. A literatura internacional relata que acordos semelhantes efetuados noutros países, com o objetivo de melhorar a eficiência e resultados do sistema de saúde têm tido resultados positivos.

O peso da despesa do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com medicamentos no PIB decresceu para 0,7% e a despesa com medicamentos no orçamento do SNS atingiu nesse ano 13,4% (17,7% em 2010).

IMPACTO DA CRISE NO SECTOR FARMACÊUTICO E NO ACESSO AO MEDICAMENTO EM PORTUGAL – UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Com o objetivo de avaliar a literatura publicada internacionalmente sobre os efeitos diretos e indiretos da crise económica e financeira sobre a saúde

dos Portugueses, dando particular atenção às medidas centradas no sector farmacêutico, realizou-se uma pesquisa bibliográfica nos motores de busca Pubmed/Medline e Scopus a 8 de março de 2015, utilizando a expressão de pesquisa que consta no anexo 2. Obtiveram-se 85 resultados, os quais foram analisados, selecionados com base nos resumos e conteúdos, e complementados com pesquisa secundária.

Resultados:

Em primeiro lugar, é de referir a existência de diversos artigos científicos sobre o impacto da crise sobre a saúde provenientes de Espanha, Itália, Grécia e Irlanda, e a escassez de literatura resultante de monitorização direta realizada em Portugal.

Nos quatro primeiros países, tanto autoridades como academia monitorizaram e publicaram os dados resultantes dessa monitorização. Em Portugal, os artigos encontrados foram essencialmente comentários interpretativos de alguns indicadores de saúde (Augusto, 2014; Marques, 2014), ou artigos de análises que envolveram diversos países, entre os quais Portugal.

Obviamente que houve produção e análise por parte de organizações académicas, sociais e políticas, que

tinham outros destinatários que não os jornais científicos citados nos motores de busca internacionais. No entanto, a não publicação nestas bases de dados revela a baixa capacidade nacional de publicação nesta e outras áreas.

De acordo com McKee M *et al*, as políticas adotadas na área da saúde pelos diferentes países, em resposta à crise financeira, assentaram em medidas de austeridade (restrições financeiras) ou de investimento (aumento do investimento). Os países, como é exemplo os Estados Unidos da América, que optaram por investir, estão agora em fase de crescimento. Em contrapartida, os países europeus que implementaram medidas rigorosas de austeridade, nomeadamente, Irlanda, Grécia, Portugal e Espanha, encontram-se ainda longe da recuperação económica (McKee, 2012).

As consequências da austeridade na saúde, particularmente na mortalidade, têm sido alvo de recente interesse visto haver um desfasamento conhecido entre as crises e as suas repercussões na saúde, começando apenas agora a evidenciar-se um aumento dos suicídios, por exemplo. Em relação à morbilidade, são as doenças infecciosas, e as doenças mentais, nomeadamente a depressão, inclusivamente sobre

as crianças e adolescentes, as mais frequentemente alvo de atenção (Augusto, 2014; Marques, 2014; McKee, 2012; Mota, 2014; Duarte, 2015). Este grupo etário foi igualmente relatado como tendo sido alvo de uma redução significativa no número de implantes auditivos entre 2011 e 2012, intervenção até à data com valores crescentes, sugerindo que a população mais vulnerável poderá estar a ser das mais penalizadas pelas medidas de contenção de custos.

Portugal neste ponto não é exceção, tendo-se registado um aumento nas mortes em idosos de 10% em 2012, as quais foram atribuídas ao aumento da atividade gripal e ao frio inesperado (Mazick, 2012). No entanto, esta situação poderá repetir-se nos anos vindouros ou até mesmo agravar-se já que se estima que cerca de 40% dos idosos não conseguem manter as suas habitações devidamente aquecidas (WHO, 2012). De facto, o excesso de mortalidade associada à gripe e ao frio na população acima dos 65 anos de idade tem sido observado em Portugal e outros países europeus entre 2011 e 2012. Contudo, o excesso de mortalidade no grupo etário 15-64 anos apenas ocorreu em Portugal e Espanha (Perelman, 2015).

Entre os países que adotaram políticas de austeridade fiscal mais estritas encontram-se a Grécia, a Espanha e Portugal, e no espectro oposto a Islândia (Karanikolos, 2013). Os primeiros países referidos são descritos como tendo economias que continuam a retroceder, com aumento das doenças infecciosas e com decrescente acessibilidade aos cuidados de saúde, ao passo que na Islândia se denotam poucos efeitos na saúde (Karanikolos, 2013).

Quanto ao impacto da crise nos cuidados de saúde, nomeadamente no campo farmacêutico, devem ser referidas algumas das medidas instituídas pelos países que adotaram medidas de austeridade:

- Na Grécia houve uma diminuição na comparticipação dos medicamentos, o que conduziu a uma menor acessibilidade ao medicamento por parte da população. Em Portugal, até 2011, não houve uma redução direta da comparticipação, mas foram alteradas algumas medidas regulamentares que indiretamente conduziram à redução da comparticipação, a par com a alteração das margens de comercialização dos medicamentos, que tiveram a mesma consequência final: diminuição da acessibilidade ao medicamento, neste caso por falhas no abastecimento (Vogler, 2011).

- Em Portugal, a maior alteração referida pela literatura prende-se com o aumento das taxas moderadoras (Augusto, 2012; Barros, 2012) e consequentes efeitos negativos na procura dos cuidados de saúde, os quais ainda não se encontram devidamente documentados. Acrescenta-se que um dos efeitos indiretos relacionado com a qualidade dos cuidados de saúde procurados pela população diz respeito ao aceleração da reestruturação do sector hospitalar, em que se verificou uma redução dos salários dos profissionais de saúde, a qual poderá ter igualmente impacto negativo sobre a qualidade dos cuidados prestados (Karanikolos, 2013; Augusto, 2012).

- Em Itália, as medidas de contenção de custos, focaram-se igualmente na utilização dos recursos de saúde, nomeadamente as que conduzem à redução do número de camas, admissões hospitalares e duração do internamento hospitalar. Adicionalmente, tal como em Portugal, houve alteração nas taxas moderadoras, se bem que com um racional diferente (Vogler, 2011). Para além disso, houve ainda um decréscimo médio no preço dos medicamentos genéricos de 12,5%.

Vogler *et al* relatam os resultados de um inquérito realizado em 2010 e 2011 em 23 países europeus,

incluindo Portugal, relativo às principais políticas aplicadas ao sector do medicamento durante a crise financeira (Vogler, 2011). Da análise das 89 medidas identificadas, as mais frequentes foram: a redução dos preços dos medicamentos de marca e genéricos (dedução de 6% no preço dos medicamentos comparticipáveis em Portugal), as alterações nas comparticipações, o aumento do IVA e a redução das margens de distribuição. Em Portugal todas estas medidas foram adotadas. Adicionalmente, Portugal foi um dos 5 países referidos como aquele que mais medidas de contenção de custos implementou.

Outras medidas referidas por Vogler *et al*, igualmente presentes em Portugal, foram a passagem de medicamentos sujeitos a receita médica a não sujeitos a receita médica, com a transferência dos custos do Estado para o doente, bem como a promoção de medicamentos genéricos, através da prescrição obrigatória por DCI, e alterações à metodologia de cálculo do preço de referência (Vogler, 2011).

Leopold *et al* (2014) analisaram os efeitos das medidas de contenção de custos aplicadas em Portugal entre 2010 e 2011 sobre o consumo de antipsicóticos, os quais se centraram numa campanha de promoção de genéricos, na dedução de 6%

no preço máximo de retalho e na revogação das portarias referentes a esta classe farmacoterapêutica (Leopold, 2014). As 3 medidas ocorreram em Outubro de 2010, sendo que a última consistiu no aumento da comparticipação dos antipsicóticos de 37% para 90%. No entanto, visto que em simultâneo foi eliminada a portaria que previa a comparticipação destes medicamentos a 100% para indicações específicas listadas na legislação, o efeito desta medida resultou num aumento dos encargos para o doente.

Os autores sugerem que o efeito observado foi um decréscimo no consumo, ainda que ligeiro, mas que poderá ter resultado entre 6 e 97 tratamentos a menos por cada 100 000 doentes por mês. Os autores discutem ainda o facto de os antipsicóticos serem medicamentos essenciais, argumentando que a falta destes tratamentos poderão ter ocorrido em doentes com patologias graves e com um poder económico reduzido, condicionando assim a equidade e a acessibilidade. No entanto, deve referir-se que esta diminuição de consumo não se verificou em todos os medicamentos com ação no sistema nervoso central, tendo-se assistido desde 2011 a um aumento do consumo de antidepressores, ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (OPSS, 2014; Sakellarides, 2014).

Leopold *et al* referem ainda um trabalho de Soumerai (1994), em que foi demonstrado que as medidas de contenção de custos que implicam redução na comparticipação dos medicamentos têm um efeito positivo nos encargos para o SNS a curto prazo, podendo, no entanto, aumentar os encargos por outra via a longo prazo, visto conduzirem a uma maior procura dos serviços de saúde mental, questionando desta forma as medidas que afetam os doentes mais vulneráveis (Perelman, 2015). Em Portugal, este aspeto é particularmente preocupante, visto que pouco depois da adoção das referidas medidas houve também um aumento das taxas moderadoras (Mota, 2015). Este aumento dos encargos a longo prazo pode não se verificar, mas pode refletir-se na diminuição da acessibilidade aos serviços de saúde com inevitáveis consequências na saúde dos Portugueses em geral.

De acordo com Barros (2012), a alteração nas taxas moderadoras tem duas características principais. Por um lado, um aumento significativo do valor (Vogler, 2011); por outro lado, um aumento da proporção da população abrangida pela isenção de taxas, direcionada para os cidadãos de baixos recursos económicos. Desta forma, se a primeira medida pode ter efeitos negativos na acessibilidade aos cuidados de

saúde, a segunda terá a direção oposta, não sendo ainda claro qual será o efeito final (Mota, 2015). Ainda assim, é de referir que se estima que cerca de 15% da população Portuguesa não tem médico de família, tendo obrigatoriamente de recorrer às urgências (Vogler, 2011). No que respeita às alterações da população abrangida pelo regime de isenção, estima-se que em 2012 mais de 65 000 famílias perderam a elegibilidade para os benefícios de cuidados infantis (Barros, 2012). Por último, é importante referir que de acordo com o Ministro da Saúde, as reformas levadas a cabo em Portugal tinham como objetivo reduzir custos, assegurando que tal **“não poderia ser feito à custa de um decréscimo da qualidade dos serviços”** (Vogler, 2011). No entanto, um estudo recente indica que desde o início da crise houve uma redução da duração de 2,8% nos internamentos hospitalares, o qual segundo os autores poderá significar ou um aumento da eficiência ou uma diminuição da qualidade, e consequente deterioração do estado de saúde (Perelman, 2015).

Discussão

Muitas das medidas de contenção de custos aplicadas ao sector do medicamento foram anunciadas como tendo o objetivo de reduzir o encargo para o doente e aumentar a equidade. No entanto, de acordo com Vogler

et al, é necessário proceder a uma investigação precisa sobre o impacto destas medidas na acessibilidade aos medicamentos, visto que as medidas que afetam a indústria farmacêutica e a cadeia de distribuição (grossistas e farmácias) poderão ter resultados nefastos na acessibilidade, sobretudo em mercados pequenos como o Europeu (Vogler, 2011).

Esta mesma opinião é corroborada por Sakellarides, que reafirma que uma das omissões mais significativas do Programa de Entendimento com a Troika, foi a falta de monitorização e avaliação de impacto da crise e das medidas de austeridade adotadas na saúde e nos cuidados de saúde portugueses (Sakellarides, 2014).

ACESSO À INOVAÇÃO TERAPÊUTICA

O valor da inovação terapêutica resulta do seu contributo para a sociedade, nomeadamente pela redução na mortalidade e pelo consequente aumento da esperança e da qualidade de vida, levando ainda à redução de futuros custos com a doença, de taxas de absentismo e ao aumento de produtividade.

O acesso por parte do cidadão a moléculas inovadoras pode fazer-se em duas fases do circuito do medicamento: ou antes da sua

introdução no mercado, na fase dos ensaios clínicos (acesso precoce), ou após a sua introdução no mercado.

Tanto numa fase como noutra existem barreiras que dificultam e retardam este acesso em Portugal, e que é premente eliminar.

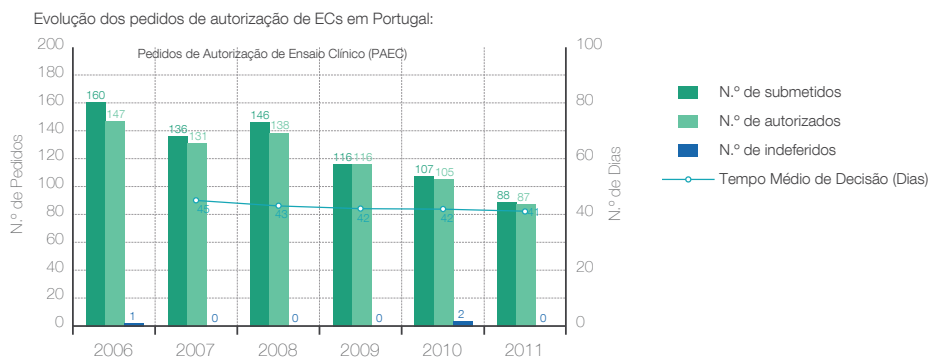
Acesso precoce a medicamentos inovadores via ensaios clínicos

O acesso precoce a medicamentos ainda em fase de ensaios clínicos é particularmente relevante no caso de patologias relativamente às quais os tratamentos existentes são menos

satisfatórios em termos de eficácia, de segurança ou até de manutenção da qualidade de vida.

Já o INFARMED em 2012 reconhecia que *“a realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano, a nível nacional, tem vindo a decrescer de forma significativa”*, facto que constituía um grave problema e que urgia resolver como se vê na figura 1.

O relatório da empresa PwC, publicado em 2013, que apresenta os resultados do *Estudo sobre Ensaios Clínicos em Portugal*, realizado por



Fonte: INFARMED

Figura 1: Evolução dos pedidos de autorização de ensaios clínicos em Portugal (INFARMED, 2012)

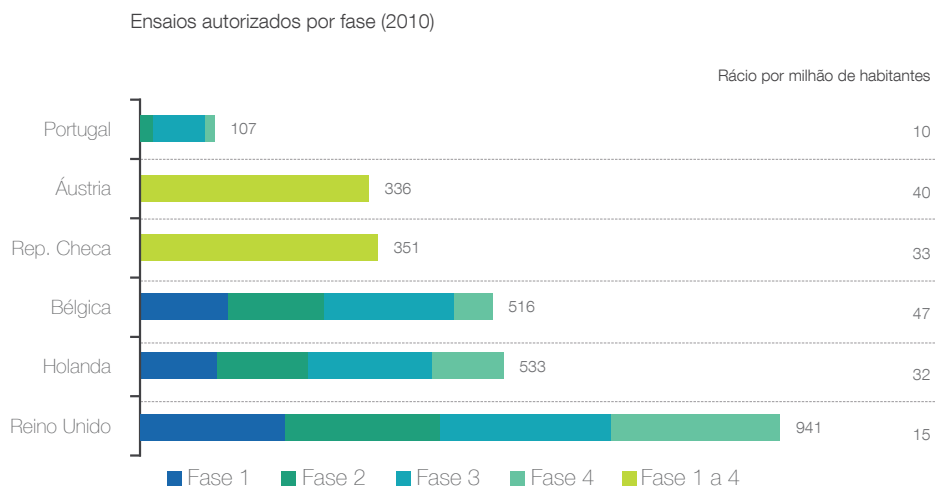
solicitação da Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica (APIFARMA), reafirma que a taxa de ensaios clínicos por milhão de habitantes em Portugal, se encontra entre as mais baixas da Europa Ocidental (PWC, 2013).

De acordo com esse mesmo relatório, e ainda mais grave, o número de novos doentes recrutados tem vindo a diminuir, tendo atingido o seu mínimo no ano de 2012.

Não podemos aqui deixar de referir que a área de atividade dos ensaios clínicos é uma área que, por si só, atrai investimento e cria emprego.

No entanto, também é claro que a complexidade e a morosidade do processo de aprovação de um ensaio clínico em Portugal é uma das barreiras e fatores de perda de competitividade face a outros países.

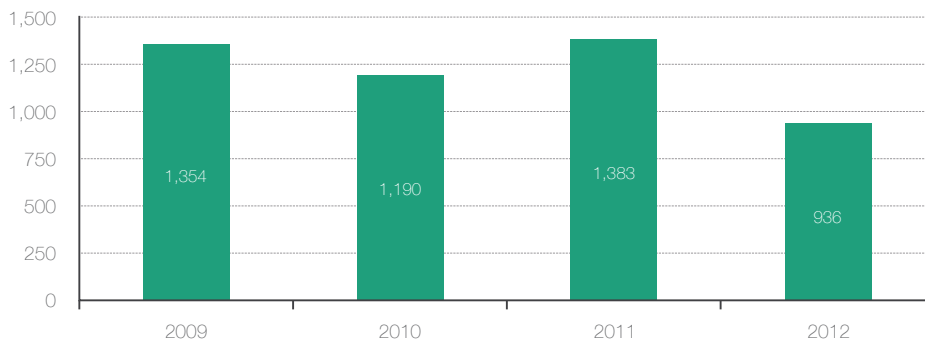
O estudo realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública durante o ano de 2013 intitulado “Pensar a Saúde - Promover e Disponibilizar a Inovação aos Cidadãos”, com continuidade em 2014, onde se deu mais enfoque ao acesso aos medicamentos inovadores da área oncológica, teve como principais



Fonte: Relatório PwC

Figura 2: Ensaio clínicos autorizados em Portugal, por fases (2010)

Novos doentes recrutados em Portugal (#)



Fonte: Relatório PwC

Figura 3: Número de novos doentes recrutados em Portugal (2009 a 2012)

objetivos a discussão de como garantir e potenciar o acesso do cidadão à inovação terapêutica disponível, a identificação das principais limitações no acesso aos medicamentos inovadores, nomeadamente os oncológicos, e o estudo de alternativas que possam servir para ultrapassar essas limitações, através da definição de estratégias de ação.

Relativamente aos ensaios clínicos, este estudo não pode deixar de referir que:

“As barreiras administrativas na aprovação e na implementação dos ensaios clínicos constituem outra das limitações apontadas pelos peritos no acesso à inovação terapêutica. O processo de aprovação implica a submissão de um pedido de ensaio

às seguintes entidades: INFARMED (autorização da realização do ensaio clínico); CEIC (emissão do parecer para a realização do ensaio clínico); CNPD (autorização do tratamento de dados de saúde).” (THINK TANK INOVAR SAÚDE, 2014)

Tendo cada um destes pedidos, as suas exigências e prazos de resposta mais ou menos prolongados, as empresas preferem muitas vezes escolher outros países para realização dos ensaios clínicos.

Este mesmo estudo refere que:

“Neste contexto, também o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 reforça a importância social, política e económica dos ensaios clínicos que se traduzem na melhoria da prestação

de cuidados e no acesso atempado a medicamentos inovadores, bem como no desenvolvimento de metodologias de investigação e na partilha de conhecimento científico.” (THINK TANK INOVAR SAÚDE, 2014)

Assim, e tendo em conta o relatório da PwC acima referido, que estuda de forma aprofundada os casos de sucesso neste domínio (AIBILI, IPO Porto), identificamos como essenciais, para inverter este ciclo negativo, a implementação de algumas medidas determinantes:

- A definição de uma agenda governamental e plano estratégico para o sector na área dos ensaios clínicos;
- A criação de condições que permitam a realização de ensaios clínicos nos centros de saúde;
- A simplificação da legislação vigente, com uma desburocratização do processo de aprovação associada.

Acesso a medicamentos inovadores após obtenção da Autorização de Introdução no Mercado (AIM)

Sendo o medicamento uma das tecnologias de saúde mais custo-efetivas para a sociedade, a avaliação económica dos medicamentos deve ter em conta o seu valor terapêutico acrescentado, incluindo o seu valor social e contribuição para a gestão eficientes

da doença e dos cuidados de saúde, e não constituir-se em si própria como uma medida de contenção de custo ou como forma de atrasar o acesso aos tratamentos inovadores.

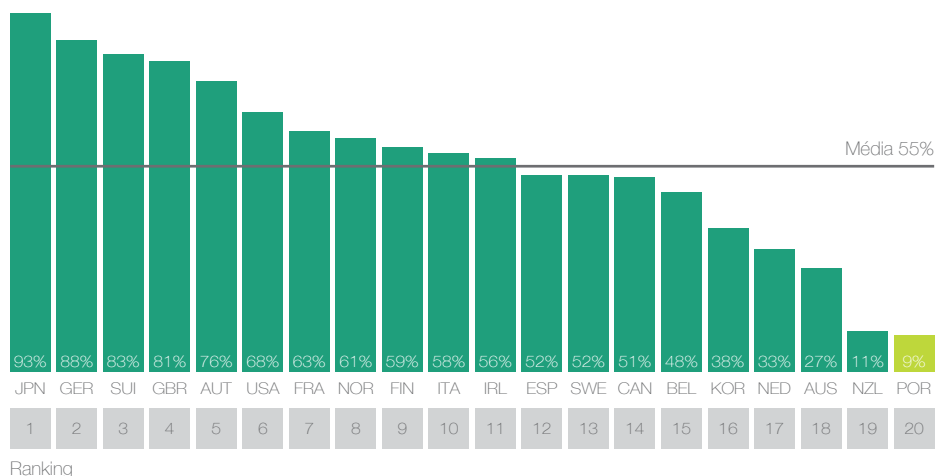
Portugal é dos países europeus onde os medicamentos inovadores levam mais tempo a aprovar. E o fenómeno já não é recente: entre 2006 e 2008, os doentes Portugueses tiveram acesso a apenas 51% dos novos medicamentos aprovados na Europa, segundo dados da Federação Europeia de Associações da Indústria Farmacêutica (EFPIA).

Obviamente que num período de restrições orçamentais o cenário não melhorou. O estudo **COMPARE – Comparison of Access and Reimbursement Environments** encomendado pela Medicines Austrália e realizado pela consultora IMS, comparou as diferenças no acesso e na comparticipação de terapias inovadoras entre 20 países da OCDE, com valores nominais e **per capita** do produto interno bruto (PIB) comparáveis. A consultora analisou 247 novos medicamentos registados pela primeira vez nos 20 países selecionados entre 1 de Janeiro de 2009 e 30 de Novembro de 2014, procurando determinar quais os que haviam sido aprovados e comparticipados pelos respetivos governos, fixando depois um **ranking**

de acessibilidade, no qual Portugal ocupa a 20.^a posição.

De acordo com este estudo, em Portugal, apenas 16% dos produtos analisados tinham obtido comparticipação do Estado. O desfasamento entre o nosso país e os demais considerados é ainda mais acentuado quanto o que é avaliado são as terapias inovadoras: apenas 9% destes medicamentos submetidos a AIM e pedido de comparticipação entre 2009 e 2014 estavam disponíveis, colocando Portugal na última posição em termos de acessibilidade a este tipo de medicamentos.

Os Portugueses esperam, em média, mais de um ano e meio para poderem aceder a novos medicamentos comparticipados pelo Estado. No que toca aos medicamentos selecionados para o estudo que inauguram novas classes terapêuticas, oferecendo mecanismos de ação únicos, dos 46 registados em Portugal entre 2009 e 2014, apenas um obteve comparticipação do Estado.



Fonte: IMS – Estudo COMPARE, 2015

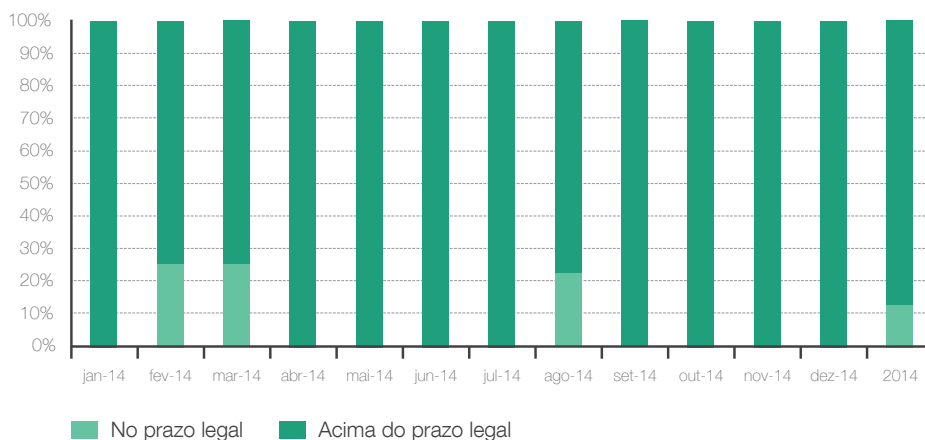
Figura 4: Proporção de medicamentos de primeira linha comparticipados, de entre os registados em cada país (2009-2014).

Estes dados não surpreendem se olharmos para os indicadores de atividade relativos à avaliação de pedidos de avaliação prévia de medicamentos para utilização hospitalar fornecidos pelo INFARMED relativos ao ano de 2014: verifica-se que a grande maioria dos meses todos os processos de avaliação concluídos excederam o prazo legal (Figura 5).

Tendo em conta que, de acordo com declarações do Presidente do INFARMED, atualmente, *“a grande maioria dos novos medicamentos em avaliação prévia são da área da oncologia, existindo também*

medicamentos para o tratamento do VIH, esclerose múltipla e medicamentos para tratamento de doenças do foro hematológico”, o atraso no acesso a estas terapêuticas pode ser particularmente gravoso.

Sendo certo que é necessário garantir a sustentabilidade do sistema de saúde e em concreto do SNS, compete a todos os *stakeholders* e responsáveis políticos envolvidos no circuito do medicamento, assumir opções estratégicas e consensos que de forma alguma penalizem o acesso dos doentes à inovação terapêutica que traz valor para o doente e para a sociedade em geral.



Fonte: INFARMED, 2014

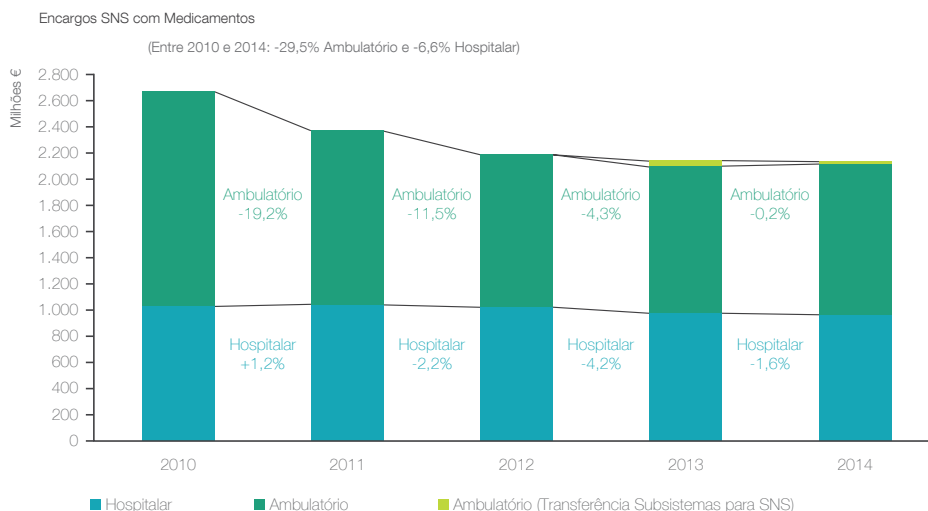
Figura 5: Processo de avaliação prévia para utilização hospitalar concluídos no prazo legal e acima do prazo legal - INFARMED – 2014

A EVOLUÇÃO DA DESPESA EM MEDICAMENTOS EM PORTUGAL

Em Portugal, entre 2010 e 2014 a despesa do SNS com medicamentos foi reduzida em cerca de 540 milhões de euros, sendo que 87,2% deste valor advém da quebra dos encargos em ambulatorio, não obstante o SNS ter passado a suportar (a partir de Abril de 2013) os encargos com medicamentos em ambulatorio dos subsistemas de saúde da ADSE, GNR, PSP e Forças Armadas. Não se considerando o valor da transferência dos subsistemas, a despesa do SNS foi reduzida em 553 milhões de euros,

conforme se pode ver na Figura 6 (-29,5% no mercado ambulatorio versus -6,6% no mercado hospitalar, para o mesmo período).

A esta redução poderá eventualmente não ser alheio o acordo de cooperação assinado em julho de 2014 entre a APIFARMA, o Ministério da Saúde e o Ministério das Finanças, destinado a contribuir para a sustentabilidade do SNS e garantir o acesso ao medicamento. No âmbito desse acordo, a indústria farmacêutica aceitou colaborar numa redução da despesa pública com medicamentos no ano de 2014 mediante uma contribuição no valor de 160 milhões de euros.



Fonte: INFARMED, 2010-2014 (elaboração própria)

Figura 6: Evolução dos encargos do SNS com medicamentos no mercado ambulatorio vs. hospitalar (2010-2014)

De acordo com os dados publicados pelo INFARMED em 2015 (Estatística do Medicamento 2013), o peso da despesa do SNS com medicamentos no PIB decresceu de 0,95% em 2010 para 0,70% em 2013 e a despesa com medicamentos no orçamento do SNS diminuiu de 17,7% para 13,4% no mesmo período.

A elevada redução de encargos do SNS com medicamentos resultou de um conjunto de medidas que afetaram fortemente o mercado ambulatorio ao longo dos últimos anos, com sucessivas reduções de preços, nomeadamente através da redução das margens máximas da distribuição (grossistas e farmácias), a redução da própria comparticipação e o crescimento do mercado de genéricos.

Apesar do elevado decréscimo nos encargos do SNS no mercado ambulatorio (-28,7%, mesmo considerando a transferência dos subsistemas para o SNS), juntamente com o valor em PVP (-20,2%), no período de 2010 a 2014, o volume de embalagens aumentou 9,4% (INFARMED, 2014).

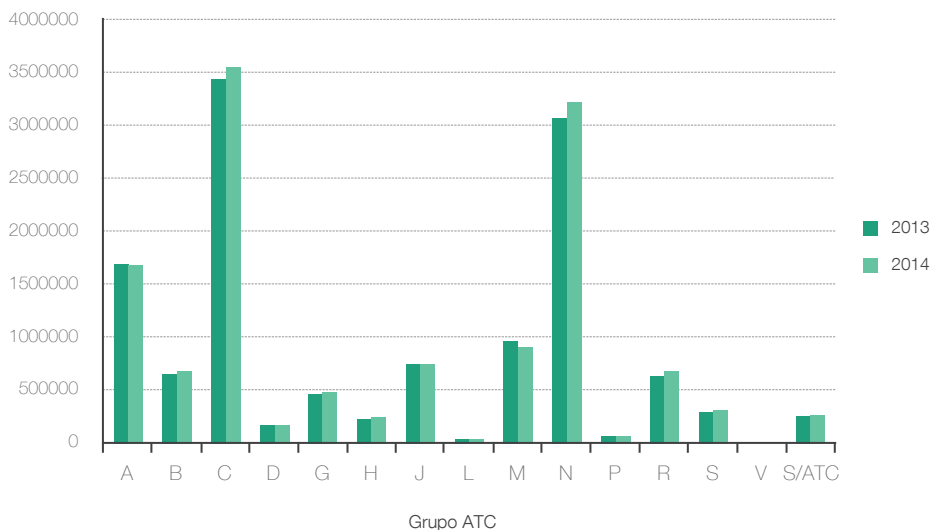
De acordo com os dados cedidos pela ACSS, o aumento do número de embalagens dispensadas entre 2013 e 2014 (figura 7) verificou-se sobretudo nos seguintes grupos ATC:

C – Sistema cardiovascular,
G – Aparelho geniturinário e hormonas sexuais, N – Sistema Nervoso e
R – Sistema Respiratório.

Quando analisamos o valor médio mensal de dispensa de medicamentos de acordo com a mesma fonte no âmbito do SNS (figura 8), verificamos que esse aumento ocorreu sobretudo nos grupos A – Aparelho digestivo e metabólico (onde se incluem os medicamentos para a diabetes), B – Sangue e órgãos hematopoiéticos e N – Sistema Nervoso, tendo no entanto diminuído no C – sistema cardiovascular e no R – Sistema respiratório. É de realçar que no caso do grupo N – Sistema Nervoso, os números aumentaram, tanto em número de embalagens dispensadas, como em valor médio mensal, de 2013 para 2014.

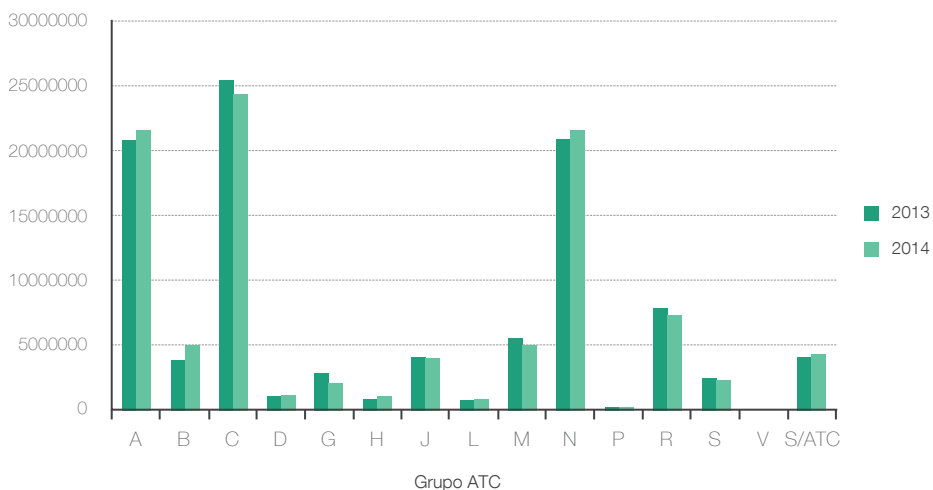
De uma forma global, o preço médio dos medicamentos comparticipados pelo SNS, no mercado ambulatorio, entre 2010 e 2014, foi reduzido em 4,53€ por embalagem (Figura 9), correspondendo a um total de -27%.

Apenas em 2014, o volume de embalagens dispensadas cresceu 2,6% comparativamente com o ano anterior (Tabela 1). No entanto, o preço médio por embalagem comparticipada e dispensada na farmácia comunitária continuou a



Fonte: ACSS, 2015 (elaboração própria)

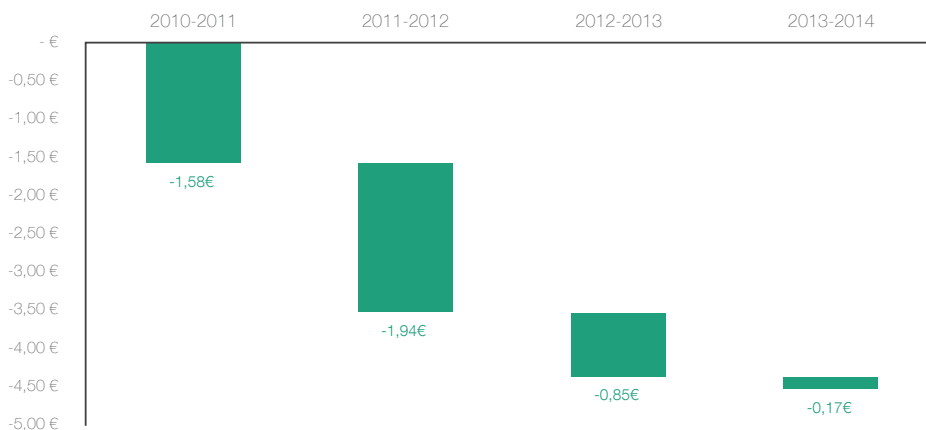
Figura 7: Número médio mensal de embalagens dispensadas de medicamentos por grupo ATC em 2013 e 2014 (SNS)



Fonte: ACSS, 2015 (elaboração própria)

Figura 8: Valor médio mensal da dispensa de medicamentos por grupo ATC em 2013 e 2014 (SNS).

Redução do preço médio dos medicamentos
(Entre 2010 e 2014: -27,0%; -4,53€ em ambulatório)



Fonte: INFARMED, 2010-2014 (elaboração própria)

Figura 9: Redução anual do preço médio dos medicamentos comparticipados pelo SNS no mercado ambulatório (2010-2014)

Região	Volume SNS		Preço Médio SNS		Encargo Médio SNS	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Norte	46.891.062	48.382.055	12,00	11,80	7,61	7,45
Centro	37.446.791	38.281.914	12,49	12,40	7,93	7,84
Lisboa	52.458.307	53.804.750	12,57	12,39	7,74	7,60
Alentejo	7.034.694	7.203.314	12,43	12,24	7,87	7,75
Algarve	5.255.552	5.348.422	13,80	13,61	8,52	8,39
TOTAL	149.086.406	153.020.455	12,41	12,24	7,78	7,65
Diferencial		2,6%		-1,3%		-1,7%

Fonte: INFARMED, 2013-2014 (elaboração própria)

Tabela 1: Evolução do volume, preço médio e encargo médio do SNS com medicamentos no mercado ambulatório por Regiões (2013-2014)

decrecer (-1,3%), menos 0,17€ por embalagem, bem como o encargo médio do SNS (-1,7%).

Em termos da redução de preço dos medicamentos em ambulatório, o impacto foi sobretudo ao nível dos genéricos, com uma redução do índice de preços superior a 55% após 2009 (ANF, 2014). Apesar de terem sido introduzidos objetivos específicos, no Memorando de Entendimento (MdE) (dezembro de 2012), para o crescimento da quota de genéricos do mercado SNS para 2013 (45%) e para 2014 (60%), a quota atual ainda se situa muito aquém do pretendido (quota de genéricos é em volume no mercado total). Várias foram as medidas implementadas para estimular o mercado de genéricos em Portugal nos últimos anos: ao nível de facilitação do processo administrativo; em 2013 maior periodicidade na criação dos Grupos Homogéneos (de trimestral para mensal), para maior rapidez na concorrência do mercado; e possibilidade de serem implementados incentivos à promoção dos genéricos, através de remuneração às farmácias (Decreto-Lei n.º 19/2014, de 5 de Fevereiro e Acordo assinado em Julho de 2014).

Em novembro de 2014 (últimos dados disponibilizados pelo INFARMED), a quota de genéricos em unidades atingiu 46,4% (face aos 60% estabelecidos pela Troika). Aguarda-se, assim, com expectativa a concretização do regime de incentivos à dispensa de medicamentos genéricos, no que concerne à recente legislação publicada (Portaria n.º 18-A/2015, de 2 de Fevereiro) que estabelece remuneração às farmácias pelo contributo da redução da despesa do SNS e utentes através do aumento da quota de genéricos, procurando minimizar a perda de remuneração que daí resulta conforme verificado noutros países.

Nunca é demais reforçar que, mais do que medidas políticas administrativas de sucessivas reduções de preços/custos, cujos efeitos têm um impacto direto, mas apenas imediato na redução da despesa com medicamentos, é crucial prosseguir com a implementação de medidas que promovam a eficiência, apostando no desenvolvimento de políticas de monitorização da qualidade da prescrição, de dispensa e da utilização de medicamentos, visando o uso racional e sustentável do medicamento.

DIFICULDADES ECONÓMICAS DO SECTOR DAS FARMÁCIAS

À semelhança do verificado em anteriores relatórios, a redução na despesa com saúde em Portugal continuou a ser feita, em grande medida, via diminuição da despesa pública com medicamentos (Sakellarides C, et. al, 2014), sobretudo em ambulatório.

Num estudo que analisa os efeitos da recessão económica na política do medicamento em vários países europeus (Leopold et al, 2014), Portugal surge como o país com maior número de medidas implementadas (22) entre 2009 e 2011. As medidas são sobretudo ao nível de alteração e redução nas margens da distribuição e preços dos medicamentos, com efeitos na redução da despesa pública com medicamentos, a curto prazo, sendo referido que as políticas mais efetivas, embora mais demoradas nos efeitos, se situam no âmbito da promoção de alterações na prescrição e nos padrões de utilização de medicamentos.

Por outro lado, estas medidas resultaram num impacto negativo sobretudo para as farmácias e grossistas (particularmente

afetados pela dupla redução na sua remuneração). À redução direta da margem da distribuição com dispensa de medicamentos (Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29/11, alterado pelo Decreto-Lei n.º 19/2014, de 5/02), junta-se o efeito indireto das diminuições sucessivas de preços dos medicamentos, principal fonte de remuneração das farmácias (Martins L., Queirós S., 2015).

Um estudo de 2014, referente à situação económico-financeira das farmácias no ano 2012, mostra um resultado líquido médio negativo (estimado em -3.757€), mais acentuado para as farmácias com menor nível de faturação, mas globalmente refletindo dificuldades transversais em todo o sector (Universidade Aveiro, 2014).

Entre 2011 e 2014, a margem da distribuição com medicamentos foi reduzida em cerca de 322,8 milhões de euros, sendo que o objetivo estabelecido no MdE era de 50 milhões de euros (Figura 10), ou seja, a redução verificada foi 546% superior à definida pela Troika.

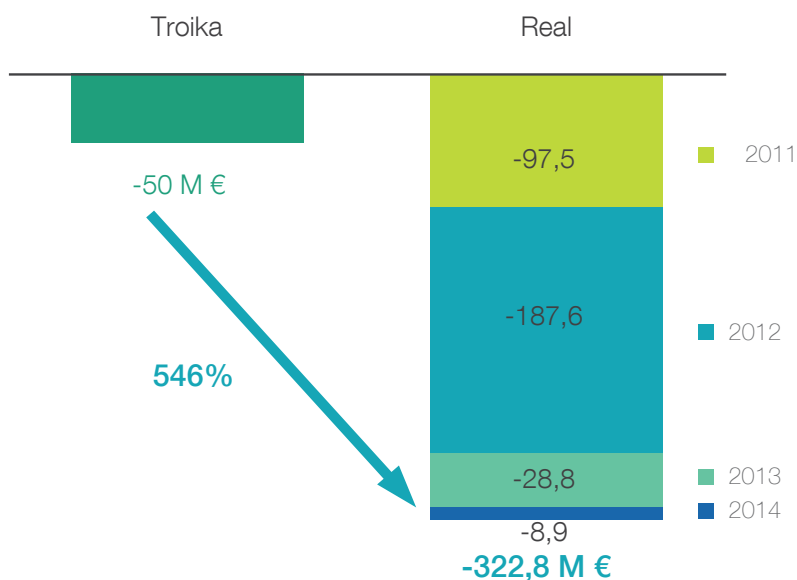
Vários indicadores mostram que o sector da distribuição permanece com graves dificuldades, com destaque para a situação das farmácias, cuja sobrevivência continua em causa, caso se mantenham as premissas do modelo de remuneração.

De acordo com os dados disponibilizados pelo INFARMED, entre 2010 e 2014 encerraram 61 farmácias em Portugal, sendo que apenas reabriram 24 no mesmo período (Figura 11).

Só nos três últimos anos fecharam aproximadamente 20 farmácias por ano (INFARMED, 2015), período que coincide com a implementação de uma série de medidas no âmbito da intervenção externa (Troika e MdE) e que afetaram significativamente o sector, conforme já referido e evidenciado.

Em 2012 foi criado um regime excepcional de funcionamento das farmácias de oficina, lendo-se no preâmbulo do Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de Agosto:

“Tendo em conta que as farmácias são, cada vez mais locais de saúde na primeira linha de acompanhamento, prevenção, deteção, apoio e cuidados em saúde, procura-se também introduzir medidas excepcionais atinentes à viabilidade económica do funcionamento de algumas farmácias, sem descuidar as obrigações nucleares de elevada qualidade na prestação da assistência farmacêutica às populações.”



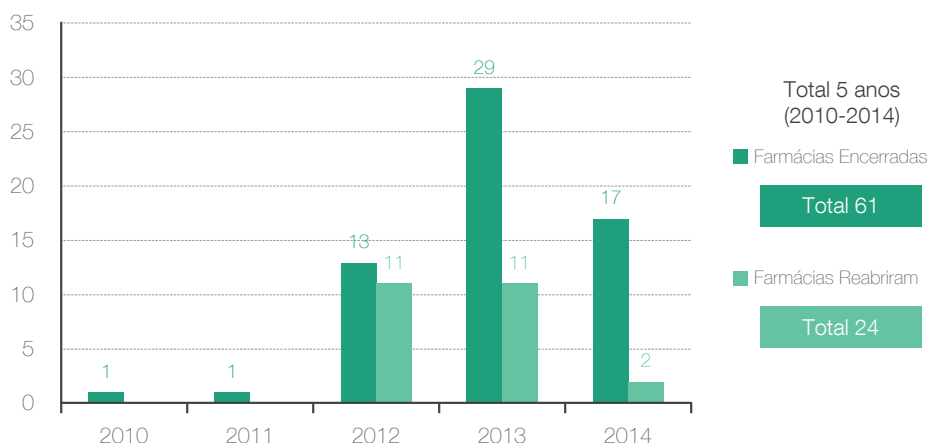
Fonte: ANF/CEFAR, 2014

Figura 10: Redução das Margens do sector da distribuição (2011-2014)

Este diploma prevê (no seu artigo 57.ºA) que as farmácias cujo valor de faturação ao SNS seja igual ou inferior a 60% do valor médio anual por farmácia, podem beneficiar do regime de exceção através de, cumulativamente:

- a) Dispensa da obrigatoriedade do segundo farmacêutico;
- b) Redução de áreas mínimas;
- c) Redução do horário de funcionamento.

De acordo com o INFARMED, 446 farmácias solicitaram o regime excepcional até ao momento. No entanto, existem dúvidas se esta legislação constitui, na prática, uma solução exequível para a viabilidade económica de algumas farmácias, que proporcione a assistência e cobertura farmacêutica da população (até porque, na prática, não será possível reduzir quadro de pessoal, áreas mínimas ou horário, sem que isso constitua, pelo menos numa primeira fase, um aumento de custos e/ou redução de vendas).



Fonte: Adaptado – INFARMED, 2015

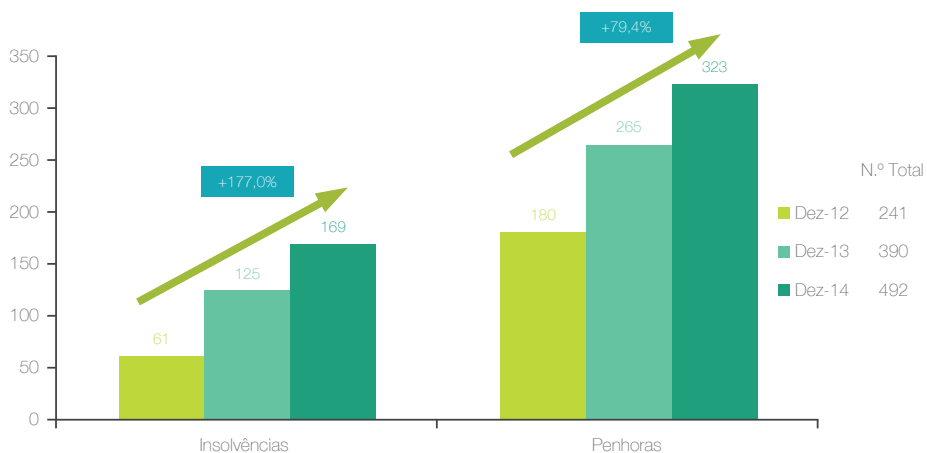
Figura 11: N.º de Farmácias em Portugal que encerraram e reabriram (2010 a 2014)

Adicionalmente, os indicadores relativos às dificuldades económicas não demonstram que esta medida de 2012 tenha contribuído efetivamente para promover a sustentabilidade do sector, dado o contínuo agravamento da situação de crise.

No espaço de dois anos, o sector registou um aumento de 177% no número de farmácias com processos de insolvência (+ 108 farmácias) e um aumento de 79,4% no número de farmácias com penhoras (+ 143 farmácias), mais do que duplicando o número de farmácias: de 241 em dezembro de 2012 para 492

farmácias no final de 2014 (Figura 12). Dados provenientes da base de dados MOPE, base de dados empresarial nacional (cedida pela ANF, 2014), que fornece informação de crédito, de contencioso e económico-financeira.

Em Dezembro de 2014, 16,9% da totalidade das farmácias em Portugal já tinham um processo de insolvência ou penhora (num total de 492 farmácias comunitárias).



Fonte: ANF, 2014 (Base dados MOPE)

Figura 12: N.º de Farmácias em Portugal com processos de Insolvência e/ou Penhora (2012 a 2014)

	Dez-09	Dez-10	Dez-11	Dez-12	Dez-13	Jun-14	Varição 14/13	Varição 14/09
N.º de Farmácias com fornecimentos suspensos	255	450	795	1.593	1.567	1.756	12%	589%
N.º de processos judiciais em curso para regularização de dívidas	121	186	297	621	730	761	4%	529%
N.º de Farmácias com acordos de regularização de dívidas	179	462	561	633	524	469	-10%	327%
Montante global da dívida (processos judiciais e acordos de regularização)	120.775.589 €	166.138.508 €	196.828.006 €	290.235.595 €	306.504.820 €	302.957.984 €	-1%	154%

Fonte: Alliance Healthcare, Botelho & Rodrigues, Cofanor (últimos dados disponíveis Março 14), Coopprofar, OCP, Plural e Udifar, em colaboração com a Groquifar. As empresas que colaboraram no estudo representam mais de 90% do mercado.

Tabela 2: Dados de relacionamento das Farmácias com os Grossistas (2009 – Jun/2014)

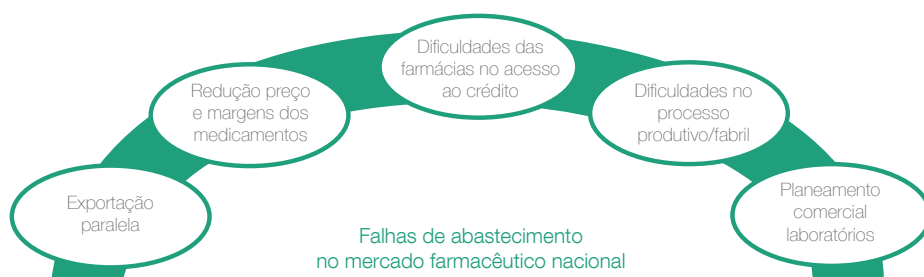
ACESSO AOS MEDICAMENTOS, FALHAS DE MEDICAMENTOS NO MERCADO E EXPORTAÇÃO PARALELA

A exportação de medicamentos é permitida quando é feita pelo distribuidor por grosso, uma vez que ocorre à margem do circuito pré-definido pelo titular da AIM. Este comércio intracomunitário não pode, porém, pôr em causa a obrigação constante na alínea c) do nº 1 do artigo 100º do Decreto-Lei 176/2006, de 30 de Agosto, que define que

o titular de autorização de exercício da atividade de distribuição por grosso de medicamentos deve dispor permanentemente de medicamentos em quantidade e variedade suficientes para garantir o fornecimento adequado e contínuo do mercado geográfico relevante, de forma a garantir a satisfação das necessidades dos doentes.

No entanto, as reduções de preço dos medicamentos em Portugal tornaram mais rentável e apetecível a exportação paralela, sobretudo para países cujos preços são bastante superiores (Deloitte, 2013).

Face à diminuição dos preços dos medicamentos em Portugal e ao aumento da rentabilidade associada à exportação paralela, comprometendo o aprovisionamento normal das farmácias nacionais, introduziu-se a possibilidade do INFARMED, I.P. definir, sob a forma de deliberação, quais os medicamentos cuja exportação dependeria de prévia notificação pelo distribuidor, sendo que nesta constariam os medicamentos cujos problemas de abastecimento teriam sido reportados a esta entidade. Após submissão da notificação, o INFARMED, I.P. poderia decidir, num prazo de 3 dias úteis, pela proibição, parcial ou total, do ato de exportação. A última deliberação referente a esta medida, a Deliberação 55/CD/2014,



Fonte: Deloitte, 2013

Figura 14: Falhas de abastecimento no mercado nacional

de 09 de Maio, originou uma lista com 22 medicamentos, num total de 45 apresentações.

O início da implementação desta medida deu-se em Dezembro de 2013, havendo dados disponíveis até ao final do ano de 2014. Neste período deram entrada 7389 notificações, tendo sido proibidas 79 dessas, relativas aos medicamentos Azilect® (1 notificação), Lyrica® (55 notificações) e Spiriva® (23 notificações), num total de 19859 embalagens cuja exportação não foi permitida pelo INFARMED, I.P.

Durante o ano de 2014 foi reportada ao Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (CEFAR) a falta de 57 194 204 embalagens de medicamentos. Do total de faltas de medicamentos reportadas, 18,1% são representados por apenas 20 medicamentos. Desta fração, 12 dos 20 medicamentos não constam na lista implementada pela Deliberação 55/CD/2014, de 09 de Maio. Este facto assume especial importância em 10 destes 12 medicamentos, para os quais não existem medicamentos genéricos disponíveis no mercado.

Além disso, é de notar que, na Deliberação do INFARMED, I.P. 55/CD/2014, de 09 de Maio não constam quaisquer medicamentos

genéricos, que representam cerca de 16,8% das faltas de medicamentos, perfazendo um total de 9 601 358 de embalagens.

Assim, com o intuito de assegurar, de forma mais eficaz, o abastecimento do mercado Nacional, existe a necessidade de atualizar com maior frequência, a lista de medicamentos cuja exportação exige notificação prévia ao INFARMED, I.P., de modo a incluir os medicamentos que apresentam maiores faltas nas farmácias comunitárias Portuguesas. Por último, torna-se premente atualizar os protocolos de comunicação entre os utentes, profissionais e organizações de saúde e a autoridade competente, para permitir uma melhor gestão das faltas de medicamentos.

No entanto existem mais fatores que contribuem para as falhas de abastecimento, pese embora o denominador comum esteja associado à exagerada pressão negativa sobre o preço do medicamento e suas consequências para a viabilidade e sustentabilidade das farmácias e para o desinteresse de produção e comercialização pela indústria farmacêutica de alguns medicamentos mais baratos.

Dois estudos de 2012 e 2013 (Deloitte) mostraram a existência de faltas de medicamentos no

mercado Nacional, com reporte de indisponibilidade de medicamentos na farmácia por parte de cerca de 46% dos doentes inquiridos, sendo que as falhas se concentram em grupos terapêuticos relevantes, nomeadamente destinados a doentes crónicos (doenças endócrinas, foro cardiovascular ou respiratório).

Durante o ano 2014, o número médio de embalagens em falta foi 4,7 milhões por mês, reportadas por 2262 Farmácias (mais de 75% do total de farmácias), de acordo com dados da ANF, sendo que 17% foram embalagens medicamentos genéricos. Apenas o top 20 de medicamentos

em falta (Tabela 3) representou cerca de 18,1% do total de faltas transmitidas (incluindo medicamentos para a DPOC e diabetes, antidepressivos, antiepilépticos, entre outros).

A este fenómeno, e apesar da forte diminuição dos preços dos medicamentos, acresce a menor capacidade de aquisição de medicamentos por parte da população, resultado da diminuição do poder de compra (consequência de políticas de austeridade em áreas externas à área da saúde). Um estudo referente ao impacto das taxas moderadoras no acesso aos

Código	Nome comercial	Embalagens em falta	PVP	% de Farmácias com Faltas
8665604	Ilvico N comp revest 20	1.094.782	MNSRM	76,1
3984481	Spiriva cáps inal 18 mcg 30	842.137	40,23	85,1
8537308	Migravele comp revest 12	778.970	2,79	85,6
8344705	Mycostin susp oral mL 100000 UI/mL 30	718.529	MNSRM	84,9
9546838	Stagid comp 700 mg 60	607.585	5,48	83,1
5084371	Avamys susp pulv nasal 27,5 mcg/dose 120	566.800	9,44	84,9
4357281	Crestor comp revest 10 mg 60	557.026	48,21	83,8
5134184	Lyrica cáps 75 mg 56	516.482	42,4	85,0
2308781	Lovenox sol inj SC seringa 40 mg/0,4 mL 6	502.912	21,81	80,8
2368280	Atrovent Unidose sol inav vap unidose 0,25 mg/2 mL 20	467.938	6,58	75,4
3639184	Risidon comp revest 1000 mg 60	463.655	5,48	82,5
5252283	Cymbalta cáps gastrorresistente 60 mg 28	416.707	35,48	83,2
4009288	Urispas comp revest 200 mg 15	407.206	2,48	58,0
2494185	Minigeste comp revest 0,02/0,075 mg 63	395.503	13,66	53,9
5133285	Lyrica cáps 25 mg 56	358.589	16,67	76,3
5133780	Lyrica cáps 50 mg 56	355.677	32,84	81,4
8685214	Furicort creme bisn 1/20 mg/g 15	351.194	4,53	81,7
8707208	Dexamytrex Ophthiole sol col 1/3 mg/mL 5	345.708	3,88	80,0
4204582	Cialis comp revest 20 mg 4	320.071	39,32	77,9
8660506	Dolviran sup 10	308.612	2,03	65,1

Fonte: CEFAR/ANF, 2014

Tabela 3: Top 20 dos medicamentos em falta nas farmácias (Ano 2014)

cuidados de saúde, corrobora que as **“desigualdades socioeconómicas ganharam, nos últimos anos, mais espaço no campo das políticas de saúde”**, sendo que cerca de 15,1% dos inquiridos respondeu que não adquiriu todos os medicamentos por razões económicas (Pita Barros P et al, 2013). Desse trabalho, apresenta-se na tabela 4, as razões principais sobre o papel das restrições financeiras no acesso aos serviços de saúde.

Fica assim evidente a preocupação com o acesso ao medicamento e o potencial aumento de problemas de adesão à terapêutica, com conseqüente e previsível degradação de resultados em saúde que, para além de negativos para o nível de

saúde da população, contribuirão para maior pressão e aumento nos futuros encargos do SNS e da sociedade.

Neste contexto, é imprescindível avançar com soluções que compatibilizem a poupança com a sustentabilidade das farmácias e, deste modo, possam gerar benefícios para o Estado e para os doentes, nomeadamente através da redução do desperdício, melhoria do uso racional e investimento em intervenções custo-efetivas para a melhoria dos resultados em saúde, promovendo uma adequada rentabilização do valor acrescentado das farmácias e da intervenção farmacêutica enquanto prestação de cuidados de saúde próximos, qualificados e com elevada confiança da população.

Não adquiriu todos os medicamentos que devia por falta de dinheiro	15,14%
Não foi a uma urgência ou a uma consulta por falta de dinheiro	8,68%
Na farmácia pediu para trocar medicamento de marca por genérico por este ser mais barato	31,00%
Deixou de ir à urgência ou a uma consulta pelo preço do transporte	5,05%
Não foi a uma urgência por não poder perder o dia de salário	6,00%

Fonte: Pita Barros P et al, 2013

Tabela 4: Inquérito de perceções sobre o papel das restrições financeiras no acesso a serviços de saúde

Em julho de 2014 foi assinado um Acordo entre o Ministério da Saúde e a ANF, com vista à implementação por parte das farmácias, de serviços no âmbito dos programas de saúde pública e do seu contributo para o incremento da dispensa e poupança com medicamentos genéricos (Acordo MS e ANF, 2014).

O Acordo consubstancia a valorização do papel da farmácia e da intervenção farmacêutica na rede de cuidados de saúde primários no âmbito de programas de saúde pública, alinhando as políticas nacionais com as tendências europeias, ao reconhecer o princípio de remuneração dos serviços prestados pelas farmácias. Neste âmbito, foi assumido um compromisso inovador de partilha de risco e de ganhos, ao condicionar a prossecução (pós período experimental) e remuneração dos serviços a uma avaliação independente com base em critérios de custo-efetividade (Martins AP, Queirós S, 2014).

Por outro lado, o Acordo prevê a definição de um regime de incentivos à dispensa de medicamentos genéricos, já determinado pelo Decreto-Lei n.º 19/2014, de 5 de Fevereiro, condicionado à evidência de poupança global para o SNS e para os utentes pelo aumento da quota de genéricos. Entretanto,

a Portaria n.º 18-A/2015, de 2 de Fevereiro, estabelece uma remuneração, partilhando uma parte desse valor gerado com as farmácias por forma a minimizar a perda de remuneração que daí resulta. Saliencia-se que Portugal não é inovador quanto à implementação de incentivos às farmácias pela dispensa de genéricos, verificando-se a existência de diversas soluções em vários países europeus (Bélgica, Suíça, Itália, França e Reino Unido), conforme recomendado em estudos internacionais (Simoens S, 2013).

À semelhança da evidência existente noutros países é expectável que este alinhamento de incentivos possa constituir para uma medida adequada de promoção da utilização de medicamentos genéricos, sem que tal signifique o agravar da sustentabilidade e viabilidade das farmácias.

No âmbito da oportunidade que a prestação de serviços pelas farmácias pode representar, existe já evidência internacional de melhorias na eficiência e resultados dos sistemas de saúde. Destaca-se um estudo recente que avaliou a efetividade e custo-efetividade de um serviço (New Medicines Service) existente em 90% das farmácias comunitárias no Reino Unido, para melhorar a adesão

terapêutica a novos medicamentos em quatro áreas (asma/DPOC, diabetes tipo 2, hipertensão ou tratamento anti-agregante/ anticoagulante). O estudo concluiu que a intervenção farmacêutica aumentou significativamente a adesão terapêutica em 10%, com obtenção de melhores resultados em saúde para os doentes e com custos reduzidos para o SNS, de acordo com a avaliação económica realizada (Elliot R.A. et al, 2014). Os resultados demonstram, ainda, que o serviço foi bem recebido pelos doentes e que os seus benefícios poderiam ser ainda potenciados através de uma melhor integração com os cuidados primários, nomeadamente pelo maior envolvimento com os médicos de clínica geral, pela partilha e acesso aos registos clínicos pelos farmacêuticos e pelo seu alargamento a outras áreas terapêuticas. Outro estudo (Mossialos E, et al, 2015) evidencia que existe um consenso entre académicos, organizações profissionais e responsáveis políticos, sobre um

papel mais alargado do farmacêutico comunitário, promovendo uma utilização do medicamento segura, eficaz e eficiente (sobretudo relativamente a doentes com múltiplas condições crónicas) e promovendo a melhoria dos resultados em saúde, mormente pela redução de efeitos adversos e pela melhoria da adesão à terapêutica, reforçando, simultaneamente, a prestação integrada de cuidados primários em todo o sistema de saúde. Este papel mais alargado poderá, e, em nosso entender, deveria passar por uma efetiva integração do farmacêutico comunitário na gestão da terapêutica ao nível dos cuidados de saúde primários, com benefício para todos os envolvidos.

A TÍTULO DE REFLEXÃO FINAL

Como referido na introdução, o ano de 2015 será o primeiro ano sem a presença direta da Troika, e como tal, encontramos-nos num período de transição em que a ausência de intervenção externa já não impõe ao país medidas drásticas de contenção de custos, nem condiciona a definição de opções políticas para a saúde dos Portugueses.

Reconhecendo, como está plasmado neste capítulo, que algumas medidas legislativas pontuais na área do medicamento já foram adotadas de forma a corrigir alguns efeitos mais nefastos de medidas implementadas em 2012 e 2013, pensamos estar no momento de viragem, em que é necessário refletir e delinear planos estratégicos a médio e longo prazo, de consenso, que embora sustentáveis, garantam a acesso à saúde e ao medicamento por parte do cidadão.

4. ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE POR PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

O Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Nesse normativo define-se «Dependência» como:

“A situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada

por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária”.

(Decreto-Lei n.º 101/2006)

O conjunto de atividades executadas **“... pelo próprio para tratar do que é necessário para se manter (...) operacional e lidar com as necessidades individuais básicas (...) e as atividades da vida diária”**

designa-se por «autocuidado» (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2013). De entre as atividades da vida diária destacam-se pela sua natureza «mais básica»: alimentar-se, tomar banho, vestir-se e despir-se, arranjar-se, usar o sanitário, levantar-se da cama, transferir-se entre a cama e uma cadeira, e posicionar-se na cama. Note-se, ainda, que a evolução do processo de dependência na realização do autocuidado não obedece a um padrão único. Esta evolução, se não for, ou não puder ser, oportunamente revertida, será progressiva, afetando um número crescente de domínios do autocuidado, e culminará numa condição – comumente designada de «acamado» – em que a pessoa que não consegue, por si só, levantar-se da cama e/ou transferir-se entre a cama e uma cadeira, ou mesmo posicionar-se na cama. Nesta condição, a pessoa estará dependente na realização de todas as demais atividades de vida referidas.

O envelhecimento populacional em Portugal é muito acentuado (INE, CENSOS 2011). Há uma expectável correlação positiva entre a idade e o grau de dependência no autocuidado. Assim, fazer face à crescente necessidade em cuidados de saúde associados à dependência no autocuidado constitui-se, no presente, como um dos desafios mais significativos à inteligência coletiva dos Portugueses. Em paralelo, dever-se-á ter em conta, que as diferentes respostas que vierem a ser desenvolvidas não poderão deixar de ter como fio condutor a centralidade do cidadão no sistema e a respetiva acessibilidade às mesmas. Importa, neste contexto, referir que em 2006 foi criada a RNCCI,

“... formada por um conjunto de instituições públicas e privadas...”, tendo por objetivo “a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”. Apesar de os cuidados continuados integrados estarem **“centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra”**, pouco se sabe sobre a concreta dimensão do problema: quantas pessoas são dependentes no autocuidado e, destas, quantas

se enquadram nos critérios previstos para as diferentes tipologias da RNCCI?; Qual a condição de saúde das pessoas dependentes no autocuidado?; Em que medida as vagas na RNCCI respondem à real dimensão das necessidades?; Nove anos após a criação da RNCCI, como se desenrola a referenciação dos doentes para a rede?; Qual é o tempo útil para promover a autonomia no autocuidado de um doente após um evento gerador de dependência?; E, qual o esforço financeiro necessário para fazer face às necessidades em cuidados de saúde?

Este relatório resulta, em grande parte, de dados disponibilizados por organismos públicos e de dados provenientes de trabalhos de investigação realizados nos últimos quatro anos em torno da problemática da dependência no autocuidado. Da análise e da organização deste conjunto de dados resultaram as sínteses que a seguir se capitulam por temáticas relacionadas com a problematização com que se finalizou o parágrafo anterior.

PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO – A DIMENSÃO DO PROBLEMA

Nos últimos anos, vários trabalhos de investigação procuraram responder à pergunta: quantas pessoas são dependentes no autocuidado e se enquadram nos critérios previstos para as diferentes tipologias da RNCCI? Pela sua natureza académica (investigações decorridas no âmbito de programas de doutoramento, uns já concluídos e outros a aguardar a defesa pública da tese), os estudos foram delimitados aos concelhos de Lisboa (Costa, 2013), Porto (Parente, 2015), Matosinhos (Campos, 2015), Maia (Rocha, 2015) e Paços de Ferreira (Regadas, 2015). Apesar de nada garantir que estes concelhos sejam representativos do todo Nacional, dado o tamanho das amostras aleatórias utilizadas – que os torna representativos dos concelhos a que se reportam –, a utilização dos dados que deles resultaram para estimar quantas pessoas são dependentes no autocuidado em Portugal e se enquadram no que está previsto para as diferentes tipologias previstas na RNCCI, é valiosa.

No conjunto destas investigações, para se atingir o número de inquéritos representativo dos concelhos referidos e resultante da técnica de amostragem aleatória utilizada, foram realizadas 33 300 tentativas de contacto **«porta-a-porta»**; obteve-se resposta de 9873 representantes dos agregados familiares. Destes agregados familiares, 953 integravam, pelo menos, uma pessoa dependente no autocuidado. Destes, 742 aceitaram evoluir para uma segunda fase da recolha de dados em que se procedia à caracterização da situação de dependência, da condição de saúde da pessoa dependente, da autoeficácia do cuidador familiar, dos cuidados prestados pelo cuidador familiar e dos equipamentos e recursos utilizados na satisfação do autocuidado. Consta-se, assim, que, nestes concelhos, 9,7% das famílias integravam um dependente no autocuidado. Para efeitos da presente análise, admite-se que as tentativas de inquérito não conseguidas (**«campanhas não atendidas»**) representam famílias que não integram pessoas dependentes no autocuidado. Resulta então que, nestes concelhos, 2,9% das famílias integram um familiar dependente no autocuidado. Das pessoas dependentes no autocuidado encontradas, 322 eram **«acamadas»** o que corresponde a 43,4% dos

dependentes identificados. Conclui-se então que nos 480 798 agregados familiares que, segundo o CENSOS 2011, existem nestes concelhos, haverá 5971 pessoas dependentes **«acamadas»**.

Pese embora nada nos permita afirmar que estes concelhos são representativos do todo Nacional, propomo-nos estimar – porque nenhum outro dado mais fiável está disponível –, a partir daqueles dados, o número de pessoas dependentes e de pessoas dependentes **«acamadas»** que, a cada momento, estarão integradas no seio das famílias, em Portugal. Assim, estima-se que nos 3 869 188 agregados familiares existentes em Portugal (CENSOS 2011), haverá 110 355 pessoas dependentes no autocuidado nos domicílios, sendo que destas, 48 454 serão pessoas dependentes **«acamadas»**. Saliem-se dois factos. Primeiro, as recolhas de dados dos estudos referidos ocorreram quando a maioria das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) ainda não estava em funcionamento (embora os doentes assistidos nas ECCI permaneçam no domicílio). Segundo, a estimativa pecará sempre por defeito; isto porque, entretanto, a população envelheceu e assim, previsivelmente, terá aumentado o número de pessoas dependentes

no autocuidado e, ainda, porque no cálculo da percentagem de pessoas dependentes no autocuidado integradas nos agregados familiares considerou-se que as situações de «*campainhas não atendidas*» reportavam a alojamentos familiares habitados e sem qualquer pessoa dependente no autocuidado, o que, não sendo necessariamente assim, prejudica – por defeito – aquelas percentagens.

Num estudo transversal, descritivo, com amostra aleatória, estratificada, com 931 pessoas com 65 e mais anos de idade, levado a cabo na região do Alentejo (Fonseca, 2014), observaram-se, segundo a Classificação Internacional da Funcionalidade (DGS, 2004), ao nível do conceito de Autocuidado, 9,9% de pessoas com problema moderado e 5,5% com problema grave e completo, o que totaliza respetivamente 11 841 e 7079 pessoas. Os problemas de autocuidado foram observados ao nível do: lavar-se; vestir-se; cuidados relacionados com os processos de excreção; cuidar de partes do corpo; comer; deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento; beber; andar; realizar a rotina diária; mudar a posição básica do corpo.

Salientamos o facto de, nos estudos referidos, se ter constatado que os familiares cuidadores se

percebiam menos competentes no exercício das funções relacionadas com o posicionamento do doente na cama e com a transferência do doente entre a cama e uma cadeira. Ou seja, nestes casos, as pessoas dependentes ficam circunscritas ao quarto vendo deteriorar-se a sua condição de saúde, frequentemente, por falta de suporte e assistência.

A CONDIÇÃO DE SAÚDE DAS PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO

A dependência no autocuidado é causada por compromissos nos processos corporais e/ou mentais; no entanto, de acordo com a adequação/inadequação do suporte e da assistência disponíveis face às necessidades, ela própria – a dependência – promove a deterioração dos mesmos processos corporais e/ou mentais. Entre as pessoas dependentes no autocuidado, inquiridas nas investigações referidas no subcapítulo anterior, constatou-se que 68% delas apresentava sinais de rigidez articular, 26% sinais aparentes de desidratação, 22% sinais de alteração do estado mental, 21% teve pelo menos um episódio de queda no último mês, 21% apresentava condição de

higiene e asseio deficientes, 19% compromisso da integridade da pele (mormente úlceras de pressão), 14% condição deficiente do vestuário (mormente vestuário inapropriado face às condições climatéricas), e 10% compromisso respiratório.

Para fazer face às vicissitudes decorrentes da condição de saúde, a população de pessoas dependentes no autocuidado inquirida teve 357 episódios de internamentos no ano anterior à recolha de dados e recorreu 871 vezes aos serviços de urgência nesse mesmo ano.

De novo, e pese embora nada permita afirmar que estes concelhos são representativos do todo Nacional, volta a estimar-se a partir daqueles dados – porque nenhum outro dado mais fiável está disponível –, que a população de pessoas dependentes no autocuidado em Portugal representará cerca de 53 160 episódios de internamentos e cerca de 129 508 episódios de recurso aos serviços de urgência, por ano.

AS VAGAS NA RNCCI

Importa, neste momento, analisar as respostas da RNCCI face às necessidades que os dados apresentados fazem prever; ou seja, é o momento de nos determos na questão: em que medida as vagas

na RNCCI respondem à real dimensão das necessidades?

O “Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)”, relativo ao primeiro semestre de 2014, refere que o número de camas em funcionamento por região e tipologia é o mesmo que o existente no final de 2013. Havia 860 vagas nas unidades de convalescença, 1895 vagas nas unidades de média duração e reabilitação, 3692 vagas nas unidades de longa duração e manutenção, 195 vagas nas unidades de cuidados paliativos e 6982 vagas nas 272 ECCI em funcionamento naquela altura (final do 1.º semestre de 2014); perfazendo um total de 13 624 vagas na RNCCI. Se recordarmos que em Portugal haverá 48 454 pessoas dependentes no autocuidado «*acamados*» (estimativa por defeito) que preenchem os critérios definidos na Lei para integrar a RNCCI, facilmente se percebe que as vagas da rede representarão menos de 30% das necessidades atuais e ainda menos das expectáveis necessidades futuras relacionadas com o envelhecimento populacional em Portugal. Este facto demonstra, sem mais, que há fatores a perturbar a equidade no acesso dos doentes dependentes «*acamados*» que, com condições de saúde semelhantes, têm

à sua disposição diferentes (e menos adequados) modelos assistenciais, sendo uns referenciados para a RNCCI e outros não. Para além deste tipo de iniquidade no acesso à RNCCI, há ainda desigualdades regionais marcadas. Por exemplo: enquanto no Algarve há 2104 vagas por 100 000 habitantes com mais de 65 anos, no Norte esse número refere apenas 600 vagas por 100 000 habitantes com mais de 65 anos. Por outro lado, no que se refere ao número de camas na rede, verifica-se que no Alentejo há 593 camas por 100 000 habitantes com mais de 65 anos, e no Algarve 566; no entanto, na região de Lisboa e Vale do Tejo há apenas 219 camas por 100 000 habitantes com mais de 65 anos, enquanto no Norte esse número é de 318.

Apesar de tudo, verifica-se um esforço com vista à disponibilização de um maior número de camas. O “Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)” salienta que abrindo “... ***todas as camas previstas [abrir em 2014], com as 171 já entretanto abertas, totalizarão 901 camas, o que representará um crescimento de 13,6% em relação ao final de 2013, superior ao de 2012 para 2013 (12,4%)***”.

O PROBLEMA DA (SUB)REFERENCIAÇÃO DE DOENTES PARA A RNCCI

Importa neste momento analisar – nove anos após a criação da RNCCI – como se desenrola a referenciação dos doentes para a rede.

Num estudo focado no destino das pessoas dependentes no autocuidado após a alta hospitalar, realizado em três hospitais da zona do “Grande Porto” (Tavares, 2011), constatou-se que apenas 12% destas pessoas foram sinalizadas às equipas de gestão de altas (EGA), tendo sido referenciados para a RNCCI, 11% da amostra constituída por pessoas dependentes no autocuidado no momento da alta.

Num outro estudo similar realizado em hospitais da região do “Cávado e Ave” (Petronilho, 2013), verificou-se que: 58,6% das pessoas dependentes no autocuidado no momento da alta foi para o domicílio; 8,8% foi para unidades de convalescença; 8,4% para unidades de média duração e reabilitação; 9,5% para unidades de longa duração e manutenção; 1,5% para unidades de cuidados paliativos (28,2% do total dos doentes estudados foi referenciados para a RNCCI); 9,5% para lares; e 3,7% para

famílias de acolhimento. Seguidos longitudinalmente esses mesmos doentes, verificou-se que dos 28,2% que foram internados nas unidades da RNCCI após a alta hospitalar, só 6,8% permaneciam internados nas unidades da RNCCI três meses depois. A percentagem dos doentes no domicílio, três meses após a alta hospitalar, ascendeu a 75,9% e nos lares a 11,1%.

Verifica-se que a taxa de ocupação das unidades de internamento da RNCCI, a nível nacional, é elevada, **“destacando-se a tipologia de longa duração e manutenção (97%)”**. No entanto, paradoxalmente, a taxa de ocupação de ECCI não melhora em nenhuma região. Lisboa e Vale do Tejo **“... mantem o valor de 67% decrescendo as restantes regiões”**. Na região Centro verifica-se mesmo a mais baixa das taxas de ocupação em 2013, **“com 48%, decresce para 41%, sendo a região com menor taxa de ocupação”**. Lê-se no relatório que, deve **“existir por parte das regiões uma sensibilização dos Hospitais e Centros de Saúde para a disponibilidade de cuidados domiciliários...”**.

Relativamente à referenciação de doentes para as ECCI, importa salientar as diferenças regionais observadas. No Norte, 71% dos doentes nas ECCI foram referenciados

pelos centros de saúde, enquanto na região de Lisboa e Vale do Tejo, isso aconteceu apenas para 47% dos doentes.

Na análise da problemática em torno da referenciação, importa atentar na mediana dos dias decorridos entre a referenciação e a identificação de vagas. Por exemplo, na região de Lisboa e Vale do Tejo, um hospital que referencie um doente para uma unidade de média duração e reabilitação, poderá ver a cama ocupada desse doente por cerca de 42 dias até ser identificada a vaga (37 dias para as unidades de longa duração e manutenção e 21 para as unidades de convalescença). Ressalta aqui o problema do modelo de financiamento. Durante esses 42, 37 ou 21 dias, o hospital suportará, do seu orçamento, a estadia desse doente, na sua perspetiva: desnecessariamente. Nos estudos de Petronilho (2013) e de Tavares (2011) é referido que esta demora na identificação de vagas na RNCCI para os doentes referenciados, poderá contribuir para uma certa subreferenciação e para o esforço de **«empurrar»** os doentes dependentes para o domicílio. Em 2014, 1497 doentes aguardavam vaga na RNCCI, sendo que 548 eram da região de Lisboa e Vale do Tejo.

O TEMPO ÚTIL PARA PROMOVER AUTONOMIA NO AUTOCUIDADO

Um outro aspeto relevante nesta análise tem a ver com o tempo útil para promover autonomia no autocuidado de um doente após um evento gerador de dependência. No estudo de Petronilho (2013), constatou-se ser muito relevante a percentagem de doentes com melhoria significativa no nível de dependência entre o momento da alta hospitalar e o primeiro mês após a mesma. Daqui, decorre a enorme relevância de uma sistematizada ação profissional, de promoção da autonomia nas primeiras semanas após o evento crítico gerador da dependência.

Releva igualmente o facto de uma parte significativa dos doentes ter mantido o seu nível de dependência entre o primeiro mês, o segundo e o terceiro após a alta hospitalar, o que significa que após um período de evolução muito positiva, no primeiro mês após a alta hospitalar, se verifica uma certa estabilização no nível de dependência. Sai assim reforçada a ideia da importância das primeiras semanas após o evento crítico, como período decisivo na reconstrução da autonomia.

O ESFORÇO FINANCEIRO PARA FAZER FACE ÀS NECESSIDADES

Um último aspeto – que neste momento do tempo constituirá uma dimensão decisiva do problema e das soluções – refere-se ao esforço financeiro necessário para fazer face às necessidades.

No “Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)”, é assumido que o **“... valor da execução financeira da componente saúde da RNCCI, no 1.º semestre de 2014, foi de 60 897 209€”** (embora uma parcela deste valor se refira a pagamentos do ano anterior).

Numa investigação que decorreu nas ECCI da ULS de Matosinhos (Filipe, 2015) estudaram-se os custos de funcionamento destas equipas. Concluiu-se que o custo médio de um doente por dia nestas ECCI foi de 17,79€, correspondendo: 53,5% ao tempo gasto pelo conjunto dos profissionais envolvidos, 25% a materiais usados na prestação de cuidados, 16,7% a custos indiretos e 4,8% a transportes. Se as 48 454 pessoas dependentes **«acamadas»** estimadas, existir a cada momento

em Portugal, estivessem a receber cuidados de uma ECCI (com o atual modelo de funcionamento das ECCI da ULS Matosinhos), os custos rondariam os 314 628 494€ por ano (48 454 doentes X 17,79€ X 365 dias).

Com os dados disponíveis, em 2014, o custo das unidades de internamento da RNCCI terá rondado os 121 714 418€. Se o custo das ECCI em Portugal, por dia e por doente, for similar ao custo das ECCI na ULS Matosinhos, uma vez que há 6982 vagas nas ECCI, então o custo de funcionamento rondaria (com taxa de ocupação de 100%) os 45 336 570€ (6982 X 17,79€ X 365 dias). Assim, os custos com os doentes nas ECCI representariam 37,2% dos custos com os doentes internados nas outras tipologias de assistência da RNCCI. Salienta-se o facto de o funcionamento das ECCI ser suportado pelos orçamentos dos centros de saúde e não pela RNCCI.

Neste contexto, e com as premissas apresentadas, a execução financeira da RNCCI teria rondado, em 2014, os 167 050 988€. No entanto, se os 48 454 dependentes «*acamados*» estivessem numa ECCI, a necessidade de financiamento rondaria os 436 342 912€ por ano (121 714 418€ + 314 628 494€).

DO PROBLEMA E DA SOLUÇÃO

A criação da RNCCI afigura-se como uma dimensão do sistema de saúde português muito relevante para fazer face às necessidades de saúde dos cidadãos resultantes do forte envelhecimento populacional. Apesar dessa boa solução, a capacidade de resposta atual da RNCCI é insuficiente: haverá nos domicílios, a cada momento, 110 355 pessoas dependentes no autocuidado, sendo que destas, 48 454 serão pessoas dependentes «*acamadas*»; no entanto, a disponibilidade da RNCCI no final do 1.º semestre de 2014 correspondia a 13 624 camas e lugares nas ECCI. A insuficiente assistência profissional proporcionada aos doentes e aos familiares cuidadores que ficam «*fora da rede*» tem implicações no agravamento da condição de saúde de ambos; no doente: rigidez articular, desidratação, quedas, úlceras de pressão, compromissos respiratórios; no familiar cuidador, entre outras consequências nefastas sobre a saúde e a qualidade de vida, releva a perceção de stress associado ao exercício específico do papel de prestador de cuidados de saúde aprendido «*por tentativa e erro*», a partir da sua própria experiência de vida.

Apesar do esforço relativo à abertura de mais camas da rede, elas representarão menos de 30% das necessidades atuais e ainda menos das expectáveis necessidades futuras, determinando condições de acesso desiguais aos cidadãos, cuja condição de saúde é semelhante. Para além deste tipo de iniquidade no acesso aos cuidados continuados integrados, há ainda desigualdades regionais demasiado marcantes.

Sem um acompanhamento de proximidade, estas pessoas – dependentes e familiares cuidadores – sentir-se-ão frequentemente inseguras face a quaisquer alterações na condição de saúde. A solução que encontram é, então, o recurso às urgências hospitalares. A população de pessoas dependentes no autocuidado em Portugal representará cerca de 53 160 episódios de internamento e cerca de 129 508 episódios de recurso aos serviços de urgência, por ano.

Há, claramente, uma subreferenciação para a RNCCI. Mesmo assim, verifica-se que a taxa de ocupação das unidades de internamento da RNCCI, a nível nacional, é elevada. Paradoxalmente, a taxa de ocupação de ECCI não melhorou em nenhuma região em 2013, apesar de constituir a tipologia da RNCCI para onde foram referenciados mais utentes

a nível Nacional (61% referenciados pelos Hospitais e 39% pelos CSP, mostrando um crescimento da referenciação extra-hospitalar) e a que mais pessoas assistiu (33,2%).

De entre as causas multifatoriais da subreferenciação, encontrar-se-á também, a questão do modelo de financiamento dos cuidados a esta população de pessoas dependentes no autocuidado. Vejamos, se um hospital que referencie um doente para a rede tiver a cama ocupada com esse doente vários dias até ser identificada a vaga, *«talvez»* tenda a *«empurrar»* o doente para o domicílio – na maioria dos casos, sem a assistência de que necessita. Ou seja, há doentes dependentes no autocuidado que não são referenciados pelo hospital para as ECCI quando tem alta para casa. Como é compreensível, cada instituição gere o seu orçamento; no entanto, desta autonomia na gestão dos orçamentos das instituições, resulta prejudicada uma visão global – *«transinstitucional»* – centrada nas necessidades dos cidadãos. Esta possibilidade existe, não obstante os contratos programas dos hospitais terem indicadores ligados à RNCCI (taxa de sinalização e referenciação), que se não forem atingidos o financiamento baixa – já que uma parte dele está relacionado com o atingimento de determinados objetivos.

No que se refere às necessidades de financiamento, salienta-se que se as 48 454 pessoas dependentes «*acamadas*», estimadas existir a cada momento em Portugal nos seus domicílios, estivessem a receber cuidados de uma ECCI, os custos rondariam os 314 628 494€ por ano. Ora, neste momento, a assistência proporcionada pelas ECCI é suportada pelos centros de saúde respetivos, o que volta a colocar quer a questão do modelo de financiamento destes cuidados, quer da subpreferenciação.

A execução financeira da RNCCI terá rondado, em 2014, os 167 050 988€. No entanto, contando apenas com as 48 454 pessoas dependentes «*acamadas*», se estas estivessem a ser assistidas numa ECCI, a necessidade de financiamento rondaria os 436 342 912€ por ano. Torna-se óbvio que esta estimativa terá um desajuste, claramente por defeito, uma vez que há doentes dependentes no autocuidado que não sendo «*acamados*» deveriam ter assistência na rede, nomeadamente, nas ECCI (no total 110 355). Acresce que esta análise se circunscreve à fatia do financiamento da Saúde e, como é sabido, no financiamento da assistência a estas pessoas há uma outra fatia significativa que se reporta à Segurança Social.

Tendo em conta que resulta clara a necessidade de aumentar a capacidade global da rede, parece-nos óbvio que deveria assumir-se a ECCI como o núcleo central da mesma.

Primeiro. São a solução de «*maior proximidade*». Na nossa cultura, «*ter de ser institucionalizado*» numa situação de dependência tem, para um conjunto significativo de portugueses, uma conotação negativa. No estudo de Parente (2015) foram realizados 2314 inquéritos sobre a opinião relativa à “melhor solução para si” se, um dia, viessem a experimentar dependência no autocuidado. Constatou-se que 48,6% dos inquiridos preferiam «ficar em casa se houver condições» e 11,4% optam por «ficar em casa, independentemente de estarem ou não reunidas as condições».

Segundo. Aumentar a capacidade da rede por via do aumento da capacidade das ECCI tem um esforço de investimento financeiro incomparavelmente menor do que fazê-lo à custa do aumento das tipologias de internamento. Sublinha-se que estamos a argumentar em favor de um aumento da capacidade global da rede – com as ECCI como o núcleo central da mesma – e não a circunscrever a rede às ECCI.

Terceiro. Tudo indica que as ECCI constituem a resposta que, indiscutivelmente, corresponde ao desejo de «assistência no seu domicílio» por parte de um número significativo de cidadãos.

Quarto. Tendo em conta as três razões anteriores: porque não? No “Relatório de monitorização do desenvolvimento e da atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)” caracterizam-se os motivos de referenciação dos doentes para a rede e por tipologia. Há, essencialmente 15 motivos. Vejamos as tipologias que integram a maior proporção de doentes de cada um dos motivos. Nas ECCI (7 dos 15 motivos): feridas/úlceras de pressão, úlceras de pressão múltiplas, DPOC, ventilação assistida, desnutrição, ensino utente/cuidador informal, dependência de AVD. Nas unidades de convalescença (2 motivos): cuidados pós-cirúrgicos e reabilitação. Nas unidades de longa duração e manutenção (5 motivos): descanso do cuidador, deterioração cognitiva, manutenção de dispositivos, portadores de SNG/PEG, gestão do regime terapêutico. Nas unidades de média duração e reabilitação (1 motivo): cuidados pós-traumáticos. Ou seja, se atentarmos nos motivos cuja maior proporção não se verifica nas ECCI, resulta claro que a maioria destes doentes poderia estar a ser

assistido no âmbito das ECCI. Com a assistência profissional adequada no contexto das ECCI, nenhum dos motivos é impeditivo de uma adequada assistência naquele contexto; aliás, pode até acontecer o contrário; por exemplo, reabilitar (**voltar a habilitar** após um evento gerador de dependência), ou desenvolver mestria em alguém para lidar com SNG/PEG ou com a gestão de um regime terapêutico ainda que complexo, serão mais efetivos se o processo decorrer no ambiente em que o doente vive e o familiar cuidador assiste a pessoa dependente.

Ao ponderar-se as ECCI como o núcleo central da rede, para se ter um modelo assistencial coerente com as necessidades e pensado a partir dos interesses dos cidadãos, temos em conta que estas equipas teriam de funcionar 365 dias por ano e 24 horas por dia. Que os profissionais, para além das ações tendentes ao desenvolvimento da mestria dos doentes e dos familiares cuidadores, têm, eles próprios, de executar cuidados de acordo com um plano de intervenção pré-estabelecido.

Tendo em conta que os recursos humanos atualmente disponíveis nos centros de saúde são, obviamente, insuficientes em face das exigências colocadas por este modelo de ECCI; tendo em conta a capacidade

instalada no sector social e no sector privado, a implementação deste modelo careceria de uma clarificação sobre «quem faz o quê», «quem paga o quê» e «quem recebe o quê».

Para prevenir uma inflação das necessidades, o plano de intervenção em cada caso deveria ser sempre da responsabilidade das ECCI. Às ECCI competiria igualmente a avaliação frequente do plano de intervenção e a implementação do planeado. Para assegurar a implementação do planeado, tendo em conta a capacidade em recursos humanos, cada centro de saúde (ou ACES) poderia contratualizar, em consonância com normativos regulamentares a definir, os serviços de execução previstos no plano de intervenção a entidades externas, incluindo os cuidados de saúde planeados e serviços como o fornecimento de refeições, higiene da roupa, higiene da casa, por forma a tornar-se viável a manutenção da pessoa dependente no domicílio. Às ECCI deveria ainda competir a supervisão sobre todos os cuidados, incluindo os contratualizados com

entidades externas, e a monitorização dos resultados. Isto apesar desta situação obrigar a transferir verbas da segurança social para a saúde; dado que todos os serviços «domésticos no domicílio» são atualmente da responsabilidade da segurança social.

Afigura-se também relevante a implementação das Unidades de Dia e Promoção de Autonomia já previstas, como forma de manter os doentes no domicílio sem perda da autonomia entretanto reconstruída.

Ter «*estas*» ECCI como núcleo central da RNCCI requer reequacionar o modelo de financiamento. Neste momento, o funcionamento das ECCI é assegurado financeiramente pelos centros de saúde. Os cuidados necessários (por exemplo: fornecimento de refeições, higiene da roupa, higiene da casa) têm financiamento assegurado pela segurança social e pelo doente/agregado familiar. Neste contexto (e não cabe aqui este debate), é fundamental repensar o modelo global de financiamento da RNCCI.

5. IMPACTO DA RECOMENDAÇÃO EUROPEIA NA SEGURANÇA DO DOENTE

A qualidade em saúde é inseparável da prestação de cuidados acessíveis e equitativos à população. Cada pessoa tem o direito básico de acesso a cuidados de saúde de qualidade e em segurança, sendo-lhe reconhecida a legitimidade para exigir essa mesma qualidade em todos os cuidados que lhe são prestados.

A Recomendação do Conselho da União Europeia (2009/C 151/01) sobre a Segurança do Doente, foi criada para reforçar a cooperação entre os Estados-Membros e os organismos, o empenhamento político dos Governos e a aproximação dos Sistemas de Segurança do Doente na União Europeia (UE) (RECOMENDAÇÃO 2009/C).

Esta Recomendação surgiu do confronto entre a realidade internacional e nacional (re)conhecida, das taxas de Eventos Adversos (EA) e Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), em que os estudos evidenciam que todos os anos milhões de doentes na UE, são sujeitos a EA decorrentes dos tratamentos a que são submetidos e não da doença.

A UE ao abrigo do disposto no artigo 168º do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia, de modo a cumprir a sua missão, em matéria de política de saúde pública, vem desenvolvendo e promovendo várias ações orientadas para a sua melhoria, nos Estados-Membros, e designadamente na área da Segurança do Doente.

Segundo um relatório elaborado pela **Rand Corporation** (RAND EUROPE, 2013) e o Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC, 2013), nos Estados-Membros 8% a 12% dos doentes internados em hospitais são afetados por EA e em média as IACS afetam 1 em cada 18 doentes hospitalizados, ou seja, 3,2 milhões de doentes por ano na UE, o que significa que 80 mil doentes são infetados todos os dias. Em Portugal, estima-se que pelo menos 5 em cada 100 doentes tratados nos hospitais portugueses, poderão ter

adquirido uma infeção resultante do seu internamento (Pina, 2010). São EA (DGS, 2011) (incidentes que resultam em danos para os doentes) os advinentes de IACS, erros de diagnóstico, erros de medicação, erros relacionados com cirurgias ou com dispositivos médicos, em que as consequências para os doentes podem ser graves ou mesmo mortais.

As consequências dos EA atingem diretamente os doentes, causando-lhes danos físicos/morais e patrimoniais, mas indiretamente as consequências dos EA atingem os profissionais de saúde, a sua dignidade pessoal e profissional, causando-lhes sofrimento, e representam elevados custos para o setor da saúde, o que no contexto de crise económica e de escassez de recursos, se torna imprescindível controlar e minimizar, até porque a literatura revela que grande parte dos EA podiam ser prevenidos e evitados (Kohn, 2000).

Cientes do desconhecimento exato dos custos associados à melhoria da Segurança do Doente (análises de custo-benefício e custo-efetividade que permitiriam quantificá-los) (Etchells, 2012), diremos tão só, que os custos com a implementação das medidas que visem atingir melhores níveis de Segurança do Doente, serão investimentos rentáveis. O verdadeiro

ónus para a sociedade, relacionado com a fraca promoção por parte do Estado e a falta de investimento na Segurança do Doente, atinge direitos absolutos, consagrados constitucionalmente como é o caso do direito à vida, à integridade física e moral da pessoa humana.

Para contextualizar esta matéria, num passado recente, o trabalho que a UE tem vindo a desenvolver em prol da Segurança do Doente, tem por base e completa o trabalho realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que, desde 2004, lançou os primeiros passos com a **World Alliance for Patient Safety** (WHO, 2008), criada na sequência da Assembleia Mundial da Saúde em 2002, que apelou para os problemas relativos à Segurança do Doente.

Desde então, a OMS criou grupos de trabalho em várias áreas da investigação e promoveu várias iniciativas para a melhoria da segurança nos cuidados de saúde; são disso exemplo o **Clean Care is Safer Care; Safe Surgery (Surgical Safety Checklist), Blood Safety, Drug Safety, Making Pregnancy Safer, Patients for Patients Safety, Taxonomy** e tantos outros trabalhos, que esta Organização internacional tem vindo a divulgar ao mundo no sector da saúde, com o objetivo de um maior comprometimento político

dos governos e de uma maior consciencialização deste problema de saúde pública mundial.

No ano de 2014 ressalta o desenvolvimento da temática da **sepsis** pelo apoio ao 2.º Dia Mundial da Sepsis, dia 13 de setembro de 2014, bem como da **World Sepsis Declaration** (World Sepsis, 2014).

A preocupação com a Segurança do Doente na UE fez-se notar no ano de 2005 com a Declaração de Luxemburgo – **Patient Safety. Making It Happen!** (Comissão Europeia, 2005) - que reconheceu a importância dos direitos dos doentes em matéria de segurança e recomendou aos Estados Europeus a implementação da gestão do risco nas unidades de prestação de cuidados de saúde, apelando, entre outras medidas, à criação de sistemas de notificação de EA.

Em 2007, a Comissão Europeia, no seu Livro Branco “Juntos para a Saúde: uma abordagem estratégica para a UE (2008-2013)”, incluiu a Segurança do Doente nas ações do Programa de Ação Comunitária (Comissão Europeia, 2007a).

Em 2008, a Comissão Europeia efetuou uma comunicação ao Parlamento Europeu acerca da Segurança do Doente (COM(2008)836) (Comissão Europeia,

2008). Neste vasto documento, a Comissão faz o ponto da situação dos problemas relativos à Segurança do Doente e, entre várias outras recomendações importantes, sugere aos Estados a notificação dos acontecimentos adversos e a adoção de várias medidas que visam a melhoria da Segurança do Doente. Na mesma data apresenta uma Proposta de Recomendação do Conselho (COM(2008)837) (Comissão Europeia, 2007b), na qual são expressamente previstas aquelas que vieram a ser consagradas como as sete recomendações, proposta que, em 23 de Abril de 2009, mereceu parecer favorável do Parlamento Europeu.

Assim, em Julho de 2009, no Jornal Oficial das Comunidades Europeias, foram publicadas as sete Recomendações do Conselho da União Europeia aos Estados-Membros (RECOMENDAÇÃO 2009/C), relativas a questões de Segurança do Doente que, de forma sintética, se apresentam com o exato teor da recomendação:

- 1. Desenvolver políticas e programas nacionais para a Segurança do Doente;*
- 2. Responsabilizar e informar os cidadãos e os doentes;*
- 3. Apoiar a criação ou reforço dos sistemas de notificação de eventos adversos não recriminatórios;*

- 4. Promover o ensino e formação dos profissionais de saúde sobre a segurança dos doentes;*
- 5. Classificar e medir a segurança a nível comunitário;*
- 6. Partilhar conhecimentos, experiências e boas práticas;*
- 7. Desenvolver e promover a investigação no domínio da segurança dos doentes.*

A mesma Recomendação dedica o segundo capítulo à prevenção e controlo de IACS, convidando os Estados-Membros a adotar e aplicar estratégias de prevenção e controlo a nível nacional, sistemas de vigilância, ensino e formação dos profissionais, investigação e informação aos doentes. Este documento termina com uma Recomendação Final aos Estados-Membros, que consideramos importante e por isso de salientar:

“Difundir o teor da recomendação a organizações de cuidados de saúde, organismos, profissionais e instituições de ensino e incentivá-los a seguir as abordagens preconizadas para que os seus elementos fundamentais se tornem parte integrante da prática diária”.

A Comissão Europeia após uma auscultação junto dos Estados-Membros, para apurar o nível de implementação da citada recomendação, emitiu um relatório

em novembro de 2012 (COM (2012)658) (Comissão Europeia, 2012), apresentando as conclusões e decidiu prolongar por mais dois anos a monitorização da aplicação da Recomendação, atendendo a que as ações, se encontravam ainda, em fase de aplicação recente, existindo diferentes níveis de aplicação e maturidade entre os países da UE.

Em 19 de junho de 2014 (COM (2014) 371) (Comissão Europeia, 2014a), a Comissão Europeia emitiu um segundo relatório ao Conselho relativo à aplicação da recomendação 2009/C 151/01 (RECOMENDAÇÃO 2009/C) sobre a Segurança do Doente, na sequência da consulta pública que efetuou junto dos Estados-Membros, concluindo que existiam progressos desiguais em toda a UE e por conseguinte, propôs um acompanhamento e monitorização da aplicação da recomendação por mais dois anos. Foram definidas as linhas de atuação para os próximos trabalhos da UE em colaboração com os Estados-Membros, designadamente:

- Uma definição comum de qualidade dos cuidados de saúde e maior apoio ao desenvolvimento de terminologia comum, indicadores comuns e investigação sobre a Segurança do Doente;
- A cooperação da UE em matéria de Segurança do Doente e qualidade

dos cuidados de saúde para o intercâmbio de boas práticas e de soluções eficazes;

- O desenvolvimento de orientações sobre como prestar informações aos doentes acerca da qualidade dos cuidados de saúde;
- O desenvolvimento, com os Estados-Membros, de um modelo europeu sobre as normas de Segurança do Doente e de qualidade dos cuidados de saúde com vista a chegar a um entendimento comum sobre este conceito na UE;
- A reflexão, com os Estados-Membros, sobre a questão da reparação prevista na Diretiva 2011/24/UE;
- O incentivo ao desenvolvimento da formação para os doentes, famílias e prestadores informais de cuidados, utilizando também ferramentas de Tecnologias de Informação e Comunicação;
- A atualização regular e a divulgação do guia sobre ensino e formação sobre Segurança do Doente para profissionais de saúde;
- O incentivo à notificação como instrumento para difundir uma cultura de Segurança do Doente;
- A atualização regular e a divulgação do guia sobre o estabelecimento e o funcionamento dos sistemas de notificação e aprendizagem.

Cumpra salientar que a recomendação aumentou a sensibilização e criou um ambiente favorável à Segurança do Doente, desencadeou mudanças, estratégias e programas nacionais de Segurança do Doente. O impacto foi menor na melhoria da cultura de Segurança do Doente e na aprendizagem com os erros, num ambiente não recriminatório. A formação e o ensino são áreas que requerem esforços adicionais. Destacamos o facto de a recomendação não ter tido ainda um impacto positivo na confiança dos cidadãos da UE na segurança e na qualidade dos cuidados de saúde nos seus países (Comissão Europeia, 2014a).

Os resultados do Eurobarómetro (Comissão Europeia, 2014b) para Portugal, são reveladores dessa fraca confiança dos portugueses na qualidade dos cuidados. Segundo estas conclusões, referentes ao ano de 2013, os portugueses avaliaram a qualidade dos cuidados, do seguinte modo:

- A qualidade dos cuidados em Portugal é pior do que nos outros Estados-Membros, (5% entende que é melhor; 29% igual; 49% entende que é pior e 21% desconhece);
- Os portugueses consideram provável que os doentes sejam

lesados nos cuidados hospitalares no nosso país (75% considera provável e apenas 21% considera improvável; 4% desconhecem), os resultados são muito semelhantes quanto às lesões provenientes de cuidados não hospitalares, diagnósticos, tratamentos ou medicamentos.

O Relatório *The Future for Health. Everyone has a role to play* (CRISP, 2014), identificou as infeções hospitalares como um dos problemas *major* do sistema nacional de saúde. Nesta conformidade, priorizou a infeção hospitalar como um dos três *Gulbenkian Challenges*, a que atribuiu financiamento para desenvolvimento de um projeto nacional com 10 hospitais, em parceria com o Ministério da Saúde – STOP Infeção Hospitalar! Um Desafio Gulbenkian. Após realização da fase de candidaturas e seleção, foram assinadas cartas de compromisso com 12 unidades hospitalares do Continente e Região Autónoma da Madeira no dia 31 de março de 2015.

No quadro das recomendações, surgem identificadas, a necessidade de adoção e disseminação da melhoria contínua da qualidade no sistema e profissionais da saúde, bem como a criação de uma nova agência que reúna as competências para promoção da melhoria contínua,

identificação e disseminação das boas práticas e, ainda, apoio e formação na sua implementação.

ENQUADRAMENTO NORMATIVO EM PORTUGAL

Mapeando a regulamentação existente em Portugal destacamos os diplomas legais, as circulares normativas e informativas emanadas dos órgãos competentes, em que a Segurança do Doente é preocupação central.

Dos primeiros sinais normativos, refira-se o disposto no DL 50-A/2007, de 28/02, que veio conferir uma nova redação ao art.º 21º do DL 233/2005 de 29/12 (Estatutos do Hospital E.P.E.), referente às **Comissões de Apoio Técnico**, que imperativamente devem existir nos Hospitais. Deste modo a **Comissão de Humanização e Qualidade de Serviço** deu lugar à nova designação de **Comissão de Qualidade e Segurança do Doente**. Assim resulta que, em 2007 houve a preocupação de atribuir às Comissões de Apoio Técnico dos Hospitais a qualidade e Segurança do Doente.

Em 2008 o DL 234/2008, de 2/12, introduziu alterações à Lei Orgânica do Ministério da Saúde (àquela data DL 212/2006 de 27/10, atualmente revogado) vindo a atribuir competências

à Direcção-Geral da Saúde (DGS) em matéria da Qualidade no Sistema de Saúde.

No ano de 2009, a Portaria nº 155/2009, de 10/02, introduziu alterações à Portaria nº 644/2007 de 30/05, modificando assim a estrutura nuclear da DGS, entre outras alterações, criou o Departamento da Qualidade na Saúde, que conforme resulta do disposto na al. c) do art. 4º da citada Portaria, incumbe-lhe desde essa data, criar e coordenar atividades e programas de Segurança do Doente.

Em 27 de fevereiro do mesmo ano foi publicado o Despacho nº 6513/2009 da DGS, que criou no Departamento da Qualidade na Saúde a Divisão de Segurança do Doente, atribuindo-lhe como competências para além de outras, coordenar a prevenção e o controlo das IACS e gerir a notificação de EA.

Em 16 de junho de 2009 foi publicado o Despacho nº 13793/2009, através do qual foi criado o Conselho para a Qualidade na Saúde, que por seu turno visa apoiar o Departamento da Qualidade em Saúde na materialização da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

Em 24 de junho de 2009 foi publicado o Despacho nº 14223/2009 que aprovou a Estratégia Nacional para a Qualidade

na Saúde, que incluiu, nas prioridades estratégicas, a Segurança do Doente.

Desta Estratégia Nacional resulta também a criação, pela DGS, de um Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos, de natureza não punitiva, bem como outras ações em prol da melhoria da Segurança do Doente.

Atendendo ao enquadramento em torno da Segurança do Doente, teremos que mencionar também a atuação da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), organização administrativa independente, que ao abrigo do disposto nos seus estatutos, (artigos 5º alínea b), 10º al. c) e d) e artigos 13º e 14º do DL 126/2014 de 22 de Agosto), assume como atribuições a defesa dos direitos dos utentes e a garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade, sendo de salientar o sistema de classificação dos estabelecimentos de saúde – o SINAS (Sistema Nacional de Avaliação em Saúde), um modelo de avaliação qualitativo dos estabelecimentos hospitalares do sistema de saúde, de adesão voluntária, que inclui a avaliação e publicação de indicadores de Segurança do Doente. No mesmo sentido [alínea d) do referido art. 10.º dos estatutos da ERS adaptados ao regime da lei-quadro das entidades reguladoras

(Lei 67/2013, de 28/08)], estabelece como objetivo da Regulação “zelar pela prestação de cuidados de saúde de qualidade”.

Na sequência do Plano de Redução e Melhoria da Administração Central (PREMAC) assistimos a uma completa reforma e revogação das leis orgânicas do Ministério da Saúde e respetivos serviços, o que originou a Lei Orgânica do Ministério da Saúde - DL 124/2011 de 29/12 e o Decreto-Regulamentar nº 14/2012 de 26/01 referente à DGS, como serviço central do Ministério da Saúde, integrado na administração direta do Estado, que vê reforçadas as suas competências na área da qualidade e Segurança do Doente. A Portaria 159/2012 de 22 de maio, veio determinar a estrutura nuclear da DGS, mantendo o Departamento da Qualidade na Saúde bem como a sua competência na promoção da Segurança do Doente em Portugal.

Em 7 de março de 2013 foi publicado em Diário da República o Despacho n.º 3635 que define uma estrutura de governação no sentido de responsabilizar e operacionalizar os diferentes níveis de prestação de cuidados pela implementação da Estratégia para a Qualidade na Saúde, nomeadamente pela criação de comissões da qualidade e segurança em cada unidade de saúde do SNS.

Em 10 de Fevereiro de 2015 foi publicada em Diário da República, o Plano Nacional para a Segurança do Doente (2015-2020), que visa atingir nove objetivos estratégicos, a saber: aumentar a cultura de segurança do ambiente interno; aumentar a segurança da comunicação; aumentar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança da medicação; assegurar a identificação inequívoca dos doentes; prevenir a ocorrência de quedas; prevenir a ocorrência de úlceras de pressão; assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes; e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

O departamento da Qualidade na Saúde da DGS coordena o Plano e as Comissões da Qualidade e Segurança dos Hospitais e dos Agrupamentos dos Centros de Saúde, que ficam obrigadas a inscrever nos seus planos de ação anuais, atividades que visem alcançar os objetivos definidos no Plano. Existe uma calendarização e metas no decurso do quinquénio para cada um dos objetivos estratégicos, que uma vez atingidos, poderão ter um verdadeiro impacto na melhoria da qualidade e Segurança do Doente no sistema de saúde em Portugal.

A DGS emitiu, circulares normativas/informativas, despachos e informações emitidas no âmbito da Segurança do

Doente (disponíveis na página da DGS), que se apresentam na tabela 1.

É forçoso constatar, que os diplomas legais atrás citados vêm cumprir as imposições da Recomendação, nomeadamente no que diz respeito ao ***desenvolvimento de políticas e programas nacionais para a Segurança do Doente e ao apoio à criação ou reforço dos sistemas de notificação de eventos adversos não recriminatórios.***

No entanto, não existem dados disponíveis que nos permitam aferir o seu impacto ao nível da qualidade e da Segurança do Doente em Portugal.

Importa ainda salientar a Lei 52/2014 de 25 de agosto, que procedeu à transposição da diretiva nº 2011/24/UE relativa ao acesso a cuidados transfronteiriços. Esta diretiva veio estabelecer regras destinadas a facilitar o acesso e a mobilidade de doentes, permitindo uma livre circulação de doentes, a cuidados de saúde transfronteiriços seguros e de elevada qualidade dentro dos países membros da UE.

Pela importância que reveste a citada recomendação, ao nível da Segurança do Doente em Portugal, o OPSS pretende com este relatório promovê-la, divulgá-la, bem como aferir o nível de desenvolvimento e de implementação no contexto hospitalar Português.

Campanha das Mãos	<ul style="list-style-type: none"> ■ Adesão Oficial do Ministério da Saúde ao programa da OMS – <i>Clean Care is Safer Care</i> (8 de outubro de 2008) e Despacho de 09/02/2009, da Ministra da Saúde, que aprova o Plano de Atividades da Campanha Nacional da Higiene das Mãos; ■ Circular Normativa nº 13/DQS/DSD, de 14/06/2010, sobre Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde.
Cirurgia Segura Salva Vidas	<ul style="list-style-type: none"> ■ Circular Normativa nº 16/DQS/DSD, de 22/06/2010, sobre “Cirurgia Segura Salva Vidas”; ■ Orientação nº 30/2011, de 31/08, sobre Lista de Verificação em Cirurgia.
Classificação Internacional da Segurança do Doente	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tradução do documento “Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente”.
Sistema de Notificação	<ul style="list-style-type: none"> ■ Norma nº 015/2014 de 25/09/2014 Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA.
Cultura de Segurança	<ul style="list-style-type: none"> ■ Norma nº 025/2013 de 24/12/2013 – Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais. ■ Norma nº 003/2015 de 11/03/2015 - Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários
Segurança na medicação	<ul style="list-style-type: none"> ■ Norma nº 020/2014 de 30/12/2014 – medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspetos semelhantes.
Boas Práticas	<ul style="list-style-type: none"> ■ Orientação nº 17/2011, de 19/05/2011, sobre Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q); ■ Orientação nº 18/2011, de 23/05/2011, sobre Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde; ■ Orientação nº 21/2011, de 06/06/2011, sobre Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente.

Tabela 1: Circulares normativas/informativas, despachos e informações emitidas no âmbito da Segurança do Doente

METODOLOGIA

Para obter dados que nos permitissem analisar o contexto hospitalar ao nível da Segurança do Doente, à luz das sete recomendações acima identificadas, foi construído um questionário que pretende analisar o nível de desenvolvimento e de implementação da Recomendação da UE em matéria da Segurança do Doente, nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde. Este questionário, constituído por 35 questões, foi construído com base na Recomendação do Conselho da UE de 9 de junho de 2009 sobre a Segurança do Doente (2009/C 151/01) (RECOMENDAÇÃO 2009/C). Na maioria dos itens foi usada uma escala de 3 pontos, com uma escala dicotómica (Sim/Não), podendo o respondente ainda assinalar o "Não se aplica". Quando aplicável, na sequência da resposta, foi solicitado que esta fosse discriminada, com demonstração de evidências. De modo a manter o anonimato das respostas obtidas, os hospitais participantes foram codificados com números de 1 a 23.

O questionário foi enviado, por *email*, ao Conselho de Administração dos 48 hospitais portugueses, entre centros hospitalares, unidades locais de saúde e hospitais, tendo-se solicitado uma resposta num período não superior a 30 dias.

Foi desenvolvido um segundo questionário para avaliar o nível de desenvolvimento e de implementação da Recomendação da UE em matéria de Segurança do Doente, na perspetiva dos doentes, pretendendo ainda avaliar o seu envolvimento. O questionário foi enviado a 95 associações de doentes e ainda à Plataforma Saúde em Diálogo e à Aliança Portuguesa de Associações de Doenças Raras, no mesmo período de tempo. Tendo obtido apenas 7 respostas, tal não nos permite apresentar resultados neste relatório. A análise das respostas às questões abertas do questionário foi feita através da análise síntese de conteúdos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do envio do questionário aos 48 hospitais, obtiveram-se 23 respostas, o que demonstra uma adesão próxima dos 50%. Apresentamos os resultados obtidos, seguindo a estrutura das sete recomendações do Conselho. A análise das respostas às questões abertas do questionário foi feita através da análise síntese de conteúdos. Os diferentes hospitais apresentam por vezes várias alternativas para uma mesma questão, pelo que se apresentam as respostas maioritárias e grandes tendências expressas pelos respondentes.

Assim, os números apresentados a seguir a cada resposta, representam as vezes que foram evocados. O que significa que para uma mesma questão podem existir mais evocações do que o número de hospitais respondentes.

1. Apoiar instituições e o desenvolvimento de políticas e programas nacionais para a Segurança do Doente

Todos os hospitais responderam positivamente e de forma unânime às questões colocadas a propósito do conhecimento sobre o organismo competente em matéria de Segurança do Doente em Portugal, identificando a DGS como tal. A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde é referida como sendo do conhecimento de todos e a Segurança do Doente localmente como uma prioridade na Qualidade em Saúde.

As ações concretas que evidenciaram que a Segurança do Doente é uma prioridade na Qualidade em Saúde, ao nível hospitalar, foram as seguintes: *avaliação e gestão do risco* (12 hospitais); *auditorias* (10 hospitais); *sistema de notificação interno* (9 hospitais); *formação/plano de formação interno* (7 hospitais); *sistemas de acreditação e certificação* (6 hospitais); *existência da comissão da qualidade e segurança*

(6 hospitais); *procedimentos de controlo de infeção* (5 hospitais) e *folhetos e cartazes*, referidos por 3 hospitais.

2. Responsabilizar e informar os cidadãos e os doentes

Na tabela 2 apresentamos o nível de envolvimento dos hospitais da amostra no que diz respeito à promoção e divulgação da informação de Segurança do Doente.

As instituições hospitalares divulgam as normas de segurança em vigor ao doente através da *entrega de folhetos* (12 hospitais); de *cartazes* (12 hospitais); recorrendo à *formação e ensino aos doentes e cuidadores* (5 hospitais); através do *guia de informação do utente e manual de acolhimento* (4 hospitais) e com *recurso à pulseira de identificação e explicações respetivas sobre a sua importância* (2 hospitais).

Quanto à divulgação dos riscos, as medidas instituídas no hospital para reduzir/prevenir erros e danos são referidas por 19 hospitais recorrendo a *cartazes informativos* (9 hospitais); *folhetos informativos* (7 hospitais); *manual de acolhimento do doente* (3 hospitais); *procedimentos de identificação do doente* (3 hospitais); *procedimentos específicos para determinadas intervenções, como*

O hospital promove a divulgação aos doentes sobre:	Sim	Não
As normas de Segurança do Doente em vigor	20	3
Os riscos, as medidas instituídas no hospital para reduzir/prevenir erros e danos*	19	3
As boas práticas instituídas no hospital	20	3
O direito a um consentimento informado	22	1
Os procedimentos de reclamação e as soluções existentes	23	0

* 1 hospital não respondeu

Tabela 2: Frequência das respostas do nível de envolvimento do doente

transfusões, cirurgias ou quedas (4 hospitais); *consentimento informado* (1 hospital) e ao *impresso de notificação de incidentes* (1 hospital).

A promoção das boas práticas instituídas no hospital é efetuada com recurso ao *manual de acolhimento/guia do utente* (9 hospitais); a *cartazes informativos* (9 hospitais); a *folhetos informativos* (7 hospitais); a *ensinos ao utente e familiares* (5 hospitais); ao *guia de Informação do utente* (4 hospitais); ao *consentimento informado* (2 hospitais) e à *técnica da lavagem das mãos* (2 hospitais).

O direito ao consentimento informado é promovido, através da explicação dada *pelos profissionais no ato da recolha de assinatura do doente* (8 hospitais); através de *folhetos*

informativos (4 hospitais); do *manual de acolhimento/guia do doente* (4 hospitais); de *formulários específicos* (2 hospitais); de *cartazes* (2 hospitais); da *explicação durante a prestação de cuidados* (2 hospitais); na *data de admissão* (1 hospital) e através da *declaração dos direitos e deveres do doente* (1 hospital).

Apesar do uso dos impressos na obtenção do consentimento informado junto do doente, a verdade é que na maior parte dos casos o devido esclarecimento que inclui a natureza da intervenção, consequências e riscos, deixa-nos algumas reservas na correta prática do consentimento. Pelas respostas dos hospitais verificamos que a preocupação reside na recolha da assinatura do doente por um qualquer profissional e não na devida prática de esclarecer o doente.

A promoção e divulgação dos procedimentos de reclamação e as soluções existentes é feita por todas as instituições que responderam, através do *livro amarelo/de reclamações* (10 hospitais); do *gabinete do cidadão/utente/relações públicas* (8 hospitais); de *cartazes ou folhetos informativos sobre como proceder em caso de reclamação* (7 hospitais); de *reclamações, sugestões e elogios* (6 hospitais); de *formulários próprios* (4 hospitais) e *online* (2 hospitais).

3. Apoiar o estabelecimento ou o reforço de sistemas de notificação não recriminatórios sobre eventos adversos

Apesar do sistema nacional de notificação de incidentes ser do conhecimento de todas os respondentes, apenas metade dos mesmos referem a sua utilização para efeitos de notificação.

Cumpra analisar os dados divulgados pela entidade oficial competente, a DGS, que a este propósito publicou em 25 de fevereiro de 2014, o relatório de progresso de monitorização do SNNIEA/2013, onde se constata que no período de 1 ano apenas foram efetuadas 244 notificações por profissionais e 74 por cidadãos. Das notificações dos profissionais, 23% estavam relacionadas com acidentes do

doente, 19% com o comportamento e 17% com processos administrativos (p.ex. admissão, altas). Em relação ao cidadão, 41% estava relacionada com os cuidados de saúde, 20% acidentes com o doente e 12% com infeções. Interessante verificar que, se as taxas de infeção hospitalar associada aos cuidados de saúde assumem valores tão elevados em Portugal (10,6%), inclusive acima da média europeia (6,1%) (ECDC, 2013), aqui apenas 4% das notificações realizadas pelos profissionais dizem respeito a este EA. Nenhum outro relatório existe que forneça dados recentes e que mostre uma evolução positiva na adesão dos profissionais de saúde ao sistema de notificação.

Verifica-se que os hospitais apontam, os *relatórios para a comissão de gestão do risco/gabinete de governança clínica/gestão* (7 hospitais); a disponibilização dos *relatórios na intranet* (7 hospitais); o *envio para cada serviço com conhecimento de todos os profissionais* (6 hospitais) e a *notificação para os diretores clínicos* (3 hospitais), como sendo os mecanismos de divulgação de resultados, do sistema nacional de notificação. No entanto, na página da DGS não existe nenhum relatório na sequência do funcionamento deste sistema nacional, o que nos leva a questionar que, estas respostas

possam ter sido assumidas na perspectiva dos sistemas de notificação locais, existentes nas instituições hospitalares incluídas na amostra.

Todos referem ter um sistema local de notificação de incidentes, confidencial, e em 87% dos casos anónimo.

De referir que três dos hospitais mencionam que o sistema não é “não punitivo”, ou seja, este sistema poderá ser usado para punir o profissional que notifica (tabela 3).

De realçar que em 21 das 23 instituições hospitalares, não existe interoperabilidade entre o sistema local e o sistema nacional de notificação, ou seja, nesses casos nenhuma notificação efetuada localmente permite a partilha e a aprendizagem ao nível nacional.

Como referido, a maioria dos hospitais respondeu que o sistema local de notificação de incidentes fornece informação sobre o grau do evento.

O sistema local de notificação:	Sim	Não
O sistema é electrónico	23	0
O sistema é anónimo	20	3
O sistema é confidencial	23	0
O sistema é não punitivo	20	3
O sistema fornece informação sobre o grau do evento	20	3
O sistema fornece informação sobre o tipo do evento	22	1
O sistema fornece informação sobre as causas dos eventos	21	2
Os profissionais de saúde são incentivados a notificar	23	0

Tabela 3: Frequência das respostas dos sistemas de notificação

Questionados sobre a quem é fornecida essa informação verificou-se que os hospitais apontaram o **gestor de risco clínico/gestor de risco geral da instituição** (10 hospitais); os **intervenientes e/ou implicados** (6 hospitais); a **comissão de gestão do risco** (3 hospitais) e os **grupos de análise pré-definidos internamente** (2 hospitais). O que poderá indicar que, neste último caso, à comissão de gestão do risco não compete a análise e o tratamento dos eventos. Podemos então colocar várias questões de importância extrema, e que contribuem claramente para uma melhoria da segurança na prestação de cuidados de saúde: Estaremos perante um problema de interpretação da nomenclatura utilizada?; Haverá nos hospitais em estudo, um problema de excesso de estruturas, gabinetes, grupos de trabalho, a tal ponto que seja difícil a sua articulação? Constatou-se igualmente que em todos os hospitais os profissionais de saúde são incentivados a notificar os eventos e que o principal meio de incentivo é através da **formação** (14 hospitais); de **reuniões com a gestão dos serviços e campanhas de sensibilização** (6 hospitais) e da **divulgação de resultados** (6 hospitais). A **intranet** é outro recurso utilizado pelos hospitais para incentivarem os profissionais a notificar os EA, tal como, o **guia de acolhimento ao**

colaborador e o plano de integração geral e específica da instituição (3 hospitais).

A UE conclui, no relatório de 2014, que apenas seis sistemas dos Estados-Membros respondem plenamente aos requisitos da recomendação, ou seja, fornecem informação sobre os eventos adversos, são distintos dos procedimentos disciplinares, permitem aos doentes comunicarem as suas experiências, e por fim complementam os outros sistemas de notificação (p.ex. farmacovigilância).

Todos os hospitais referem ter realizado a avaliação da cultura de Segurança do Doente através da resposta ao **questionário promovido pela DGS em 2014**. Adicionalmente, outros referem ter aderido ao **SINAS (Sistema Nacional de Avaliação em Saúde da ERS)** (2 hospitais); através de **auditorias internas** (2 hospitais); por **auditorias externas e internas** (2 hospitais); através de uma **tese de mestrado** (1 hospital) e ainda outro pela **implementação de boas práticas**. O **projeto DUQUE** é igualmente referido.

4. Promover, ao nível adequado, o ensino e a formação dos profissionais de saúde para a Segurança do Doente

Todos os hospitais referem realizar **ações de formação sobre a Segurança do Doente**. Os hospitais responderam que essas ações têm uma **periodicidade anual** (10 hospitais); **mensais** (5 hospitais); **semestrais** (2 hospitais); **quadrimestral** (1 hospital); **múltiplas formações anuais** (2 hospitais), sendo que 3 hospitais não especificaram a periodicidade da formação.

Questionados sobre como eram realizadas as ações, a maioria dos hospitais (15) explicitaram claramente a **formação contínua, regular, em sala ou cursos**; outros referiram **cursos ou abordagem de temas específicos com diferentes grupos profissionais** (5); **sessões de acolhimento ou pontuais** (1); e **reuniões alargadas** (1).

Sobre os profissionais que participaram nas ações de formação, alguns hospitais afirmaram claramente **todos os grupos e/ou colaboradores** (12 hospitais); outros indicaram os grupos profissionais que participaram e neles constam sempre **médicos, enfermeiros e assistentes operacionais** (8 hospitais), aos quais se juntam outros profissionais, consoante o hospital; outros apontam **diversos grupos** (2 hospitais); afirmam ainda

que esta formação é **transversal** (1 hospital) e que se integra no **plano de integração e formação interna** (1 hospital). É reconhecido internacionalmente que o grupo profissional que menos adere à formação contínua são os médicos. Interessante verificar que no caso Português a maioria dos hospitais refere que todos os grupos profissionais frequentam formação em Segurança do Doente. De facto, dos resultados apurados na questão anterior, verificamos que apenas 14 dos hospitais referem que o incentivo à notificação é dado através da formação, e se considerarmos os resultados agora obtidos, poderemos questionar a consistência das respostas no que respeita à participação de todos os profissionais na formação, designadamente os médicos. Da literatura consultada, o grupo de profissionais que mais adere a este tipo de formação são os enfermeiros.

Na tabela 4 é apresentada a forma de divulgação da informação respeitante à Segurança do Doente. O meio de divulgação aos profissionais de saúde sobre as normas de Segurança do Doente em vigor é realizada através da **intranet e portal interno** (9 hospitais através da intranet e 4 no portal interno); através da **divulgação e cartazes informativos** (5 hospitais); através de **boletim**

O hospital promove a divulgação aos profissionais de saúde sobre:	Sim	Não
As normas de Segurança do Doente em vigor	23	0
Os riscos, as medidas instituídas no hospital para reduzir/prevenir erros e danos	22	1
As boas práticas instituídas no hospital*	17	3

* sem resposta em 3 hospitais

Tabela 4: Frequência das respostas dos mecanismos de divulgação da informação

interno ou circular interna

(4 hospitais); e 2 hospitais não especificaram esta informação.

Ao pronunciarem-se sobre os riscos e as medidas instituídas no hospital para reduzir/prevenir erros e danos, os hospitais responderam que promoviam *ações associadas à formação e divulgação da informação* (7 hospitais); que *usam a intranet e circulares informativas* (5 hospitais); fazem-no também através de *relatórios de comissões de gestão de risco* (4 hospitais); através do *sistema de notificação* (3 hospitais); através de *relatórios de auditorias* (2 hospitais); *sensibilizando os profissionais para a temática* (1 hospital) e foi ainda respondido por um hospital que *as normas de segurança são traduzidas em procedimentos documentados, divulgados e implementados de acordo com a metodologia estabelecida na instituição*.

A divulgação aos profissionais de saúde das boas práticas instituídas nos hospitais é efetuada através da *utilização da intranet*, quer como recurso único para divulgação, quer associado a outros meios, como o correio electrónico (12 hospitais); recorrendo à *formação (individualmente) ou associada a outras medidas* (10 hospitais); ao *boletim informativo e/ou newsletter* (5 hospitais); a *manuals de procedimentos/boas práticas* (3 hospitais). Salienta-se que os hospitais recorrem a vários meios e instrumentos para divulgarem as boas práticas da instituição, contudo, o impacto dessa divulgação parece ser muito reduzido uma vez que os números apresentados a seguir, demonstram a fraca utilização de indicadores de boas práticas.

5. Classificar e medir a Segurança do Doente a nível comunitário

A maioria dos hospitais da amostra (19 dos 23 hospitais) referem utilizar a taxonomia internacional da OMS, adotada pela DGS. Referem ainda, a adoção de indicadores de Segurança do Doente nos últimos dois anos, nomeadamente:

- i. 17 Associados à avaliação do risco de quedas;
- ii. 13 Relativos à redução do risco de úlceras de pressão;
- iii. 11 Relativos à monitorização da infeção hospitalar;
- iv. 7 Relacionados com a correta identificação do doente;
- v. 1 Hospital introduziu a *checklist* de segurança cirúrgica;
- vi. 2 Salientam que utilizam os indicadores estabelecidos pela *Joint Commission International* (no processo de acreditação);
- vii. 1 Hospital menciona que são usados os indicadores definidos no manual da qualidade e noutro é seguido o programa de avaliação do risco clínico.

Quando questionados acerca da comparação dos seus resultados com outros hospitais, 74% referem fazê-lo. A comparação é realizada através de diferentes tipos de *benchmarking* (13 hospitais); *do SINAS* (4 hospitais); de *auditorias da qualidade ou entidades externas* (2 hospitais) e através

do *feedback do sistema em uso* (1 hospital). De notar que, 5 hospitais não responderam à forma como fazem a comparação.

6. Partilhar conhecimentos, experiências e boas práticas

A maioria dos hospitais (20) referem ter uma política de Segurança do Doente, documentada e escrita/revista nos últimos três anos, sendo que destes, apenas um refere não emitir alertas de Segurança do Doente.

7. Desenvolver e promover a investigação no domínio da Segurança do Doente

Questionados sobre se o hospital promove investigação relacionada com a Segurança do Doente, apenas 15 hospitais responderam positivamente. Fazem-no através do *trabalho desenvolvido pelos centros de investigação interna (como o Centro Médico Académico)* (4 hospitais); através de *protocolos com instituições de ensino* (2 hospitais); através de *projetos financiados* (1 hospital); através de *estudos académicos e estudos realizados internamente* (2 hospitais). Outros revelam-se *disponíveis para a realização de investigação nesta área* (4 hospitais).

CONCLUSÕES

Importa agora salientar os aspetos da Recomendação que foram efetivamente implementados em Portugal e perceber se essas metas tiveram impacto na Segurança do Doente.

No que diz respeito à primeira recomendação, as políticas e a estratégia nacional para a qualidade em saúde, são conhecidas por todas as instituições de saúde em estudo. No entanto, o impacto é reduzido. Basta verificarmos que apenas seis hospitais identificaram a existência das comissões da qualidade e segurança, aliás, estas obrigatórias desde 2007 em Portugal para os E.P.E. (com o identificado DL 50-A/2007). Acresce igualmente, que os procedimentos de controlo de infeção foram referidos somente por cinco hospitais, o que denota que as práticas seguras não estão a ser executadas pelos hospitais do SNS. Podemos questionar se, lançadas que estão estas políticas e estas estratégias, existe entidade competente que monitorize e acompanhe esses processos. No campo da execução das políticas e estratégias, os Conselhos de Administração dos hospitais não parecem ter ações concretas e objetivas para tornar a Segurança do Doente uma realidade. Não parece haver alinhamento entre os

operacionais e as estratégias das organizações de saúde.

A recomendação não teve impacto na responsabilização dos doentes e das associações de doentes. A resposta de apenas sete associações de doentes, das quase 100 contactadas, permite-nos concluir que os doentes e as associações não estão conscientes da temática, não estão envolvidos nas decisões e não estão a fazer parte integrante das tomadas de posição ao nível da Segurança do Doente em Portugal. Assim concluiu a UE no relatório de 2012 e de 2014, que as medidas tinham sido insuficientes para envolver as associações de doentes nas políticas e medidas de Segurança do Doente, e na sequência instou os Estados-Membros a “desenvolverem competências de base para os doentes relacionados com a segurança”, designadamente clarificar e promover uma interpretação e aceitação comum do conceito de Segurança do Doente.

O Eurobarómetro (2014) refere que a Recomendação não alterou a perceção que os cidadãos da UE têm sobre a segurança nos cuidados de saúde, ou seja, não reforçou a confiança desses cidadãos na segurança dos cuidados de saúde nos seus países.

No que se refere aos sistemas de notificação, criados com o objetivo de fornecer informação sobre o grau, os tipos e as causas dos erros, serão atingíveis somente se os profissionais de saúde notificarem no sistema nacional, sendo que dos resultados divulgados pela DGS, por ora, não temos informação que nos permita avaliar a adesão dos profissionais de saúde ao sistema de notificação nacional (NOTIFIC@). Segundo as recomendações da UE e da OMS, os sistemas de notificação, devem ser confidenciais e não punitivos, sob pena de ineficácia dos mesmos. Ora atendendo a que não existe em Portugal legislação que garanta a proteção legal a quem notifica, estaremos perante um problema de subnotificação, ou seja, de ineficácia do sistema existente.

A Recomendação sensibilizou para a utilização da Classificação Internacional da Segurança do Doente nas unidades prestadoras de cuidados de saúde, especificamente no contexto hospitalar. No entanto, verificamos que os indicadores referidos pela amostra, ficam aquém dos que internacionalmente são conhecidos e deveriam estar a ser utilizados, como é o caso dos indicadores da OCDE. Apesar de ter sido referida a utilização de alguns indicadores, consideramos que a adesão a esses mesmos indicadores

deveria ser total, ou seja, todos os hospitais deveriam estar a avaliar o risco de queda, da úlcera de pressão, da infeção hospitalar, da identificação do doente e da aplicação da *checklist* cirúrgica. Sem isso, não é possível mostrar melhorias na prestação de cuidados, muito menos compará-los a nível local, nacional e comunitário. Não estamos por isso a cumprir a quinta Recomendação. Importante referir que existem muitos trabalhos realizados noutros países membros que podem ser um bom exemplo para *benchmarking*. Também nesta matéria, a Recomendação sugere o aperfeiçoamento e utilização de indicadores fiáveis e comparáveis, a necessidade de avaliação da eficácia das intervenções e a aprendizagem entre os estados membros, partilhando experiências e resultados. Chamamos aqui à atenção da atividade desenvolvida pela OCDE e mesmo pela CE na temática dos indicadores, em Portugal pouco ou nada se tem feito, a não ser a divulgação dos resultados do SINAS, no entanto é um modelo de avaliação meramente qualitativo.

A inexistência de divulgação pública: a página da internet da instituição simplesmente não é referida como meio de divulgação. A esta não divulgação pública, opõe-se o uso regular da *intranet* para divulgação interna. O que nos leva a questionar

esta cultura organizacional da Segurança do Doente, que se assemelha mais a uma questão privada do que uma verdadeira questão pública de saúde.

Os folhetos e os cartazes são os principais meios de comunicação com os doentes e por outro lado, a *intranet* é usada como o principal meio de comunicação com os profissionais – poderá questionar-se, se em ambos os casos, serão os meios mais adequados e até mesmo se não são geradores de uma saturação da informação afixada, quer para profissionais, quer para os doentes e familiares.

De destacar a questão do consentimento informado, que continua a expressar um puro ato “burocrático” de recolha de assinatura, maioritariamente sob responsabilidade médica, sem os esclarecimentos devidos sobre a natureza da intervenção, consequências e riscos, o que parece significar que continua a ser gerido pelas organizações

hospitalares, não como um procedimento central da Segurança do Doente, mas como um mero ato administrativo.

Apesar da Segurança do Doente envolver múltiplas variáveis e múltiplos protagonistas (profissionais, doentes, familiares), o que gera dificuldades acrescidas na monitorização, parece ser necessário implementar um processo que permita sistematizar procedimentos e ações, sob pena de nunca se conseguir avaliar (medir, monitorizar, comparar) a maioria das questões/indicadores relacionados com a promoção da Segurança do Doente em cada instituição de saúde, com todas as consequências que lhe estão associadas (custos humanos e financeiros).

As respostas obtidas indicam que as questões inerentes à Segurança do Doente são geridas como procedimentos exigíveis externa e/ou internamente, e não como uma verdadeira cultura de Segurança do Doente.

6. ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL

Tal como já se referiu o acesso aos cuidados de saúde constitui-se num desiderato fundamental do SNS não se excluindo nenhuma das suas múltiplas áreas. Por força disso mas também das características das pessoas que precisam de cuidados

de saúde mental, conjugadas com a conceptualização que aqui apresentamos, o acesso àqueles constitui-se como uma área de particular sensibilidade. Merece por isso uma análise mais aprofundada.

ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL - PERSPETIVA INTERNACIONAL

Como já salientado em relatórios anteriores (OPSS, 2013, 2014), tem vindo a assistir-se ao aumento da carga das doenças não transmissíveis, contabilizando, em 2008, cerca de 80% da mortalidade na Europa. Destas, destacam-se três grandes grupos de doença – cardiovasculares, oncológicas e as mentais – responsáveis por mais de metade da carga da doença (medida em anos de vida ajustados por incapacidade¹) (Rosenkötter, N & Van Bon-Martens, M., 2015; Emiroglu, N. & Kasapi, E, 2014; EOHSP, 2014). Em Portugal as perturbações psiquiátricas afetam mais de um quinto da população (Portugal, 2014).

Estes dados substantivam a mudança de paradigma epidemiológico com todas as suas implicações. De entre estas destacamos o impacto económico o qual se constitui como um enorme desafio para a sociedade e particularmente para os sistemas de saúde. De acordo com Gustavsson et al., (2011) citado por EuroPoPP (2013) o custo total dos distúrbios mentais² em 30 países europeus representou 798 mil milhões de euros. Este custo global para além do incremento

dos custos dos sistemas de saúde, o aumento de outros fatores como o absentismo no trabalho e a diminuição da produtividade, bem como o fato dos indivíduos e as suas famílias enfrentarem a redução do seu rendimento, reformas antecipadas, desemprego, dependência de apoios e prestações sociais e uma carga direta e indireta dos custos da saúde. Associado a estes constrangimentos, os Estados enfrentam elevadas perdas na receita dos impostos, por diminuição do consumo e aumento da taxa de desemprego (Emiroglu, N. & Kasapi, E, 2014). Estes custos repercutem-se ainda sobre as pessoas pelo facto de estas serem penalizadas pelas consequências da doença na perda de meios (e.g., emprego) que lhes permitam acesso à sua sustentabilidade e, conseqüentemente, acesso aos meios de tratamento, constituindo-se assim um círculo vicioso. Deste modo, o fato de muitas pessoas terem de pagar diretamente os cuidados de saúde, implica indubitavelmente uma sobrecarga considerável sobre os rendimentos das famílias e constitui-se como uma barreira no acesso aos cuidados.

Esta conjugação de factores desfavoráveis completa-se com a constatação que o desemprego, a insegurança no trabalho e a discriminação aumentam o risco

1 Disability adjusted life years – Dalys

2 Estes dados incluem doenças mentais, neurodegenerativas e neurológicas.

de distúrbios físicos e mentais (EOHSP, 2014). De acordo com a OCDE (2015), um em cada três desempregados a receber subsídio sofre de uma doença mental. Corroborando estes dados, existe atualmente evidência robusta que demonstra a relação do desemprego de longa duração com níveis de doença mais elevados, sobretudo problemas de saúde mental e o aumento da mortalidade por suicídio, em particular entre a população mais pobre e vulnerável (Eurofound, 2014). Também o EOHSP (2015) refere existirem indícios de um aumento dos distúrbios mentais e do suicídio, bem como da descida do nível da saúde auto-reportada.

Perante tais circunstâncias, garantir um acesso aos cuidados de saúde com qualidade pode contribuir para dar resposta às problemáticas da pobreza e da exclusão social, sendo crucial o investimento no desenvolvimento social e humano e no crescimento económico e de recursos humanos saudáveis como forma de contribuir para a melhoria da saúde da população, para ganhos em saúde, para a proteção no acesso e serviços disponíveis das pessoas mais vulneráveis e com carências económicas, para a manutenção de uma força de trabalho produtiva e para a redução dos custos dos cuidados de saúde no longo prazo (Emiroglu, N.

& Kasapi, E, 2014; Eurofound, 2014). Neste sentido denota-se que em Portugal é reconhecido que o acesso aos cuidados de saúde de qualidade, em todos os níveis da prestação, representa um direito fundamental do cidadão (Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro).

É ainda recomendável uma adequada coordenação do continuum de cuidados de modo a garantir maior efetividade e, ao mesmo tempo, que se altere a evidente desvantagem dos serviços de saúde mental no que concerne ao financiamento (Emiroglu, N. & Kasapi, E., 2014).

IMPACTO DA CRISE NO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL

A crise tem impacto no acesso aos cuidados de saúde mental pelas suas implicações do lado da oferta, da procura e da relação entre ambas.

Pelo lado da oferta e tal como já foi demonstrado no primeiro capítulo, denota-se uma diminuição do financiamento das áreas de cuidados de saúde mental. Esta diminuição é particularmente evidente nos países do sul da Europa com Portugal a ocupar um lugar de destaque pela negativa, e é particularmente grave

porque reduziu o orçamento daquela que é historicamente a área mais pobre. Apesar disso, denota-se que o corte do financiamento dos cuidados de saúde de alguns países não implicou alterações nos serviços, mesmo nos mais afectados pela crise (Eurofound, 2014), demonstrando que outros caminhos são possíveis.

Ao nível dos serviços de saúde mental na comunidade, em alguns países, a crise atrasou o seu desenvolvimento. Na Irlanda, a reforma dos cuidados de saúde mental foi afetada pela crise, tendo implicado um atraso no aumento e melhoria da provisão destes cuidados na comunidade, em termos orçamentais, e da transferência de profissionais do hospital para a comunidade. Este constrangimento resultou numa carência de serviços, na sobremedicação e no aumento dos internamentos hospitalares de pessoas com problemas mentais e das respetivas readmissões (Eurofound, 2014). Na Grécia, o financiamento público dos programas de saúde mental sofreu cortes de 20% em 2011 e 55% em 2012 (Kentikelenis et al., 2014, como referido em Eurofound, 2014).

Também a redução do número de profissionais de saúde e de camas de internamento tem repercussões no acesso aos cuidados de saúde mental, sendo que em Portugal a redução de camas não foi acompanhada da

concomitante criação de uma rede de cuidados continuados, a qual está prevista há vários anos, mas ainda se mantém muito aquém das necessidades.

Tem vindo igualmente a ser observada uma redução da disponibilidade dos serviços, pela diminuição e limitações na contratação de recursos humanos, aliado ao fenómeno da migração dos profissionais.

Neste âmbito verifica-se que, enquanto que os cortes nos recursos humanos estão claramente ligados à crise, as dificuldades no recrutamento do pessoal é muitas vezes explicado por tendências de longo prazo, como o fenómeno da emigração de médicos e as dificuldades em contratar pessoal para as zonas rurais. Por exemplo, na Hungria 70,5% dos médicos de medicina geral e familiar têm 50 ou mais anos de idade. No entanto, ressalva-se que a crise interagiu com estas tendências, em particular pelo corte de salários, mandatados pelos governos ou introduzidos diretamente pelos prestadores de saúde. Por outro lado, em alguns países, os cortes não influenciaram os ordenados mensais, mas afetaram outras formas de remuneração, como foi observado em Espanha, na Catalunha, onde foram abolidos os prémios pelo desempenho dos profissionais de saúde mental (Eurofound, 2014).

Do lado da procura é sabido que a crise agravou a pobreza e a exclusão social, afetando a saúde mental e física. Sobre a pobreza e exclusão social veja-se o já citado relatório da Caritas Europa (Leahy *et al.*, 2015). Sobre a repercussão da crise na saúde mental e física, a evidência é extensa. Num inquérito realizado a nível Europeu, em 2011, para avaliar a perceção das pessoas ao nível do impacto da crise na sua qualidade de vida, foi concluído que as pessoas com baixos rendimentos reportaram mais dificuldades em cumprir os seus compromissos e, ainda, problemas com o equilíbrio no trabalho, saúde e acesso aos cuidados de saúde (EU, 2012).

No que diz respeito aos problemas de saúde mental, representam uma preocupação central em contexto de crise. A evidência tem vindo a demonstrar que se verifica uma associação entre o aumento do suicídio e a crise nos países muito afetados pela recessão. Como exemplo desta realidade na Grécia e Irlanda o suicídio registou um aumento 17% e 13%, respetivamente. Um outro estudo recentemente realizado na Grécia sobre o impacto da crise, observou um aumento das taxas de prevalência da depressão maior, entre 2008 e 2011, com ligação significativa às dificuldades financeiras (Eurofound, 2014).

Os países europeus ocidentais e do norte reportaram uma melhor qualidade de vida, enquanto que os países da Europa do sul e de leste reportaram menor qualidade de vida. Na Grécia, Eslováquia e Portugal, pouco mais de 30% das pessoas expressaram estar otimistas quanto ao futuro, face a 80% na Suécia e Dinamarca que estavam muito otimistas. Mais de um, em três respondentes, afirmou ter tido um agravamento da sua situação financeira, particularmente pessoas com baixos rendimentos e na faixa etária entre os 50 e os 64 anos de idade (EU, 2012).

Consequentemente, durante o período de crise verificou-se uma diminuição do acesso dos grupos mais vulneráveis, associada à redução da disponibilidade financeira das famílias e aos atrasos no financiamento público e aos cortes orçamentais introduzidos em alguns Estados em serviços com excesso de procura. Na Irlanda, observou-se uma diminuição do financiamento, em particular nos cuidados domiciliários (incluindo cuidados de enfermagem e fisioterapia e apoio domiciliário), tendo-se verificado uma redução das horas de serviço de 13 milhões, em 2008, para 9 milhões em 2013. Em simultâneo, o número de pessoas a receber cuidados domiciliários aumentou de 9 000 para 11 000.

Um outro exemplo, desta realidade foi observado na Holanda, Eslovénia e Suécia, em que ocorreram cortes nos orçamentos dos cuidados de saúde mental, apesar da procura destes ter aumentado, em geral, durante o período de crise (Eurofound, 2014).

RESPOSTAS PARA A MELHORIA DO ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL

A crise teve alguns impactos negativos ao nível do acesso dos serviços de saúde, tendo sido tomadas determinadas medidas em alguns países para mitigar estes efeitos e melhorar o acesso, em particular dos grupos em situações vulneráveis.

Vários governos e prestadores de serviços, durante o período de crise, sentiram necessidade de ampliar e manter de forma continuada a cobertura aos grupos mais vulneráveis, pela redução das barreiras financeiras no acesso aos cuidados de saúde. Estas medidas traduziram-se de várias formas, nomeadamente através da isenção (alargando a cobertura aos grupos mais vulneráveis) ou redução do pagamento dos cuidados de saúde facilitando o acesso a uma maior proporção da população.

Constatou-se que a manutenção deste tipo respostas, de certa forma, tem amenizado o impacto da crise no acesso aos serviços de saúde destes grupos em particular (Eurofound, 2014). Em alinhamento com esta constatação, salienta-se que o foco dos governantes deve ser dirigido, em primeiro lugar, aos grupos mais vulneráveis, porém deve também ser dada atenção à situação das pessoas com problemas relacionados com o desemprego, dívidas, instabilidade em termos de habitação e no acesso aos serviços (EU, 2012).

Parece igualmente importante a redução dos cuidados de internamento não essenciais, uma vez que o desvio do fluxo dos utentes dos serviços de internamento para outro tipo de cuidados menos dispendiosos, poderá libertar recursos e melhorar o acesso. Esta realidade poderá ainda beneficiar os utentes com acesso reduzido ao hospital, assim estejam estas estruturas de cuidados bem desenvolvidas. Neste âmbito, distinguem-se três tipos de tendências: redução dos internamentos hospitalares pelo desvio do fluxo dos doentes para serviços de cuidados de ambatório; desinstitucionalização das pessoas com incapacidade ou problemas mentais e; manutenção dos idosos na comunidade (Eurofound, 2014).

Especificamente no caso da desinstitucionalização das pessoas com incapacidade (que em média frequentemente necessitam de mais cuidados de saúde) e com problemas mentais representam uma tendência de longa duração, determinada principalmente por argumentos relacionados com os direitos humanos. Nos países da OCDE (2015), os distúrbios mentais contabilizam 30-50% de todos os benefícios sociais atribuídos por incapacidade. A Letónia, foi um dos países em que o processo de desinstitucionalização foi claramente acelerado como uma medida para atenuar o impacto da crise, tendo a redução de custos desempenhado um importante papel. Embora os cuidados domiciliários médicos representassem apenas uma pequena fração dos cuidados de ambulatório, durante a crise aumentou a sua procura, dado que passaram a ser utilizados em substituição dos internamentos e dos cuidados de saúde prestados a nível institucional. As pessoas com problemas de saúde mental (em 2009) e com incapacidade (em 2011) passaram a ter direito aos cuidados domiciliários, bem como foram alargadas as respostas nas unidades residenciais e centros de dia de cuidados psiquiátricos. Em simultâneo, foram criados incentivos para promover a alteração do fluxo de doentes dos hospitais

psiquiátricos para instituições de cariz social, gerando um maior potencial para a redução de instituições de internamento. Esta foi uma resposta à crise financeira e o subsequente decréscimo nos recursos financeiros disponíveis para os cuidados de saúde, em particular para o internamento (Eurofound, 2014).

Relativamente à necessidade de manutenção dos mais idosos na comunidade, prende-se com o fato destes estarem mais propensos a ter problemas de saúde mental ou de incapacidade, sendo frequentemente hospitalizados. Os governos têm ativamente procurado acompanhar esta necessidade, tentando manter mais tempo os idosos na comunidade, pela melhoria da sua qualidade de vida e da redução da despesa pública. Durante o período de crise alguns governos aceleraram esta política para mitigar os impactos desta, tendo o foco estado na redução dos internamentos. Em alguns casos foram tomadas iniciativas a nível local ou institucional. Como exemplo destas, a Suécia na região de *Skåne* tentou balancear os orçamentos, pelo fecho de uma unidade hospitalar em *Lund*, destinada principalmente a idosos com doenças crónicas e pela transferência dos doentes para uma nova unidade, mais pequena em *Malmö*. Perante a falta de camas, *Skåne* focou-se no aumento do

número de serviços de cuidados domiciliários, em vez do incremento do número de camas hospitalares. Também procurou melhorar o acesso aos mais idosos quanto às barreiras geográficas. O aumento dos cuidados domiciliários contribuiu para aliviar a pressão sobre o hospital e especificamente os serviços de emergência (Eurofound, 2014).

Os mesmos autores referem ainda um outro exemplo, na Irlanda, onde o serviço prestador procurou reduzir a procura dos cuidados de internamento, pela cooperação com os prestadores de cuidados sedeados na comunidade e outros hospitais com vista à promoção de mais cuidados de ambulatório na comunidade para os mais idosos. Esta medida permitiu que os idosos permanecessem mais tempo no seu domicílio.

No curto-prazo a desinstitucionalização necessita de investimento para o desenvolvimento de uma alternativa de serviços de cuidados de saúde adequada. Dado o atual momento de crise, os recursos são limitados para tais investimentos e uma abordagem de contenção de custos poderá originar uma diminuição da qualidade do cuidado prestado e maiores custos no longo-prazo. Quando não se consegue dar resposta às necessidades de cuidados de saúde,

a necessidade de mais cuidados e durante mais tempo pode escalar. A redução dos internamentos hospitalares pode libertar os recursos para manter o acesso efetivo, porém os serviços de ambulatório devem estar bem desenvolvidos. Por exemplo, a disponibilidade reduzida dos recursos em tempo de crise, tem dificultado a aquisição de veículos, que permitam aos prestadores de cuidados de saúde melhorar os cuidados domiciliários. Além disso, cortar simplesmente o número de camas não implica necessariamente a redução de custos, em particular se as infraestruturas de suporte às camas não estiver bem ajustada. Similarmente, quando os cuidados prestados na comunidade estão bem desenvolvidos, a desinstitucionalização pode ser uma medida com potencial para colmatar as lacunas ao nível dos cuidados de saúde prestados. Nos países em que esta condição não se verifica, originou situações, como é o caso da Grécia, em que com o fecho de várias enfermarias em hospitais públicos psiquiátricos, os doentes foram transferidos para instituições em regime de internamento em clínicas de estadia curta (Eurofound, 2014).

O Eurofound (2014) indica ainda algumas medidas, entre outras, que poderão contribuir para um melhor acesso em tempo de crise, cujo foco

se centra na provisão de serviços, pela garantia de alguns serviços de cuidados de saúde básicos, como a passagem dos médicos especialistas para os Cuidados de Saúde Primários (CSP) ou o aumento da utilização das tecnologias de informação e comunicação para garantia de uma provisão de serviços menos dispendiosa. Reforçando esta ideia, no Guidance for Commissioners da Joint Commissioning Panel for Mental Health (JCPMH, 2013), a gestão e tratamento dos distúrbios mentais ao nível dos CSP são apontados como um passo essencial para possibilitar ao maior número possível de pessoas ter um melhor e mais rápido acesso aos serviços.

Neste âmbito, com o aumento da procura, foram criados ou mantidos serviços básicos para garantir o acesso atempado, independentemente da falta de recursos. Um exemplo desta realidade está relacionado com a inclusão de sessões de grupo básicas para pessoas com problemas psicológicos. Este tipo de sessões foram introduzidas na Eslovénia, numa área particularmente afetada pela crise, e pelos prestadores de cuidados de saúde mental na Grécia e Espanha. Algumas pessoas com necessidades de cuidados de saúde têm enfrentado um aumento da incapacidade para pagar os transportes e a estadia

(se necessário pernoitar na área do prestador de cuidados mais próximo), bem como se tem vindo a assistir ao fecho alguns hospitais em certas zonas remotas. Para facilitar o acesso aos doentes nestas áreas, pequenas unidades móveis poderão ajudar, como por exemplo, na Bulgária em que foram criados gabinetes com acesso a alguns cuidados de saúde básicos em centros de emergência de ajuda médica (Eurofound, 2014).

Por outro lado, constata-se que a crise implicou a alteração da procura dos serviços de cuidados de saúde, fato que poderá colocar o acesso em risco, dado que os serviços poderão não estar preparados para essa circunstância. Em alguns países, foram priorizados certos serviços e noutros verificou-se mesmo um aumento do financiamento. Na Suécia, foi observado um aumento da prevalência da doença mental, na região de *Skåne*, em particular entre a população mais jovem. Em resposta foram investidos cerca de 10,9 milhões de euros em novas medidas, incluindo linhas telefónicas de ajuda e o aumento do contato dos médicos com este grupo de doentes (Eurofound, 2014).

Numa outra perspectiva, muitos países foram também afetados pelo aumento da necessidade de serviços de saúde e redução dos recursos para aceder

aos serviços, motivados pelo impacto no nível do rendimento das famílias. Em resposta a estas dificuldades foram emergindo várias estratégias, nomeadamente pela criação de alianças entre as organizações de saúde ou sociais e os governos locais. Um exemplo, destas são as ONG, em que uma boa articulação poderá permitir uma melhor identificação dos grupos com necessidades médicas não atendidas (Eurofound, 2014). A nível europeu as ONG, através de orçamentos nacionais (por vezes suplementados por financiamento da União Europeia), têm vindo a desempenhar um proeminente papel em áreas como o controlo do consumo do tabaco, prevenção do consumo de drogas e álcool, prevenção do suicídio e promoção da saúde mental (EOHSP, 2014).

Denotam-se ainda que, sendo parte do aumento da procura de serviços públicos de saúde proveniente das necessidades não médicas, coloca os serviços alternativos naturalmente mais bem posicionados para prestar o apoio necessário. Por exemplo os CSP deparam-se com pessoas com privações nas condições de vida e os serviços de saúde mental que lidam com as crises de ansiedade pela perda do trabalho e problemas de endividamento. Assim, no caso dos problemas de saúde mental relacionados com situações de

desemprego parece legítimo que se tentem criar alianças entre os diferentes setores a nível político e também ao nível dos prestadores dos cuidados de saúde, entre os organismos ligados à promoção do emprego e integração no mercado de trabalho e os prestadores de cuidados de saúde mental. De modo similar as pessoas com necessidades de cuidados de saúde mental devido a situações de endividamento e diminuição do seu rendimento familiar poderão ser encaminhados para serviços de aconselhamento ou ser implementadas políticas efetivas que permitam resolução dos problemas financeiros, os quais poderão ser essenciais para a uma solução a longo-prazo (Eurofound, 2014).

Reforçando esta ideia, parece importante realçar que as intervenções de longa duração poderão melhorar fatores como o acesso, equipamento, integração social e perceção de segurança, sendo efetivas na melhoria da saúde das populações. O “*Demetriq Project*” da Comissão Europeia concluiu que as políticas que promovem a estabilidade financeira, dos indivíduos que estão numa situação mais fragilizada na sociedade, pelo aumento das suas possibilidades de se empregarem, melhoram a segurança na manutenção do trabalho e reduzem os efeitos adversos da recessão. Além disso,

um investimento inteligente na proteção da saúde e do social poderá induzir uma poupança de 3€ por cada 1€ gasto, bem como estratégias de pagamento mais justas reduzem as iniquidades na saúde mental (Ricciardi, W, 2015).

Os governos possuem reais opções políticas para promoção da equidade em saúde, pela priorização das políticas de trabalho e sociais que fortaleçam um emprego sustentável nos orçamentos nacionais (Ricciardi, W, 2015). Por exemplo, em 1999, no Reino Unido, a introdução do ordenado mínimo nacional, reduziu não só ansiedade face a situação financeira dos seus recetores, como também as queixas de situações depressivas entre as pessoas com baixos rendimentos, podendo deste modo ter contribuído para uma diminuição das iniquidades na saúde mental (Reeves A., McKee M., Mackenbach, J.P. s.d, referidos em Mackenbach, J.P., 2015). Também se denota que a existência de políticas de integração no mercado de trabalho bem desenvolvidas, cujo foco seja a reintegração de pessoas com incapacidade, estão relacionadas com níveis de stress no trabalho inferiores a nível nacional na Europa, podendo igualmente contribuir para a redução das iniquidades ao nível dos problemas de saúde relacionados com o *stress* (Wahrendorf M. & Siegrist J., 2014)

Em termos de promoção da saúde pública, os países da Europa ocidental identificaram como prioritárias as doenças cardiovasculares e a saúde mental (EOHSP, 2014). Ao nível das políticas de promoção da saúde mental, são observadas grandes diferenças entre os países europeus. De uma análise em 10 estados membros europeus foi concluído que apenas três tinham iniciado o desenvolvimento de políticas de promoção da saúde mental (Ozamiz, 2011, como referido em EOHSP, 2014).

A saúde mental permanece frequentemente à margem dos serviços de saúde e de emprego - desprovidos de recursos e sobrevalorizados. Ao nível dos países da OCDE, as políticas efectivas de gestão da doença, quando existem, são muitas vezes fracamente implementadas. De modo similar, muito pouco tem sido feito para encorajar os médicos de medicina geral e familiar – “Ponto primordial de acesso ao sistema de saúde e da gestão das doenças e da incapacidade” em muitos dos países da OCDE – a ajudar os trabalhadores em situação de baixa a retomarem os seus postos de trabalho.

Observa-se igualmente a falta de ferramentas adequadas para identificar os problemas de saúde mental e de preparação dos profissionais,

dos serviços ligados à promoção do emprego e no acompanhamento e orientação dos desempregados (OCDE, 2015).

Mostra-se assim necessário antecipar os potenciais impactos de uma crise económico financeira ou de outros factores que no curto e longo prazo possam afetar a saúde e bem estar das populações, providenciando uma boa rede de suporte ao desemprego e a problemas de habitação. Além disso, o aumento dos problemas de saúde mentais ou físicos e crónicos, das doenças e da incapacidade requer uma maior atenção e uma resposta ao nível das políticas para redução das barreiras a estas pessoas (EU, 2012).

O financiamento revela-se igualmente um fator crítico para a prossecução de um sistema de saúde mental viável, onde os planos e as políticas são traduzidos em ação através da afetação de recursos (WHO, 2003 como referido em OPSS, 2014). As reformas da saúde mental devem assim fazer parte das reformas major do sistema de saúde (WHO, 2001), atentando sempre que a definição de um pagamento dos serviços de saúde mental que garanta um acesso justo, terá que considerar o grande desafio das atuais e futuras necessidades dos cuidados de longa duração, as quais poderão empobrecer o doente e

impossibilitá-lo de pagar o seu próprio tratamento (MHEEN, 2008, como referido em OPSS, 2014).

ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE MENTAL - PERSPETIVA NACIONAL

O acesso aos cuidados é um conceito crucial em saúde, sendo a dificuldade de acesso o principal fator referenciado na gestão de saúde familiar (Oliveira, 2014) mais sentido na área da saúde mental. "É consensual que a prestação de cuidados de saúde mental tem sido subalternizada relativamente à prestação de cuidados de saúde física. Tal é particularmente relevante se considerarmos a alta prevalência de problemas de saúde mental, principalmente nos países desenvolvidos" (Miguel & Sá, 2010: 23), o que coloca as questões do acesso como centrais ao sistema de cuidados, dadas as insuficiências registadas, nomeadamente pela Comissão Nacional da Coordenação em Saúde Mental (2007) onde afirma que os serviços de saúde mental sofrem de insuficiências graves, a nível do acesso, da equidade e da qualidade de cuidados.

A questão do acesso aos cuidados em saúde mental tem sido uma das áreas mais aprofundada nos

últimos anos, estando já identificados vários dos seus determinantes: estigma e desconhecimento face à doença mental; escassez de recursos humanos e estruturais; baixa prioridade em termos de opção política; orçamento desproporcionadamente baixo para a carga das doenças implicadas; organização deficiente dos serviços de psiquiatria, com concentração em grandes instituições centralizadas e pouco articuladas com os CSP (Portugal, 2012).

Este aspeto ganha ainda maior relevância dada a elevada prevalência de doença mental, atingindo cerca de 22,9% da população ao longo da vida, segundo o estudo epidemiológico nacional de saúde mental (Almeida & Xavier, 2013). Neste estudo salienta-se a escassez de doentes que receberam tratamento, 18,2% nos casos ligeiros, 35,1% nos moderados e 66,4% nos casos graves, variando o **treatment gap** entre 81,8% nos casos ligeiros as 33,6 nas perturbações graves, sendo estes dados preocupantes. Todavia, merece igualmente destaque a ausência de tratamento de mais de metade dos casos no primeiro ano, sendo mais evidente na perturbação de ansiedade generalizada (65,7%), na distímia (62,5%), na depressão major (62,2%) e finalmente na perturbação de pânico (54,2%). No caso de depressão major

a mediana do atraso é de 4 anos (Almeida & Xavier, 2013) o que permite pressupor uma reduzida literacia em saúde ou dificuldade no acesso aos cuidados, apesar da elevada carga de morbilidade, quantificada através dos anos vividos com incapacidade (YLD)¹, onde as perturbações mentais e do comportamento se destacaram de modo proeminente (20,55%), face ao valor encontrado para as nosologias que se lhe seguem, as respiratórias (5,06%) e a diabetes (4,07%) (Portugal, 2014).

Adicionalmente e de acordo com Vaz Serra (2014) sabemos que o estado mental em que se encontram os portugueses e os cidadãos da UE15 está altamente correlacionado com as consequências da crise nomeadamente com o nível de desemprego e endividamento. Os dados revelam uma correlação positiva e bastante significativa entre a sensação de agravamento da vida, taxa de desemprego e taxa de desemprego de longa duração (Vaz Serra, 2014). O desemprego e o desemprego de longa duração apresentam ainda uma correlação negativa e altamente significativa com a felicidade e a insatisfação com a vida. Também se verifica uma correlação positiva e muito significativa entre a satisfação com a vida e a satisfação com a economia, bem como entre as variáveis de saúde

¹ Disability adjusted life years – Dalys

mental - depressão, ansiedade, sensação de calma e paz, tristeza, agravamento com a vida e felicidade – e a satisfação com a economia. Comparativamente com os restantes países da UE15, Portugal apresenta uma taxa de felicidade mais baixa (69,2%), bastante inferior à média (86,2%). A Dinamarca e Finlândia são os países que apresentam uma taxa de felicidade mais elevada (Vaz Serra, 2014).

A duração do período de desemprego afeta a saúde mental e está relacionada com um aumento do risco de pobreza e exclusão social. O desemprego de longo prazo aumentou bastante na UE15 desde o início da crise e os países mais afetados foram a Grécia, Espanha, Irlanda e Portugal. Apenas na Alemanha se verifica uma diminuição do desemprego de longa duração, entre 2008 e 2012. Esta variável está significativamente correlacionada com o agravamento das condições de vida, satisfação com a vida, sensação de felicidade, insatisfação com o governo, economia, democracia e má avaliação do estado dos serviços de saúde. O aumento de 1% na taxa de crescimento do desemprego de longo prazo, eleva 7,0% a sensação de agravamento da vida e diminui 2,8% a satisfação com a vida e 2,2% a sensação de felicidade (Vaz Serra, 2014). Constata-se

também uma correlação positiva e altamente significativa entre o risco de empobrecimento e exclusão social e o período de duração do desemprego (Vaz Serra, 2014). O aumento de 1% na taxa de crescimento do desemprego de longo prazo, implica um aumento de 1,4% no risco de empobrecimento e exclusão social. E o aumento de 1% no risco de pobreza e exclusão social, aumenta 1,5% a sensação de tristeza e aumenta 3,4% a sensação de agravamento da vida.

As consequências das doenças mentais são diversas e podem atingir vários graus de gravidade sendo, a perda de vida induzida – suicídio e homicídio - a mais grave de todas. Stuckler *et al.* (2009) constataram que um aumento de 1% na taxa de desemprego implicava um aumento de 0,79% na taxa de suicídios em idades inferiores a 65 anos e a um aumento de 0,79% em homicídios. Também Karanikolos *et al.* (2013) confirma que o aumento de 1% na taxa de desemprego está associado ao aumento da taxa de suicídios e homicídios. Estudos demonstram que os desempregados têm 2/3 de maior risco de suicídio (Chang, S.S., Stuckler, D., Yip, P. & Gunnell, D, 2013). Em períodos de recessão é frequente verificar-se uma diminuição da taxa de mortalidade, a médio prazo, e um aumento, em períodos

de crescimento económico. Entre 2008 e 2010, a taxa de mortalidade devido a acidentes de automóveis diminuiu em Portugal, bem como em todos os países da UE15. Esta diminuição foi mais acentuada em Espanha, Irlanda e Grécia. Devido à diminuição de rendimentos, as pessoas têm tendência a conduzir menos, o que leva a um menor número de mortes por acidentes de automóvel (Karanikolos *et al.*, 2013).

Por outro lado, a taxa de mortalidade devido ao consumo de álcool aumentou, em Portugal, entre 2008 e 2010, relativamente ao verificado antes da crise. No entanto, esta taxa encontra-se bastante abaixo da média de países da UE15, uma vez que em 2010 esta era de 1,4% para Portugal e 2,5% na média de países da UE15. O aumento do consumo de álcool é frequente em períodos de crise. Estudos indicam que o *stress* induz ao consumo de álcool como mecanismo redutor do estado de tensão emocional (Vaz Serra, 2007).

Perante este cenário e apesar da descentralização dos serviços de saúde mental e das implicações positivas que a mesma teve no acesso aos serviços, continua-se a verificar uma cobertura insuficiente (MS/ACSS, 2008).

Por outro lado e do processo de desinstitucionalização iniciado em Portugal em 2009, já resultou numa diminuição de 40% do número de doentes institucionalizados em hospitais psiquiátricos. Era expectável que associado a este processo de desinstitucionalização fossem desencadeadas um conjunto de medidas tendentes a responder de forma adequada às necessidades destes doentes. Com o objetivo de analisar esse processo Palha & Costa (2015) desenvolveram um estudo no qual se destacam os seguintes aspetos das suas conclusões:

- ***“Na realidade assistiu-se ao encerramento de 3 hospitais psiquiátricos – Hospital Miguel Bombarda, Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes e Hospital do Lorvão, em 3 distritos, sem que o compromisso assumido pela Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2007), que garantiu que os hospitais psiquiátricos não seriam encerrados sem que, entretanto, tivessem sido criadas instituições de prestação de cuidados de saúde mental alternativas, sem que o orçamento alocado aos hospitais psiquiátricos fosse realocado a serviços comunitários e, ainda, sem que o aumento do número de profissionais não médicos a trabalhar na área da saúde mental estivesse assegurado.*”**

- *O comprometimento da boa execução do processo de desinstitucionalização e de uma adequada prestação de cuidados de saúde mental às populações associa-se, igualmente, à estagnação nos cuidados continuados integrados de saúde mental” (p.73).*

O mesmo estudo conclui ainda que as premissas orientadoras do processo de desinstitucionalização em algumas situações, não foram seguidas “... existindo claras discrepâncias entre a forma como os doentes foram tratados, e sendo evidente terem sido tomadas decisões que pioraram a situação de doentes. Desta forma, é possível dizer que, no domínio da doença mental, e em particular no que diz respeito aos doentes mais graves, os eixos estratégicos propostos no Plano Nacional de Saúde 2012-2014 não estão a ser acautelados” (p.74)

Também o “Relatório Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental” (ACSS, 2014) refere que “As necessidades existentes, sentidas e não sentidas, considerando os rácios pré-definidos (DGS, 1995), podem considerar-se assimétricas, quer no setor público, quer no social, com desvio claro para

a faixa litoral, em particular no que se refere às camas disponíveis para o internamento de doentes em fase aguda da sua doença, pondo em causa o princípio da proximidade/ acessibilidade. Merecedora de particular preocupação é a situação respeitante à admissão de doentes em estruturas compatíveis com internamentos de longa duração, em que unidades, quer públicas, quer sociais, de grande capacidade substituem as desejáveis estruturas residenciais, de várias tipologias, que deveriam integrar a rede de cuidados continuados de saúde mental e que se restringe às unidades criadas no âmbito do já citado Despacho 407/98” (p.6).

“No que respeita às necessidades de recursos humanos, e tomando sempre como referência os rácios pré-definidos (DGS, 1995), constata-se uma assimetria entre as regiões e, dentro destas, entre serviços, em todos os setores profissionais considerados. No caso dos médicos de psiquiatria de adultos, enquanto nas regiões do Alentejo e Algarve os números se situam em cerca de metade dos desejáveis, nas restantes regiões eles situam-se entre 14 e 45% acima daqueles. Na psiquiatria da infância e da adolescência, a situação é bem mais preocupante, pois apenas nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo e do Norte,

o número é ligeiramente superior a metade do desejável. No setor da enfermagem, só nas regiões do Centro e de Lisboa e Vale do Tejo, os números se aproximam do desejável, sendo particularmente baixos nas regiões do Alentejo e Algarve, não atingindo no Norte metade do desejável. Situação ainda mais débil, para os grupos profissionais de serviço social e terapia ocupacional. No caso dos profissionais de psicologia, os números encontram-se abaixo do desejável nas regiões do Alentejo, Algarve e Centro, nas restantes estando acima, em particular em Lisboa e Vale do Tejo, em que o número ultrapassa em mais de 50% o considerado necessário” (p.7).

Tarda portanto a concretização da Rede Nacional de Cuidados Continuados para a Saúde Mental, prevista desde 2010 (Decreto-Lei 8/2010 de 28 de janeiro). Sobre esta Rede assinala-se o recente anúncio de um compromisso de cooperação entre o Governo, a Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade e as Mutualidades Portuguesas (Ministério da Saúde e Ministério da Segurança Social, 2015), no qual se prevê a abertura de unidades pertencentes ao setor social e solidário, entre 2015 e 2016, e que tenham sido alvo de financiamento comunitário, em

função das necessidades regionais que vierem a ser identificadas, com especial relevância para as áreas de cuidados continuados dirigidos à Saúde Mental e Cuidados Paliativos. Ou seja, mais uma vez se optou pela criação de camas em detrimento da criação de equipas, apesar de as primeiras serem manifestamente mais caras e de imporem nova institucionalização. Também não é claro o critério que conduziu à decisão de abrir as unidades em Almeida e Ponte de Lima.

A falta de capacidade dos sistemas de saúde para dar resposta às necessidades das populações tem conduzido vários autores a sugerir que os CSP devem ter um papel cada vez mais relevante na prestação de cuidados de saúde mental. Além disso, a oferta deste tipo de cuidados ao nível dos CSP permite aproveitar algumas vantagens como um melhor conhecimento da família e do meio socioeconómico envolvente, uma maior proximidade e uma menor estigmatização dos serviços (Miguel & Sá, 2010).

Num estudo concluído em 2012, a propósito de um serviço local de saúde mental, em Famalicão o autor concluiu que a maior parte dos pedidos de consulta era oriunda dos cuidados de saúde comunitários. Verificou-se uma tendência de

aumento apesar de haver uma parte considerável de doentes que não é tratada, que permitiu identificar diferentes perfis: os que não são reconhecidos e os que, apesar de identificados, continuam sem receber tratamento. Assumem como barreiras no acesso aos cuidados, por ordem decrescente, os custos associados ao transporte, a distância ao local de consulta e o tempo de espera para a primeira consulta. Mas também a reduzida percentagem de altas, o número crescente de pedido de consultas e a escassez de recursos humanos são barreiras identificadas. Por sua vez os cuidadores referem o acesso como um problema, assim como a falta de apoio pela rede de suporte, apesar da sua elevada satisfação com os serviços prestados (Teixeira, 2012).

A falta de dinheiro para o transporte haveria de ser referida como responsável pela ausência às consultas (Carvalho & Rodrigues, 2013), aumentando consideravelmente o número de consultas perdidas (ACSS, 2013). Apesar de ter havido aumento das famílias abrangidas pela isenção de taxas moderadoras, de 1,9 milhões em 2006 para 2,8 milhões em 2013 (Eurofund, 2014), a parte substantiva do problema parece estar a montante com a escassez ou inexistência de apoio para os transportes.

Por outro lado, constata-se a incapacidade para comprar toda a medicação prescrita por razões económicas (Carvalho & Rodrigues, 2013), ao que não será estranho o facto de ter sido identificado no acesso às urgências, a descontinuidade de toma de medicação que ronda os 50% nos casos de sintomatologia psicótica (Alves, 2013). Também a CEGEDIM (2012) num estudo relacionado com a saúde, concluiu existirem claros sinais relativos à diminuição do acesso aos medicamentos por parte dos doentes, associado ao seu empobrecimento. Facto a que não deverá ser alheio a diminuição da comparticipação pelo governo de medicamentos antipsicóticos que deixou de ser de 100% para, nalguns casos, ser suportado pelo doente em 5 ou 10% do custo do tratamento (European Observatory on Health Systems and Policies, 2014). Tal aliás é confirmado por um estudo desenvolvido por Leopold *et al.* (2014) que demonstra que em Portugal se verificou que o conjunto de medidas de contenção de custos que estavam em curso antes e depois de outubro 2010 (diminuição da comparticipação de medicamentos antipsicóticos) levou a uma súbita ligeira diminuição global, estatisticamente significativa, de uso de antipsicóticos genéricos. Ou seja, assumindo uma posologia diária de três comprimidos, as mudanças de

políticas podem ter resultado em 6-97 menos dias de tratamento entre 100 000 pessoas por mês em Portugal.

Apesar do referido, assistimos, entre 2011 e 2012, a um aumento de 7,6% do consumo de antidepressivos e estabilizadores do humor e de 1,5% de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (Infarmed, 2013).

Situação preocupante se tivermos em conta o sofrimento mental que estes dados representam, reforçando a ideia de que a crise parece ter tido um impacto negativo na saúde mental e nos comportamentos de procura de ajuda, particularmente entre os grupos vulneráveis (European Observatory on Health Systems and Policies, 2014).

Num estudo realizado visando a caracterização do utilizador da urgência metropolitana no Porto, na procura de cuidados de saúde mental, Alves (2013), verificou que a dificuldade de marcação de consulta e os tempos de espera indiciam problemas de acesso aos cuidados especializados, em que cerca de um em cada dez doentes que refere explicitamente dificuldades no acesso aos serviços de saúde mental. A dificuldade na marcação de consulta, os elevados tempos de espera e o acompanhamento pouco consistente pelos serviços

de saúde mental na comunidade, atuam como barreiras no acesso aos serviços, funcionando o serviço de urgência como porta de entrada, sendo identificados problemas na continuidade de cuidados e na articulação entre o internamento e o ambulatório (Alves, 2013).

Os CSP parecem ser uma componente fundamental na diminuição/resolução das dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Articulação defendida por variadas razões onde destacamos: a prevalência de doença mental na comunidade, o incremento do acesso, a diminuição do estigma, a diminuição de custos e a obtenção de bons resultados (WHO, ONCA, 2008).

Algumas propostas e/ou experiências em CSP, embora em fase embrionária podem promover o acesso aos cuidados. Questões de ordem organizacional, melhores bases de dados (Alves, 2013), a implementação do *case management*, através da criação da figura do terapeuta de referência (Teixeira, 2012), consultas de enfermagem de saúde mental (Gaspar, 2011). Mas também de recursos, nomeadamente aumento de recursos humanos (Alves, 2013; Vilar, 2012) e materiais (Alves, 2013) e ainda formação de profissionais de saúde (Vilar, 2012).

Por outro lado, factores de ordem individual, independentemente dos contextos, em que as pessoas com maiores habilitações literárias têm maior probabilidade de aceder a tratamento e a ter um tratamento adequado (Almeida & Xavier, 2013) parecem ser determinantes.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Face ao exposto, é evidente que o acesso aos cuidados de saúde mental é particularmente problemático em tempos de crise. Isto porque, por um lado, a crise leva muitos dos governos a desencadear medidas restritivas com repercussões ao nível da disponibilidade de recursos humanos e serviços, articulações entre serviços, disponibilidade de medicamentos, entre outros. Tudo isto, apesar da evidência, facultada por diversos estudos e pelo exemplo de alguns países, de que tal é contraproducente e mesmo altamente prejudicial à recuperação económica que se deseja. Por outro, é evidente que a crise induz alterações ao nível da saúde mental das pessoas com repercussões a nível pessoal, familiar e social. Deste modo consubstancia-se, no caso da saúde mental, o que poderíamos denominar como o “ciclo vicioso perfeito”, ou seja, a crise induz limitações no acesso por restrições do lado

da oferta e ao mesmo tempo induz também alterações da saúde mental das populações que exigiriam cuidados que estão mais limitados pelas razões já referidas, conduzindo assim a um agravamento da saúde mental imposta pela crise. Para culminar e no caso de Portugal, assiste-se a um processo de desinstitucionalização que não está a cumprir o programa pré-definido, a um retardamento do arranque da rede de cuidados continuados e a assimetrias regionais preocupantes.

Impõe-se assim a necessidade de se desencadear alterações urgentes de entre as quais destacamos:

- A dotação da área da saúde mental e psiquiatria dos meios mínimos adequados e previstos nos diversos estudos à prossecução dos seus objetivos;
- O cumprimento do previsto nos planeamentos relativos à desinstitucionalização e à implementação da Rede de cuidados continuados, nomeadamente através do aumento dos cuidados domiciliários que contribuem para aliviar a pressão sobre o hospital e especificamente os serviços de emergência e são mais acessíveis e mais baratos;
- Ampliar e manter de forma continuada a cobertura aos grupos mais vulneráveis, pela redução das barreiras financeiras no acesso aos cuidados de saúde;

- Recomenda-se também e porque está empiricamente comprovado que as crises económicas ocorridas em países com fortes medidas de proteção social têm um menor impacto na saúde mental dos cidadãos (Mladovsky et al., 2012; Stuckler & Basu, 2013);
- apostar na identificação de necessidades terapêuticas de saúde mental nos CSP;
- fomentar a prevenção do suicídio, através da melhoria de capacidade de diagnóstico de situações depressivas nos CSP;
- apostar no combate ao aumento do consumo de substâncias psicoativas, em particular nos mais jovens;
- desencadear medidas de prevenção do consumo de álcool e drogas;
- promover a articulação efetiva entre os diferentes sectores, nomeadamente saúde e social, procurando em simultâneo estabelecer parcerias profícuas com as instituições de saúde e sociais sediadas na comunidade, com vista à promoção da sustentabilidade social e a um acesso efetivo dos cidadãos aos cuidados de saúde e, em particular, de saúde mental.
- garantir uma avaliação contínua do impacto da crise bem como das medidas adoptadas.

7. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES FINAIS

No primeiro ano de ausência de intervenção externa, o acesso do cidadão aos cuidados de saúde, nas suas diferentes componentes, foi o tema central escolhido pelo OPSS para orientar e percorrer a análise realizada à saúde, em Portugal. Passados os duros tempos de intervenção da Troika e de imposição de medidas

drásticas de contenção de custos, impunha-se analisar a saúde com que ficámos ou a saúde a que temos acesso, neste primeiro ano de suposta autonomia reconquistada.

Como foi referido no início deste Relatório, a Constituição da República atribui prioritariamente ao Estado **“garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação”** (CR, 2005, art.º 64, nº 3, al. a). O acesso aos cuidados de saúde, nas suas diferentes vertentes e pelas especificidades que encerra, permite captar e revelar de forma clara os efeitos das decisões políticas tomadas e acionadas e os impactos, diretos ou indiretos, dessas opções, durante a crise que se viveu e ainda vive no país.

O acesso aos cuidados de saúde é concebido como a oportunidade dos cidadãos alcançarem e obterem serviços de saúde adequados em situações de perceção da necessidade de cuidados. Na estrutura conceptual adotada sobressai a interação entre a oferta e a procura de cuidados, onde se movimentam os prestadores de cuidados e os cidadãos e o seu contexto. Ou seja, aqueles a quem compete garantir o acesso e oferecer os cuidados e, do outro lado, aqueles que procuram precisamente os cuidados de qualidade necessários e oportunos, no local apropriado e no momento adequado.

Partindo destes pressupostos, o trabalho efetuado centrou-se no acesso aos cuidados de saúde (em geral); no acesso ao medicamento; no acesso aos cuidados de saúde por pessoas dependentes no autocuidado; no acesso a cuidados de saúde de qualidade e seguros e no acesso aos cuidados de saúde mental.

As análises realizadas permitiram mapear os contornos do acesso do cidadão aos cuidados de saúde, detetar os principais obstáculos com que se defrontam e propor recomendações que não só aliviem o impacto da crise e da austeridade na saúde, mas que permitam delinear planos estratégicos a médio e longo prazo, de consenso, sustentáveis e que garantam o acesso à saúde por parte dos cidadãos.

Na análise do **acesso aos cuidados de saúde em tempo de crise** do lado da oferta constatou-se que em termos de **recursos humanos em saúde** persiste um rácio de médicos por habitante adequado, mas inadequadamente distribuído pelo território com clara vantagem para as regiões urbanas. Por outro lado, o número de enfermeiros está claramente abaixo da média da OCDE (2014) e tem vindo a decrescer principalmente no SNS (ACSS, 2014). Assim, o rácio enfermeiro/médico é dos mais desequilibrado dos de países OCDE.

Os dados sobre o *acesso aos serviços de urgência* revelam que, a par com uma redução da procura, verificada ao longo dos últimos anos, que coincide temporalmente com a alteração das taxas moderadoras, existem fenómenos sazonais, associados às previsíveis vagas de calor e picos de gripe, com aparente excesso de procura e/ou incapacidade de resposta dos serviços. Também a alteração do paradigma epidemiológico e demográfico contribui para uma procura e oferta com características inadequadas, que se justifica por insuficiência/inexistência de outras respostas específicas.

No *acesso às consultas* constata-se uma diminuição constante do número de consultas nos CSP desde 2008 (INE, 2015), num cenário em que o número de consultas médicas per capita e por ano é muito inferior à média da OCDE (2014). Tal foi parcialmente compensado com um ligeiro aumento das consultas médicas domiciliares e com um expressivo aumento das consultas domiciliares de enfermagem. Contraditoriamente, ou não, o número de consultas médicas, nas consultas externas dos hospitais públicos, tem aumentado consistentemente.

No *acesso a camas nos hospitais e na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)* assistiu-se a uma contínua redução de camas nos hospitais do SNS e ao mesmo tempo um aumento de camas nos hospitais privados, no contexto de um país em que o rácio de camas por habitante é dos menores da UE. Apesar do aumento de camas da RNCCI, ele não responde às necessidades estimadas das pessoas *acamadas*. Simultaneamente as ECCI continuam amplamente subaproveitadas, evidenciando-se assim problemas ao nível da referenciação com consequências nos gastos em saúde, uma vez que os cuidados prestados pelas ECCI são menos onerosos que os prestados em qualquer unidade de internamento, para além de salvaguardarem a comodidade e bem estar dos doentes.

Relativamente às *despesas de saúde por prestador* verifica-se que nalguns países (e.g. Alemanha e Suécia) tem ocorrido aumento das despesas por prestador, enquanto que noutros tem havido decréscimo. Portugal ocupa o último lugar deste segundo grupo com um decréscimo progressivo ao longo dos últimos anos. De entre as despesas por prestador destacamos as despesas relativas aos hospitais da área da saúde mental nas quais Portugal, país com uma das maiores

incidências de doença mental do mundo, ocupa o último lugar com valores 8 vezes inferiores aos do Luxemburgo e mais de duas vezes inferiores aos da Grécia.

Ao analisarmos o [acesso aos cuidados de saúde](#) considerando o lado da [procura](#) verifica-se que as [condições sócio económicas dos cidadãos](#) portugueses continuam a dar sinais de grande fragilidade com acréscimo sensível do risco de pobreza, principalmente de determinados grupos populacionais e níveis de desemprego elevados, com destaque para o desemprego jovem, que em alguns casos leva ao corte de bens essenciais, nomeadamente em termos de alimentação, e cujos efeitos na saúde no longo prazo são imprevisíveis.

As [despesas de saúde out-of-pocket](#)¹ têm vindo a aumentar, apesar do alargamento da percentagem de pessoas isentas das taxas moderadoras. A este aumento não será alheia uma distribuição desigual de profissionais de saúde pelo território, uma diminuição de consultas nos CSP e o enfraquecimento da rede de transportes e alteração dos transportes não urgentes de doentes, entre outros.

A autoapreciação de [necessidades não satisfeitas](#) é um indicador de

acesso aos cuidados na medida em que evidencia a resposta dos serviços face às expectativas das pessoas. Constatou-se o seu aumento nos últimos anos em Portugal, bem como nos diversos países mais atingidos pela crise. Este facto merece uma atenção especial já que denota sempre uma associação com os indicadores de escassez económica.

No acesso aos cuidados de saúde (em geral), [recomenda-se](#):

- Uma política de gestão de recursos humanos, com a manutenção dos incentivos, em especial, à colocação de médicos em região do interior e o reforço da contratação de enfermeiros (em especial nos CSP).
- Rever o modelo de contratação/gestão dos recursos humanos nos serviços de urgências.
- Prever antecipadamente os recursos materiais e humanos nos períodos de maior afluência aos serviços de urgência, já claramente identificados.
- Reforçar, em conjunto com a segurança social, medidas de apoio em saúde nos lares residenciais.
- Estudar o modelo de assistência a idosos nos serviços de urgências.

No [acesso ao medicamento](#) no primeiro ano sem intervenção da Troika, tornou-se evidente uma maior dificuldade no acesso (ao medicamento) por parte do

¹ São gastos suportados diretamente pelos utentes do serviço de saúde nos casos em que nem o serviço público nem a cobertura de seguro privado cobrem o custo total do bem ou serviço de saúde.

cidadão, em pequena escala pela diminuição do seu poder de compra, mas também porque os outros intervenientes no circuito do medicamento enfrentaram dificuldades que resultaram numa menor acessibilidade aos medicamentos (indústria, distribuidores, farmácias), com repercussões na saúde da população.

Perante a análise realizada **recomenda-se:**

- A inversão o ciclo negativo reunindo todos os *stakeholders* do sector farmacêutico, com o objectivo de encontrar soluções que, sem colocarem em causa a sustentabilidade do sistema de saúde, aumentem o acesso ao medicamento em geral, e aos medicamentos realmente inovadores, em particular.
- Definir uma agenda governamental e um plano estratégico para o sector dos ensaios clínicos, que possa permitir o acesso a medicamentos inovadores, particularmente nas doenças mais graves e com menos alternativas terapêuticas.
- Atenção especial à viabilidade económica das farmácias, com a definição e implementação dos serviços estabelecidos no âmbito dos programas de Saúde Pública, no Acordo entre o Ministério da Saúde e a Associação Nacional das Farmácias, em julho de 2014.

- A monitorização contínua dos resultados destes serviços, nas suas diferentes vertentes.

No **acesso aos cuidados de saúde por pessoas dependentes no autocuidado** estima-se que haverá em Portugal cerca de 48 mil e quinhentas pessoas dependentes *acamadas* a viver no domicílio. Entre as pessoas dependentes no autocuidado, 68% apresenta sinais de rigidez articular, 26% sinais aparentes de desidratação, 22% sinais de alteração do estado mental, 21% tenha tido pelo menos um episódio de queda no último mês, 21% apresente condição de higiene deficientes, 19% compromisso da integridade da pele (mormente úlceras de pressão), 14% condição deficiente do vestuário (mormente vestuário inapropriado face às condições climatéricas), e 10% compromisso respiratório.

A população de pessoas dependentes no autocuidado em Portugal representa cerca de 53 mil episódios de internamentos e cerca de 129 mil episódios de recurso aos serviços de urgência, por ano.

Apesar do esforço relativo à abertura de mais camas da RNCCI, elas representam menos de 30% das necessidades atuais, determinando condições de acesso desiguais aos cidadãos, cuja condição de saúde é semelhante.

Perante estes dados [recomenda-se](#):

- O aumento da capacidade global da rede, que dever assumir as ECCI como o núcleo central. Primeiro, porque são a solução de *maior proximidade*. Segundo, porque aumentar a capacidade da rede por via do aumento da capacidade das ECCI tem um esforço de investimento financeiro incomparavelmente menor do que fazê-lo à custa do aumento das tipologias de internamento.

Terceiro, porque as ECCI constituem a resposta que, indiscutivelmente, corresponde ao desejo de assistência no domicílio por parte de um número significativo de cidadãos.

- As ECCI como o núcleo central da RNCCI, o que exige necessariamente que os ACES, nos quais estão inseridas, assumam igualmente a sua centralidade nos cuidados aos cidadãos e que funcionem 365 dias por ano, com profissionais que executam cuidados de acordo com um plano de intervenção pré-estabelecido.

- Uma clarificação, nas ECCI, em termos de saúde e segurança social, sobre «quem faz o quê», «quem paga o quê» e «quem recebe o quê», nos cuidados às pessoas dependentes no autocuidado.

Em termos de [acesso a cuidados de saúde de qualidade e seguros](#), a evidência revela que a qualidade

em saúde e a segurança do doente é inseparável da prestação de cuidados acessíveis e equitativos. Cada pessoa tem o direito básico de acesso a cuidados de saúde de qualidade e seguros, sendo-lhe reconhecida legitimidade para exigir essa mesma qualidade e segurança em todos os cuidados que lhe são prestados, inclusivamente, reclamar e exigir uma reparação equitativa quanto sofre danos provenientes desses mesmos cuidados de saúde.

Em Portugal, os recursos são limitados e a falta de segurança nas unidades prestadoras de cuidados é hoje reconhecida como um sério problema de saúde pública, gerador de desperdício. Estas razões bastam para que se faça mais e para que exista um maior envolvimento de todos em prol da melhoria da segurança do doente no país.

Perante este cenário [recomenda-se](#):

- A criação e reforço de uma cultura de segurança do doente que permita um ambiente livre de culpa e que incentive os profissionais à revelação dos eventos adversos.

- Que seja garantida a confidencialidade e a não punibilidade dos sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos - características essenciais para o bom funcionamento dos sistemas

de notificação, seguindo as recomendações da UE e da OMS sob pena de ineficácia destes sistemas.

- Maior divulgação a nível nacional dos Sistemas de Notificação (locais e nacional) quer para a criação quer para o reforço dos que já existem, bem como maior incentivo à prática da notificação junto dos profissionais de saúde com vista a uma aprendizagem com os erros e as falhas organizacionais.

- A regulamentação legal dos sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos, aplicável e exigível em todo o sistema de saúde, e não apenas ao SNS, permitindo assim uma maior confiança e segurança jurídica de todos os envolvidos.

- Criar a interoperacionalidade entre os sistemas locais (hospitais) e o sistema nacional (DGS), sob pena de desperdício de meios e de tempo, fazendo bom uso dos sistemas de informação.

- Avaliação anual dos indicadores de segurança do doente em cada organização de saúde, com divulgação pública dos resultados obtidos (por ex., segurança cirúrgica, quedas; úlceras por pressão; segurança da medicação; identificação de doentes; infeção hospitalar; resistência antimicrobiana), permitindo a monitorização das boas práticas nesta área e a livre escolha por parte do cidadão.

A análise realizada sobre o [acesso aos cuidados de saúde mental](#) revelou que este acesso é particularmente problemático em tempos de crise, fruto das medidas restritivas acionadas, que têm inegáveis repercussões ao nível da disponibilidade de recursos humanos e serviços, articulações entre serviços, disponibilidade de medicamentos, entre outros.

É também evidente que a crise induz alterações ao nível da saúde mental das pessoas com repercussões a nível pessoal, familiar e social. Deste modo consubstancia-se, no que poderíamos denominar como o “ciclo vicioso perfeito”. A crise induz limitações no acesso por restrições do lado da oferta e ao mesmo tempo induz também alterações da saúde mental das populações que exigiriam cuidados que estão mais limitados pelas razões já referidas, conduzindo assim a um agravamento da saúde mental imposta pela crise.

No caso de Portugal, continua a assistir-se a um processo de desinstitucionalização que não está a cumprir o programa pré-definido e simultaneamente a um retardamento do arranque da rede de cuidados continuados, com assimetrias regionais preocupantes.

Neste contexto, **recomenda-se**:

- A dotação da área da saúde mental e psiquiatria dos meios mínimos adequados e previstos nos diversos estudos com vista à prossecução dos seus objetivos.
- O cumprimento do previsto nos planos relativos à desinstitucionalização e à implementação da Rede de Cuidados Continuados de Saúde Mental, nomeadamente através do aumento dos cuidados domiciliários, que aliviam a pressão aos serviços de urgência/emergência hospitalares e que são mais acessíveis e de menor custo.
- Ampliar e manter, de forma continuada, a cobertura aos grupos mais vulneráveis, pela redução das barreiras financeiras no acesso aos cuidados de saúde mental.
- Promover sistematicamente a identificação de necessidades terapêuticas de saúde mental, nos cuidados primários.
- Fomentar a prevenção do suicídio, através da melhoria de capacidade de diagnóstico de situações depressivas nos cuidados de saúde primários.

Em suma, os portugueses ainda têm acesso aos cuidados de saúde estatais, apesar de esse direito estar ameaçado se não forem acionadas medidas que corrijam muitas das debilidades encontradas, na análise realizada.

É urgente tomar medidas corretivas, *a priori*, relativas aos recursos humanos (médicos) e materiais (camas) que desbloqueiem os serviços de urgência nos períodos críticos. Não pode continuar a ser o rigor do Inverno ou do Verão a ditar a atuação política, nesta matéria. A importância de uma campanha nacional de sensibilização sobre o acesso aos serviços de urgência também se impõe e certamente ajudará a diminuir o uso indevido destes serviços, com ganhos para todos.

A RNCCI necessita de um forte investimento/impulso para garantir o acesso de todos os doentes quer a camas, quer a cuidados domiciliários consoante a sua condição e para a efetiva implementação da Rede de Cuidados Continuados de Saúde Mental, com o aumento dos cuidados domiciliários, mais acessíveis e de menor custo para estes doentes e respetivas famílias.

Para inverter o ciclo negativo associado à área do medicamento impõe-se uma atuação conjunta de todos os *stakeholders* do sector farmacêutico, de forma a não apenas garantir mas aumentar o acesso não só ao medicamento em geral e aos medicamentos realmente inovadores, sem que a sustentabilidade do sistema de saúde seja colocada em causa.

Ao nível da segurança do doente é imperioso compreender que para o Estado é menos oneroso apostar numa política da qualidade e segurança dos cuidados, do que na efetiva reparação/indemnização dos danos resultantes da prestação de cuidados de saúde. O caminho a ser percorrido passa necessariamente pela adoção estrita das recomendações internacionais, nomeadamente da UE e da OMS, criando mecanismos que garantam a confidencialidade e a não punibilidade dos sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos e acionando a interoperacionalidade entre os sistemas locais (hospitais) e o sistema nacional (DGS), evitando o desperdício de meios e de tempo e fazendo bom uso dos sistemas de informação.

A crise continua a exercer os seus efeitos sobre a saúde de todos os portugueses, com especial ênfase sobre os grupos mais vulneráveis. À semelhança de anos anteriores defende-se uma política intersetorial de saúde que tenha como objetivo monitorizar indicadores de impacto, que acautele ou minimize os seus previsíveis efeitos e que salvaguarde o direito de acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde. A criação de uma comissão permanente dos determinantes da saúde, de análise e de monitorização do impacto

da crise e das medidas acionadas pela governação na saúde, bem-estar e qualidade de vida dos cidadãos é a solução proposta.

Não podemos esquecer que tanto o Tratado Europeu de Maastricht adotado em 1992, como a "cláusula social" do Tratado Europeu de Lisboa (2007) ou ainda mais recentemente o Livro Branco da Comissão Europeia, "Juntos para a saúde: uma abordagem estratégica para a UE (2008-2013)", estabelecem como um dos seus princípios fundamentais o da "saúde em todas as políticas". Assim, torna-se claro que os princípios políticos europeus formalmente adoptados exigem que todas as políticas públicas tenham em conta o seu impacto na saúde e que sejam exploradas e seriamente consideradas as opções alternativas que tenham efeitos negativos mínimos na saúde.

Estamos agora em condições de, sem pressões externas, estudar e adoptar essas opções.

2. BIBLIOGRAFIA

ACSS. (2013). *Inventário de Pessoal do Setor da Saúde - 2012*. Retrieved 19 April 2015, from http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Inventário%20dos%20profissionais%20do%20Sector%20da%20Saúde%207_06_2013_Final.pdf.

ACSS. (2014). *Inventário de Pessoal do Setor da Saúde - 2013*. Retrieved 19 April 2015, from [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Inventário dos profissionais do Setor da Saúde_Final.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Inventário%20dos%20profissionais%20do%20Sector%20da%20Saúde%207_06_2013_Final.pdf).

ACSS. (2014). *Relatório de Atividade dos Cuidados Saúde Primários nos Anos de 2011 a 2013*. Retrieved 26 April 2015, from http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/f_381895_1.pdf.

ACSS. (2014). *Relatório Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental. Despacho n.º 3250/14 de 19 de fevereiro de 2014*. Lisboa: ACSS.

Almeida, J., Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental* (Vol. 1). Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa.

Alves, A. (2013). *Perfil de utilização da Urgência metropolitana de Psiquiatria do Porto: um contributo para a análise dos cuidados de Saúde Mental na região*. Dissertação do Mestrado Internacional em Políticas e Serviços de Saúde Mental, 1ª Edição, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas.

ANF. (2014). *Farmácia Observatório n.º 40: Especial 3 anos de Troika*. Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (CEFAR) da Associação Nacional das Farmácias (ANF). Lisboa, Agosto 2014.

Assembleia da República. (2005). *Constituição da República Portuguesa VII Revisão Constitucional [2005]*. Lisboa. Consultado em: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>.

Augusto, G.F. (2012). *Cuts in Portugal's NHS could compromise care*. *Lancet*; 379:400.

Augusto, G.F. (2014). *Mental health in Portugal in times of austerity*. *The Lancet Psychiatry*; 1(2):109-110.

Banco Mundial. (2015). *Camas hospitalarias (por cada 1000 personas) | Datos | Tabla*. Retrieved 26 April 2015, from <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.BEDS.ZS>.

Barros, P.P. (2012). *Health policy reform in tough times: the case of Portugal*. Health Policy. Jun; 106(1):17-22. doi: 10.1016/j.healthpol.2012.04.008. Epub 2012 May 7).

Barros, P.P., et al. (2013). *Impacto das taxas moderadoras na utilização de serviços de saúde*. Lisbon, Nova School of Business and Economics (<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/impacto-taxas-moderadoras-v3.pdf>, accessed 5 November 2014).

Campos, J. (2015). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho de Matosinhos* [Título provisório]. Tese de Doutoramento a apresentar, Universidade Católica Portuguesa, Portugal.

Carvalho, A., Rodrigues, F. (2013). Doentes mentais estão a abandonar tratamento por falta de dinheiro. Jornal Público, 10 march (<http://www.publico.pt/portugal/jornal/doentes-mentais-estao-a-abandonar-tratamento-por-falta-de-dinheiro-26191140>).

Cegedim. (2012). *Estudo sobre a Saúde em Portugal*. Oeiras: Cegedim.

Chang, S.S., Stuckler, D., Yip, P., Gunnell, D. (2013). *Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries*. BMJ, 347:f5239. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f5239>.

Comissão Europeia. (2005). *Health and Consumer Protection. Luxembourg Declaration on Patient Safety*. Patient Safety – Making it Happen!. Luxemburgo.

Comissão Europeia. (2007a). *Livro Branco*, Bruxelas, 23.10.2007, COM(2007) 630 final.

Comissão Europeia. (2007b). *Proposta de Recomendação do Conselho sobre a Segurança do Doente, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde, Bruxelas*, 15.12.2007, COM(2008) 837.

Comissão Europeia. (2008). *Comunicado da Comissão ao Parlamento Europeu e ao Conselho sobre a Segurança do Doente, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde*, Bruxelas, 15.12.2008. COM(2008) 836 final, SEC(2008) 3004, SEC (2008) 3005.

Comissão Europeia. (2012). *Relatório da Comissão ao Conselho relativo à aplicação da recomendação 2009/C 151/01 COM(2012)65*, Bruxelas 13.11.2012.

Comissão Europeia. (2013). EUROPOPP-MH: *Mental health systems in the European union member states, status of mental health in populations and benefits to be expected from investments into mental health european profile of prevention and promotion of mental health : european profile of prevention and promotion of mental health*. European Commission. Disponível em http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf.

Comissão Europeia. (2014). *Comunicação da Comissão sobre sistemas de saúde eficazes, acessíveis e resilientes*. Retrieved 12 May 2015, from http://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_pt.pdf.

Comissão Europeia. (2014a). *Relatório da Comissão ao Conselho relativo à aplicação da recomendação 2009/C 151/01 COM(2014)371*, Bruxelas 19.06.2014.

Comissão Europeia. (2014b). *Eurobarómetro 80.2*. Resultados para Portugal. 2014 (acedido em http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/ebs_411_factsheet_pt_pt.pdf).

Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. (2007). *Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental 2007-2016*, Ministério da Saúde.

Conselho da União Europeia. (2006). *Conclusões do Conselho sobre valores e princípios comuns aos sistemas de saúde da União Europeia*. *Eur-lex.europa.eu*. Retrieved 12 May 2015, from [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52006XG0622\(01\)&from=EN](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52006XG0622(01)&from=EN).

Conselho da União Europeia. (2011). *Council conclusions: Towards modern, responsive and sustainable health systems*. Retrieved 12 May 2015, from https://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lsa/122395.pdf.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2013). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, Genebra.

Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo*, Lisboa.

Costa, A. (2013). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho de Lisboa*. – Tese Doutoramento apresentada à Universidade Católica Portuguesa, para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem.

Decreto-Lei n.º 8/2010. Diário da República, 1.ª série. N.º 19. 28 de Janeiro de 2010.

Deloitte, Apifarma. (2013). *Relatório: Caracterização das falhas de abastecimento no mercado farmacêutico nacional: atualização 2013*. Lisboa: Deloitte.

Despacho n.º 1400-A/2015. Diário da República, 2.ª série. N.º 28.10 de fevereiro de 2015.

Duarte, I., Santos, C.C., Freitas, A., Rego, G., Nunes, R. (2015). *Ethics, equity, and human dignity in access to health services: the case of cochlear implants in children and adolescents*. *Eur Arch Otorhinolaryngol*; 272(4):1011-9. doi: 10.1007/s00405-014-3340-8. Epub 2014 Oct 30.

ECDC. (2013). *European Centre for Disease Prevention and Control: Annual Epidemiological Report 2013*. Reporting on 2011 surveillance data and 2012 epidemic intelligence data. Stockholm.

Elliott, R.A., Boyd, M.J., Waring, J., Barber, N., Metha, R., Chuter, A., et al. (2014). *Understanding and Appraising the New Medicines Service in the NHS in England (029/0124)*. Department of Health Policy Research Programme Project, Nottingham University School Of Pharmacy.

Emiroglu, N., Kasapi, E. (2014). *From millennium development goals to the post 2015 development agenda*. 2014. In European Observatory on Health Systems and Policies European Health Forum Gastein. Eurohealth incorporating Euro Observer. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/257743/EuroHealth_v20n3.pdf.

EOHSP. (2014). *Facets of public health in Europe*. New York: European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization. 2014. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/271074/Facets-of-Public-Health-in-Europe.pdf.

EOHSP. (2015). *Building primary care in a changing Europe*. Denmark, Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization Regional Office for Europe. Disponível em http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf.

ERS (2012). *Estudo de Avaliação dos Centros Hospitalares*. Retrieved 26 April 2015, from https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/399/Relat_rio_Centros_Hospitalares.pdf.

ERS (2014). *Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia no SNS*. Retrieved 27 April 2015, from https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1106/ERS_-_Estudo_SIGIC_2014.pdf.

Etchells, E., et al. (2012). *The economics of patient safety in acute care. Technical Report*. Consulta no site CPSI. ICSP-Canadian Patient Safety Institute.

Eurofound. (2014). *Access to healthcare in times of crisis*. Luxembourg : Office of the European Union, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Disponível em http://eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1442en.pdf.

European Observatory on Health Systems and Policies. (2014). *The impact of the financial crisis on the health system and health in Portugal*. WHO.

Fonseca, C. (2014). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidades de cuidados de enfermagem*. Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa, Portugal.

Freid, V.M., Bernstein A.B., Bush M.A. (2012). *Multiple chronic conditions among adults aged 45 and over: Trends over the past 10 years*. NCHS data brief, no 100. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

Gaspar, E. (2011). *Consulta de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Contexto Domiciliário*. Relatório apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Gomes, M. (2013). *O perfil do utilizador abusivo dos Serviços de Urgência Portugueses: um estudo no Hospital de São João*. Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre, Instituto Politécnico do Porto.

Governo de Portugal. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa.

Infarmed. (2013). *Análise mensal do mercado do medicamento [Monthly analysis of the pharmaceutical market]*. Lisbon, Acedido em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE_MENSAL_MERCADO.

INFARMED. (2014). *Relatório “Monitorização mensal do consumo de medicamentos no ambulatório do SNS”*, Lisboa.

INFARMED. (2015). *Estatística do Medicamento 2013*. INFARMED. Acedido em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MEDICAMENTOS_USO_HUMANO/ENSAIOS_CLINICOS/ESTATISTICAS/Tab/Graficos_2006_2014.pdf. Acedido em 27/04/2015.

JCPMH. (2013). *Guidance for commissioners of primary mental health care services*. Retrieved 27 May 2015, from <http://www.jcpmh.info/wp-content/uploads/jcpmh-primarycare-guide.pdf>.

Karanikolos, M. E. A., et al. (2013). *Health in Europe 7 Financial crisis, austerity and health in Europe*. 381, 1323–31, Disponível em [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60102-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6).

Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S. Stuckler, D., et al. (2013). *Financial crisis, austerity, and health in Europe*. The Lancet; Available at: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60102-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6).

Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S. (2000). *To err is human: building a safer health system: a report of the Committee on Quality of Health Care in America*, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press.

Leahy, A., Healy, S., Murphy, M. (2015). *Poverty and Inequalities on The Rise Just Social Models Needed as The Solution!*. Caritas Europa.

Leopold, C., Mantel-Teeuwisse, A.K., Vogler, S., Valkova, S., Joncheere, K., Leufkens, H.G.M., Wagner, A.K., Ross-Degnan, D., Laing, L. (2014). *Effect of the economic recession on pharmaceutical policy and medicine sales in eight European countries*. Bull World Health Organ, 92:630–640D.

Leopold, C., Zhang, F., Mantel-Teeuwisse, A.K., Vogler, S., Ross-Degnan, D., Wagner, A.K. (2012). *Impact of pharmaceutical policy interventions on utilization of antipsychotic medicines in Finland and Portugal in times of economic recession: interrupted time series analyses*. International Journal of Equity in Health 2014; 13:53. Available at: <http://www.equityhealthj.com/content/13/1/53>.

Levesque, J.F., Harris, M., Russell, G. (2013). *Patient-centred access to health care: conceptualizing access at the interface of health systems and populations*. Int J Equity Health, 12(1):18.

Mackenbach, J.P. (2015). *Health Inequalities: Learning How To “Mind The Gap” In European Observatory on Health Systems and Policies European Health Forum Gastein*. Eurohealth incorporating Euro Observer. Disponível em: <http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/Vol21No1/EuroHealth-V21n1.pdf>.

Marques, J.G., Brissos, S. (2014). *Mental health in Portugal in times of austerity*. The Lancet Psychiatry; 1(4):160.

Martins, A.P., Queirós, S. (2014). *Acordo para implementação de Programas de Saúde Pública nas Farmácias Portuguesas*. Rev Port Farmacoter; 6:234-235.

Martins, L., Queirós, S. (2015). *Competition among pharmacies and the typology of services delivered: The Portugues case*. Health Policy.

Mazick, A., Gergonne, B., Nielsen, J., et al. (2012). *Excess mortality among the elderly in 12 European countries*, February and March 2012. Eurosurveillance 2012:17.

McKee, M., Karanikolos, M., Belcher, P., Stuckler, D. (2012). *Austerity: a failed experiment on the people of Europe*. Clin Med, Aug;12(4):346-50.

Miguel, L., Sá, A. (2010). *Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir. Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Lisboa, Novembro de 2010.

Ministério da Saúde e Ministério da Segurança Social. (2015). *Compromisso de Cooperação para o Setor Social e Solidário. Protocolo para O Biénio 2015-2016*. Lisboa. Disponível em <http://www4.seg-social.pt/documents/10152/453857/Protocolo+de+Cooperação+2015-2016>.

Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (CIF). Lisboa.

Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2009). *Estrutura conceptual da classificação internacional sobre Segurança do Doente : relatório técnico final*. Lisboa : Divisão de Segurança do Doente. Departamento da Qualidade na Saúde.

Ministério da Saúde. (2011). *Estratégias para a Saúde III.2) Eixos Estratégicos – Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde (Versão Discussão)*. Gabinete Técnico do PNS 2011-2016.

Ministério da Saúde. (2012). *PNSM - Programa nacional para a saúde mental: reatualização do programa nacional para a saúde mental*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Ministério da Saúde. (2014). Direção Geral da Saúde. *Direção de Serviços de Informação e Análise Portugal: Saúde Mental em números* – 2014, ISSN: 2183-0665.

Ministério da Saúde. (2014). *Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas* (2013). Lisboa.

Mladovsky, P. et al. (2012). *Health policy responses to the financial crisis in Europe*, Dinamarca: WHO Regional office for Europe. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf.

Mossialos, E., Courtin, E., Naci, H., Benrimoj, S., Bouvy, M., et al. (2015). *From “retailers” to health care providers: Transforming the role of community pharmacists in chronic disease management*. Health Policy.

Nigel et al. (2014). CRISP: *The Future for Health. Everyone has a role to play*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

NOVA Information Management School. (2015). Portuguese sustainable health project. NOVA IMS, Abbvie Initiative.

Nunes, R. (2011). *Caracterização da utilização da urgência pediátrica num hospital da área metropolitana de Lisboa*. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública: <http://hdl.handle.net/10362/6843>.

OCDE. (2015). *OECD high-level policy forum on mental health and work. Session 1. addressing employment and health needs early. issues for discussion*. Hage: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Disponível em <http://www.oecd.org/mental-health-and-work-forum/documents/ISSUES-FOR-DISCUSSION.pdf>.

OECD. (2011). *Health Reform: Meeting the Challenge of Ageing and Multiple Morbidities*, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264122314-en>.

Oliveira, I. (2012). *Gestão e Saúde. O comportamento das famílias na gestão da saúde: impacto na esperança média de vida e no desenvolvimento*. Dissertação para obtenção do grau de Doutor em Gestão, sendo apresentado na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

OPSS. (2013). *Relatório de Primavera: Duas Faces da Saúde*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Lisboa.

OPSS. (2014). *Relatório de Primavera: Saúde. Síndrome de negação*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Lisboa.

Palha, F., Costa, N. (2015). *Trajétórias pelos cuidados de saúde mental. Parte I – O processo de “desinstitucionalização” psiquiátrica em Portugal: da análise objetiva dos factos às percepções de utentes, familiares/ cuidadores e técnicos*. Porto: ENCONTRAR+SE.

Parente, P. (2015). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho do Porto*. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Portugal.

Pereira, J. M. (2015). *Financial crisis increases the risk of depression relapse*. J Psychiatry Res;61:235-6. doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.11.008. Epub 2014 Nov 25.

Perelman, J., Felix, S., Santana, R. (2015). *The Great Recession in Portugal: Impact on hospital care use. Health Policy 2015*;119(3):307-15. doi: 10.1016/j.healthpol.2014.12.015. Epub 2014 Dec 24.

Petronilho, F. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos – estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador*. Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa, Portugal.

Pina, E., et al. (2010). *Infecções associadas aos cuidados de saúde e Segurança do Doente*. Rev Port Saúde Pública. 2010;Vol Temat(10):27-39.

Pordata. (2015). PORDATA - *Rendimento médio equivalente: por nível de escolaridade (Euro) - Europa*. Retrieved 27 April 2015, from: [https://www.pordata.pt/Europa/Rendimento+m%C3%A9dio+equivalente+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+\(Euro\)-1720](https://www.pordata.pt/Europa/Rendimento+m%C3%A9dio+equivalente+por+n%C3%ADvel+de+escolaridade+(Euro)-1720).

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental

PWC. (2013). *Ensaios Clínicos em Portugal*. Junho 2013 <http://www.apifarma.pt/publicacoes/siteestudos/Documents/EstudoInvestig.Clinica%20em%20Portugal.%20jun.2013.vf.pdf>. Acedido em 27/04/2015.

RAND EUROPE. (2008). *Technical Report improvemnet patient safety in EU*.

RECOMENDAÇÃO 2009/C. *Jornal Oficial da União Europeia*. (Junho) 151/01-151/6 – Do Conselho da União Europeia sobre a segurança dos doentes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde.

Regadas, S. (2015). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho de Paços de Ferreira* [Título provisório]. Tese de Doutoramento a apresentar, Universidade Católica Portuguesa, Portugal.

Ricciardi, W. (2015). *Europe's Challenge Inreducing Health And Healthcare Inequitie*. In European Observatory on Health Systems and Policies European Health Forum Gastein. Eurohealth incorporating Euro Observer. Disponível em: <http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/Vol21No1/EuroHealth-V21n1.pdf>.

RNCCI. (2014). *Relatório de monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)* – 1º Semestre 2014. Lisboa.

Rocha, C. (2015). *Famílias que integram pessoas dependentes no autocuidado - estudo exploratório de base populacional no concelho da Maia*. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Portugal.

Rosenkötter, N., van Bon-Martens, M. (2015). *Public Health Monitoring And Reporting: Maintaining And Improving The Evidence-Base*. In European Observatory on Health Systems and Policies European Health Forum Gastein. Eurohealth incorporating Euro Observer. Disponível em: <http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/eurohealth/Vol21No1/EuroHealth-V21n1.pdf>.

Sakellarides C, Bastelo-Branco L, Barbosa P, Azevedo H. The impact of the financial crisis on the health system and health in Portugal. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization, 2014.

SEDES. (2012). *O impacto da crise no bem-estar dos portugueses*. Lisboa: SEDES.

Serra, F. M. A. V. (2014). *Efeitos da crise económica na saúde mental: Portugal na União Europeia (2004-2012)*. (Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde). Coimbra.

Silva, A. (2012). *Perfil dos utilizadores das urgências: um estudo no Centro Hospitalar Cova da Beira*. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior: <http://hdl.handle.net/10400.6/1063>.

Simoens, S. (2013). *Sustainable provision of generic medicines in Europe*. European Generic Medicines Association, Brussels.

Sorensen, K., Pelikan, J., Rothlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G. et al. (2015). *Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)*. The European Journal Of Public Health. doi:10.1093/eurpub/ckv043.

Soumerai, S.B., McLaughlin, T.J., Ross-Degan, D., Casteris Paola, C.S., Bollin, P. (1994). *Effects of limiting Medicaid drug-reimbursement benefits on the use of psychotropic agents and acute mental services by patients with schizophrenia*. N Engl J Med; 331:650-655.

Stuckler, D., Basu, S. (2013). *How austerity kills*. The New York Times. Disponível em: http://www.nytimes.com/2013/05/13/opinion/how-austerity-kills.html?_r=0.

Stuckler, D., et al. (2009). *The public health effects of economic crisis and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis*. 374 (9686), 315-323.

Tavares, M. (2011). *Destino dos doentes dependentes no autocuidado após a alta hospitalar: critérios, intervenientes e níveis de decisão*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade Do Porto, Portugal.

Teixeira, L. (2010). *Porque é que os doentes se deslocam ao Serviço de Urgência? Estudo sobre as atitudes que os doentes tomam antes de se deslocarem ao Serviço de Urgência*. Tese de Mestrado apresentada ao Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

Teixeira, P. (2012) *Desenvolvimento de um Serviço Local de Saúde Mental em Famalicão*. Dissertação do Mestrado Internacional em Políticas e Serviços de Saúde Mental, 1ª Edição, Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas.

THINK TANK INOVAR SAÚDE 2ª Edição. (2014). - *Pensar a Saúde – Acesso do cidadão à inovação terapêutica – oncologia*. Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em: http://www.inovarnasaude.pt/wp-content/uploads/2014/12/relatorio_inovar-saude_2014_v2.pdf.

União Europeia. (2012). *Third European Quality of Life Survey : quality of life in europe: Impacts of the crisis*. Luxembourg: European Union. Disponível em http://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/pubdocs/2012/64/en/1/EF1264EN.pdf.

Universidade de Aveiro, Oliveira, Reis & Associados, SROC SA. (2014). *Estudo Económico/Financeiro – Sector das Farmácias em Portugal*.

Valderas, J. M., Starfield, B., Sibbald, B., Salisbury, C., Roland, M. (2009). Defining Comorbidity: Implications for Understanding Health and Health Services. *Annals of Family Medicine*, 7(4), 357–363. doi:10.1370/afm.983.

Vaz-Serra, A. (2007). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição própria do autor.

Vilar, O. (2012). *Saúde para Todos*. Relatório apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja.

Vogeli, C., Shields, A. E., Lee, T. A., Gibson, T. B., Marder, W. D., Weiss, K. B., et al. (2007). *Multiple Chronic Conditions: Prevalence, Health Consequences, and Implications for Quality, Care Management, and Costs*. *Journal of General Internal Medicine*, 22(Suppl 3), 391–395. doi:10.1007/s11606-007-0322-1.

Vogler, S., Zimmermann, N., Leopold, C., Joncheere, K. (2011). *Pharmaceutical policies in European countries in response to the global financial crisis*. *South Med Rev*. Dec;4(2):69-79. doi: 10.5655/smr.v4i2.1004. Epub 2011 Dec 2.

Wahrendorf, M., Siegrist, J. (2014). *Proximal and distal determinants of stressful work: framework and analysis of retrospective European data*. BMC Public Health. 14(1) : 849. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/849>.

WHO Regional Office for Europe. (2012). *Environmental health inequalities in Europe*. Assessment report. Copenhagen. World Health Organization.

WHO, WONCA (2008). *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. World Health Organization and World Organization of Family Doctors.

WHO. (2001). *The world health report 2001: mental health. new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1.

WHO. (2008). *World Alliance For Patient Safety – Who Patient safety Curriculum guide for Medical Schools*, First Edition Draft, 6.151-164.

World Sepsis. (2014). *World Sepsis Day Head Office Global Sepsis Alliance Center for Sepsis Control & Care*. Disponível em: http://www.world-sepsis-day.org/CONTENTPIC/2014_WSD_Declaration_English.pdf.

2. ANEXOS

ANEXO 1 - O OPSS E A REDE OBSERVACIONAL

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) foi fundado em 2000, resultando de uma parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa, o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) e o Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE). Posteriormente esta parceria foi alterada, tendo a Universidade de Évora substituído o ISCTE.

O OPSS visa facilitar a formulação e implementação de políticas de saúde efetivas, através da realização e disponibilização de uma análise precisa, periódica e independente sobre a evolução do Sistema de Saúde Português. Incidindo a sua análise de forma objetiva nos processos de governação e ações dos principais atores do setor da saúde, o OPSS não adota posição sobre as agendas políticas da saúde, mas reúne evidência que suporta esses processos, ações e seus resultados. Deste modo, pretende melhorar de forma contínua a base de conhecimentos sobre gestão em saúde e estimular a análise dos sistemas de saúde e a investigação sobre serviços de saúde.

No que diz respeito à sua organização, o OPSS é constituído por uma rede de investigadores, peritos no terreno e instituições académicas dedicadas ao estudo dos sistemas de saúde, proporcionando uma considerável multiplicidade e complementaridade de pontos de vista e capacidades disponíveis. A abordagem metodológica adotada consiste fundamentalmente na definição de conteúdos e modelos analíticos a utilizar e respetiva distribuição dos temas pelos investigadores. Para este efeito, são desenvolvidas reuniões técnicas regulares para aprofundar e orientar a análise dos temas selecionados. Todos os estudos efetuados são sujeitos à apreciação e validação por *referees* e/ou à realização de painéis de peritos, auditorias externas, culminando este processo na publicação de um relatório anual, denominado “relatório de primavera” que sintetiza as matérias estudadas nesse ano.

Ao longo dos anos, o OPSS tem-se dedicado ao estudo de uma pluralidade de temáticas no âmbito do Sistema de Saúde Português. De entre elas, podem destacar-se, o acesso aos cuidados de saúde, os cuidados de saúde primários,

o autocuidado, a segurança do doente, as parcerias público-privadas, a política do medicamento, o financiamento e contratualização, o planeamento e estratégias locais de saúde, a boa governação e temas e plataformas de informação.

Para melhorar a sua capacidade de analisar, organizar e gerir melhor uma base de conhecimentos adequada aos seus objetivos o OPSS, após 13 anos a trabalhar no formato anteriormente referido, em 2013 decidiu suportar o processo de análise em vários núcleos

investigacionais, constituídos por uma rede de observadores locais, para o desenvolvimento de temas específicos (Figura 1).

Esses núcleos observacionais sempre alicerçados em equipas de investigação académicas ou equipa de profissionais competentes (peritos) com prestígio inter pares, a trabalhar em rede, responsabilizaram-se por ceder ao OPSS evidência obtida a partir dos estudos desenvolvidos em áreas contratualizadas em cada ano. Deste modo, as temáticas abordadas no RP 2015 estão todas alicerçadas em grupos de investigação ligados às



Figura 1: Rede observacional OPSS

parcerias existentes e ainda a outras que se nos juntaram em 2013 e 2014, como a Faculdade de Farmácia.

Os núcleos locais podem ser constituídos por todos aqueles que no terreno queiram trabalhar para criar postos observacionais que enriqueçam o conhecimento, desde que cumpram os critérios do OPSS, quanto à credibilidade e à independência. Neste sentido, existe uma abertura plena para a aceitação de contribuições tecnicamente idóneas, desde que aceitem ser sujeitos a auditoria metodológica externa, bem como à realização de contraditórios com as entidades que proporcionam dados ao OPSS e, seja apresentada uma declaração de eventual conflito de interesses.

Para a formalização do compromisso indicado, o OPSS apresentará e discutirá anualmente, em reunião plenária, as áreas que gostaria de ver tratadas, o calendário proposto para o seu desenvolvimento e os peritos que acompanharão e auditarão cada uma das áreas.

Cada núcleo observacional responsabilizar-se-á através duma carta de compromisso, pelo cabal cumprimento dos prazos e do rigoroso processo investigacional que permitirá a cedência da informação necessária à elaboração do RP, em tempo útil, com qualidade e profundidade, mantendo total liberdade e independência para a abordagem científica a realizar.

ANEXO 2 - EXPRESSÃO USADA NA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

*Expressão de pesquisa aplicada na página 62: (((Portugal[all fields]) OR (Greece[all fields]) OR (Ireland[all fields]) OR (Spain[all fields]) OR (Italy[all fields]))) AND (("economic crisis"[all fields]) OR ("financial crisis"[all fields]) OR ("social crisis"[all fields]) OR ("health crisis"[all fields]) OR ("austerity measures"[all fields]) OR ("government measures"[all fields]) OR ("external intervention"[all

fields]) OR ("troika"[all fields]) OR ("European central bank"[all fields]) OR ("international monetary fund"[all fields])) AND (("health indicators"[all fields]) OR ("health measures"[all fields]) OR ("well-being"[all fields]) OR ("health status"[all fields]) OR (medication[all fields]) OR (drugs[all fields]) OR (medicines[all fields]) OR ("drug therapy"[all fields]))).

ANEXO 3 - ABORDAGEM METODOLÓGICA

O objetivo primordial do OPSS é o de proporcionar a todos os *stakeholders* do sector da saúde em Portugal uma análise precisa, periódica e independente da evolução do sistema de saúde português e dos fatores que determinam essa evolução, com a finalidade de facilitar a formulação e a implementação de políticas efetivas de saúde.

Para documentar e argumentar os seus resultados e conclusões, o OPSS faz a sua análise a partir de fontes de conhecimento disponíveis, que utilizam informação primária e secundária. Em áreas consideradas particularmente importantes e onde existam fortes lacunas de conhecimento, são promovidas iniciativas específicas para superar essas falhas. Na ausência frequente deste tipo de fontes de conhecimento, o OPSS recorre a fontes de conhecimento com menor nível de evidência, mas com um adequado grau de qualificação. Os critérios de qualificação e a sua aplicação são explicitamente consensualizados pela rede OPSS, com recurso a contributos externos sempre que necessário.

Neste sentido, para a análise da governação em saúde, o OPSS

recorre a um conjunto de boas práticas, que passam por:

- Competência, mérito e excelência reconhecida e comprovada ao nível académico para o desenvolvimento rigoroso de estudos, projetos e análises dos sistemas de saúde;
- Rede multidisciplinar;
- Independência e isenção face aos principais *stakeholders* da saúde;
- Critérios explícitos, para os conteúdos prioritários e estratégia de análise;
- Clara distinção entre “agenda política” e “*governance*”;
- Base de conhecimento explícita e acessível;
- Estratégias efetivas de comunicação;
- Oportunidade para expressar desacordo com os conteúdos do relatório;
- Declaração de conflito de interesses dos investigadores;
- Financiamento diversificado;
- Avaliação interna (matriz de boas práticas).

O OPSS tem vindo a apostar, também, no desenvolvimento da avaliação externa (auditoria), na medida em que considera que este processo contribui para a transparência e para a imparcialidade das suas análises, beneficia a qualidade do produto final e

reforça a credibilidade do projeto, na ótica dos diferentes atores sociais.

Este ano, as metodologias e técnicas utilizadas pelo OPSS compreenderam: pesquisa documental, exploração da literatura pertinente, análise de dados, avaliação e validação externa dos diferentes temas por peritos.

Agradece-se publicamente os importantes contributos das entidades que disponibilizaram e/ou facilitaram o acesso a dados e documentação, dos peritos que participaram na validação externa dos conteúdos das diferentes temáticas do RP 2015:

Entidades

Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS)

Aliança Portuguesa de Associações das Doenças Raras

Associação Laço

Associação Nacional das Farmácias (ANF)

Associação Portuguesa de Neurofibromatose (APNF)

Associação Portuguesa do Síndrome CDG e outras doenças metabólicas raras (APCDG)

Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP)

Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED)

Centro de Medicina de Reabilitação do Sul

Centro de Reabilitação do Norte

Centro Hospitalar da Cova da Beira

Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, E.P.E.

Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.

Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.

Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E. P. E.

Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.

Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.

Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, E.P.E.

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, E.P.E.

Centro Hospitalar Tondela Viseu, E.P.E.

Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.

Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, E.P.E.

Hospital Vila Franca de Xira

Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.

Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.

Liga Portuguesa contra as Doenças Reumáticas

Ordem dos Farmacêuticos

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.

Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E.

Unidade Local de Saúde do Norte

Alentejano, E.P.E.

Peritos

António Palha

Carlos Serqueira

Carlos Gouveia Pinto

Inês Guerreiro

José Amendoeira

Manuela Frederico

Maria Margarida Caramona

Marta Temido

Susana Ramos

ANEXO 4 - O MEDICAMENTO - ALTERAÇÃO DA REGULAÇÃO DO SECTOR

Legislação publicada em 2013 com potencial impacto na utilização de medicamentos

Acórdão do Supremo Tribunal Administrativo n.º 2/2013, de 29 de janeiro

Decidiu que já anteriormente à vigência da Lei n.º 62/2011, de 12/12, devia entender-se que a concessão, pelo INFARMED, de autorização de introdução de medicamentos no mercado não dependia da consideração de direitos de propriedade industrial e que das disposições dessa mesma lei não decorre ofensa ou restrição de tais direitos.

Despacho n.º 2061-C/2013, de 4 de fevereiro

Cria a Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica e estabelece as suas competências e composição.

Despacho n.º 2296/2013, de 8 de fevereiro

Determina que a realização de investimentos em 2013 por todas as entidades do Serviço Nacional de Saúde fica sujeita a autorização prévia e estabelece os respetivos procedimentos.

Decreto-Lei n.º 20/2013, de 14 de fevereiro

Procede à sétima alteração ao Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, que estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano, transpondo a Diretiva n.º 2010/84/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de dezembro de 2010.

Decreto-Lei n.º 34/2013, de 27 de fevereiro

Procede à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro, que aprova o regime da formação do preço dos medicamentos sujeitos a receita médica e dos medicamentos não sujeitos a receita médica comparticipados, e estabelece um mecanismo de definição dos preços dos medicamentos sujeitos a receita médica que não tenham sido objeto de avaliação prévia para efeitos de aquisição pelos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, nem de decisão de comparticipação.

Portaria n.º 91/2013, de 28 de fevereiro

Estabelece para 2013 os países de referência (Espanha, França e Eslováquia) e os prazos de revisão anual de preços dos medicamentos não genéricos, e revoga a Portaria n.º 1041-

A/2010, de 7 de outubro.

[Despacho n.º 3288-B/2013, de 28 de fevereiro](#)

Nomeia os membros da Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica.

[Deliberação n.º 690/2013, de 4 de março](#)

Aprova o Regulamento de Funcionamento da Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica.

[Despacho n.º 4138/2013, de 20 de março](#)

Define o que se entende por objetos de valor insignificante e relevantes para a prática da medicina ou da farmácia, no âmbito de atividades de promoção e publicidade de medicamentos.

[Portaria n.º 135-B/2013, de 28 de março](#)

Alteração à Portaria n.º 91/2013, de 28 de fevereiro, que estabelece para 2013 os países de referência e os prazos de revisão anual de preços dos medicamentos.

[Despacho n.º 4927-A/2013, de 10 de abril](#)

Determina que o Infarmed proceda de imediato à reapreciação (considerando a alteração dos países de referência) dos preços máximos e dos limites máximos de encargos a que os hospitais do SNS estão autorizados a adquirir os medicamentos abrangidos pelo Decreto-Lei n.º 195/2006, de 3 de outubro, na sua redação atual.

[Despacho n.º 7527-B/2013, de 11 de junho](#)

Estabelece disposições

complementares relativamente à divulgação dos resultados da comparação de preços dos medicamentos abrangidos pelo disposto no Decreto-Lei n.º 195/2006, de 3 de outubro, conforme o Despacho n.º 4927-A/2013, bem como ao referencial em procedimentos de contratação pública para efeitos de aquisição do medicamento por parte dos hospitais do SNS.

[Despacho n.º 7841-B/2013, de 17 de junho](#)

Define os critérios a que deve obedecer a elaboração do Formulário Nacional de Medicamentos, reforça a obrigatoriedade de utilização pelos estabelecimentos e serviços do SNS dos medicamentos lá mencionados, bem como as condições em que poderão ser utilizados medicamentos aí não incluídos.

[Despacho n.º 8213-B/2013, de 24 de junho](#)

Fixa as regras de acesso dos delegados de informação médica aos serviços e estabelecimentos do SNS.

[Portaria n.º 224-A/2013, de 9 de julho](#)

Primeira alteração à Portaria n.º 137-A/2012 de 11 de maio, que 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.

**Despacho n.º 9813/2013,
de 25 de julho**

Estabelece que as unidades e estabelecimentos de saúde integrados no SNS devem, mediante a celebração de contrato de adesão com a Entidade de Serviços Partilhados da Administração Pública, I. P., aderir ao Sistema Nacional de Compras Públicas e demais disposições para o reforço da aquisição centralizada de bens e serviços de caráter transversal.

**Decreto-Lei n.º 103/2013,
de 26 de julho**

Procede à terceira alteração ao Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio, que aprova o regime geral das participações do Estado no preço dos medicamentos, alterando o processo de aprovação e os prazos de definição dos preços de referência dos novos Grupos Homogéneos, que passam a ser criados com uma periodicidade mensal.

**Circular Informativa n.º 204/CD/8.1.6,
de 22/08/2013 - INFARMED, I.P.**

Para harmonização, transparência e objetividade da decisão de deferimento/indeferimento dos pedidos de revogação de preços de venda ao público, por parte dos titulares de autorização de introdução no mercado, ou dos seus representantes legais, o Infarmed definiu procedimentos e critérios de avaliação destes pedidos. Os critérios definidos permitem apurar sobre o comprometimento do acesso ao medicamento. A revogação do

preço a pedido do titular impede a apresentação de um novo pedido de aprovação de preço antes de decorrido um ano sobre o deferimento da revogação.

**Decreto-lei n.º 128/2013,
de 5 de setembro**

Altera o Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, que estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano, o Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, que estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina, e o Decreto-Lei n.º 20/2013, de 14 de fevereiro, transpondo as Diretivas n.º 2009/35/CE, de 23 de abril de 2009, 2011/62/UE, de 8 de junho de 2011, e 2012/26/UE, de 25 de outubro de 2012.

**Circular Informativa INFARMED
n.º 219/CD/8.1.6, de 24 de setembro**

Estabelece os procedimentos a que devem obedecer as entidades interessadas em submeter pedidos de autorização de importação paralela de medicamentos.

**Despacho n.º 13025-A/2013,
de 11 de outubro**

Emite orientações para garantir o aprovisionamento de medicamentos, pelos hospitais do SNS, em termos que conduzam, em 2013, a uma redução anual global de custos, por referência a 2012.

**Despacho n.º 13025-B/2013,
de 11 de outubro**

Determina que os contratos públicos de aquisição de medicamentos, incluindo biológicos similares, lançados pelos

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E., e pelos hospitais do SNS, devem prever como critério de adjudicação o preço mais baixo.

[Despacho n.º 13877-A/2013, de 30 de outubro](#)

Designa, nos hospitais do SNS, Centros Especializados para Utilização Excecional de Medicamentos (CEUEM), por patologias ou grupo de patologias.

[Deliberação n.º 187/CD/2013 \(INFARMED\)](#)

Aprova o Regulamento da Autorização Excecional a medicamentos relativamente aos quais se encontre pendente um pedido de avaliação prévia, nos termos do Decreto-Lei n.º 195/2006, de 3/10, na sua redação atual.

[Deliberação n.º 2092/2013 \(INFARMED\)](#)

Obrigatoriedade de comunicação de venda de medicamentos.

[Deliberação n.º 2100/2013 \(INFARMED\)](#)

Obrigatoriedade de notificação prévia pelos distribuidores de medicamentos da exportação ou distribuição para outros Estados membros da União Europeia de certos medicamentos.

[Portaria n.º 335-A/2013, de 15 de novembro](#)

Alteração à Portaria n.º 4/2012, de 2 de janeiro, que estabelece as regras de formação dos preços dos medicamentos. Estabelece os novos países para efeitos de referência de preços - França, Espanha e Eslovénia -

e novos prazos de escoamento para os medicamentos abrangidos pela revisão.

[Despacho n.º 15506/2013, de 27 de novembro](#)

Nomeação de membros da Comissão de Avaliação de Medicamentos.

[Circular Informativa n.º 275/CD/8.1.6. de 04/12/2013 - INFARMED, I.P.](#)

Estabelece novos requisitos para notificação da retirada de medicamentos.

[Despacho n.º 16206/2013, de 13 de dezembro](#)

A aquisição de medicamentos, constantes de lista a divulgar pelo INFARMED, I.P., de que os hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) necessitem, é obrigatoriamente realizada em termos centralizados pela SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (SPMS, E.P.E.).

[Circular Informativa n.º 289/CD/8.1.6. de 17/12/2013 - INFARMED, I.P.](#)

A revisão anual de preços do mercado hospitalar aplica-se aos medicamentos que, cumulativamente: 1) sejam sujeitos a receita médica; 2) sejam adquiridos pelos hospitais do SNS; 3) não sejam comparticipados ou que não tenham sido sujeitos a avaliação prévia com decisão positiva; 4) não exista outro medicamento autorizado ou comercializado, ou exista apenas o medicamento original de marca e respetivas licenças, com a mesma substância ativa, dosagem e forma farmacêutica; 5) disponham de valor de consumo, para cada dosagem e

forma farmacêutica, igual ou superior a um milhão de euros, reportado no ano anterior pelos hospitais do SNS.

[Circular Informativa n.º 293/CD/8.1.6. de 19/12/2013 - INFARMED, I.P.](#)

Na sequência das alterações ao Estatuto do Medicamento (Decreto-Lei n.º 20/2013, de 14 de fevereiro, e Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de Setembro), de acordo com o disposto no n.º 7 do artigo 153.º e o n.º 1 do artigo 158.º, na sua redação atual, a assunção dos custos de serviços de apoio domiciliário aos utentes pela indústria farmacêutica, consubstancia um benefício para o público em geral, que está legalmente vedado. Estes serviços podem ser prestados pela Indústria Farmacêutica apenas às entidades prestadoras de cuidados de saúde, quando estejam em causa medicamentos sujeitos a receita médica, desde que claramente contratualizados e com preço diferenciado do custo do medicamento.

[Deliberação n.º 2402/2013, de 27 de dezembro](#)

Nomeação da direção da Comissão de Avaliação de Medicamentos.

[Lei n.º 83-B/2013, de 31 de dezembro](#)

Aprova as Grandes Opções do Plano para 2014.

[Lei n.º 83-C/2013, de 31 de dezembro](#)

Aprova o Orçamento do Estado para 2014.

Legislação publicada em 2014 com potencial impacto na utilização de medicamentos

[Resolução do Conselho de Ministros n.º 2/2014, de 9 de janeiro](#)

Autoriza a realização da despesa relativa à prorrogação da execução do contrato de aquisição de bens e serviços para análise, conceção, desenvolvimento, implementação e operação do centro de conferência de faturas do SNS.

[Deliberação n.º 20/2014, de 9 de janeiro](#)

Criação da Unidade de Gestão do Centro de Conferência de Faturas.

[Despacho n.º 728/2014, de 16 de janeiro](#)

Formaliza as estruturas de apoio à coordenação do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e determina que o respetivo Plano é coordenado pelo Diretor-Geral da Saúde.

[Circular Informativa Infarmed n.º 010/CD/8.1.6. de 16/01/2014](#)

Informa quanto à disponibilização da plataforma GAM - Gestão de Acessibilidade ao Medicamento no endereço eletrónico <https://gam.infarmed.pt/Login.aspx> para efeito da instrução dos processos de comparticipação e de avaliação prévia de medicamentos de uso humano, passando a tramitação dos novos processos a realizar-se exclusivamente por esta via.

**Circular Informativa Conjunta
n.º 01/INFARMED/ACSS/SPMS
de 21/01/2014**

Esclarece as instituições sobre os procedimentos a efetuar no âmbito do Despacho n.º 16206/2013 de 03/12/2013 que determina a aquisição centralizada de medicamentos incluídos no Formulário Nacional de Medicamentos, que sejam utilizados pelas instituições hospitalares do SNS através de autorizações de utilização excecional.

**Decreto-Lei n.º 14/2014,
de 22 de janeiro**

Estabelece o regime jurídico das incompatibilidades dos membros das Comissões, de grupos de trabalho, de júris de procedimentos pré-contratuais, e consultores que apoiam os respetivos júris, ou que participam na escolha, avaliação, emissão de normas e orientações de carácter clínico, elaboração de formulários, nas áreas do medicamento e do dispositivo médico no âmbito dos estabelecimentos e serviços do SNS, independentemente da sua natureza jurídica, bem como dos serviços e organismos do Ministério da Saúde.

**Despacho n.º 1136/2014,
de 23 de janeiro**

Cria e determina a composição da Comissão Nacional de Medicamentos e Produtos de Saúde do âmbito da Medicina Dentária (CNMPMSD).

**Despacho n.º 1261/2014,
de 27 de janeiro**

Determina que os medicamentos destinados ao tratamento da hiperfenilalaninemia (HFA) em doentes com fenilcetonúria (PKU) e em doentes com deficiência em tetrahydrobiopterina (BH4) beneficiam de um regime especial de comparticipação e estabelece orientações na dispensa.

Portaria n.º 20/2014, de 29 de janeiro

Aprova as tabelas de preços a praticar pelo SNS bem como o respetivo Regulamento.

**Despacho n.º 1747/2014,
de 4 de fevereiro**

Determina que a realização, em 2014, de novos investimentos ou de investimentos em curso, por todas as entidades do SNS, fica sujeita a autorização prévia.

**Decreto-Lei n.º 19/2014,
de 5 de fevereiro**

Procede à quarta alteração ao Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio, que aprova o regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos, e à terceira alteração ao Decreto-Lei n.º 112/2011, de 29 de novembro, que aprova o regime da formação do preço dos medicamentos sujeitos a receita médica e dos medicamentos não sujeitos a receita médica comparticipados. O diploma introduz procedimentos que permitam continuamente aferir a mais-valia dos medicamentos que justifique a sua comparticipação, sendo assim facilitada

a decisão de descomparticipação de um medicamento ou grupo de medicamentos; estabelece um limite à dedução administrativa de preço de medicamentos genéricos para efeitos da sua comparticipação; altera o regime da formação do preço dos medicamentos no que refere a margens de comercialização, valorizando a componente fixa em detrimento da componente variável; bem como prevê a possibilidade de serem implementados incentivos que promovam o aumento da utilização de medicamentos genéricos e, de entre estes, dos mais baratos.

**Circular Informativa INFARMED
N.º 025/CD/8.1.6. de 06/02/2014**

Disponibiliza novas fórmulas de cálculo e formulário através do qual os Titulares de AIM podem calcular os novos PVP (máximos e praticados). As novas margens de comercialização, e consequentemente os novos preços de venda ao público (PVP), entram em vigor a 1 de abril de 2014.

**Despacho n.º 1981/2014,
de 7 de fevereiro**

Cria o Grupo de Trabalho para o desenvolvimento da contratualização no âmbito dos cuidados continuados integrados.

**Despacho n.º 2156-B/2014,
de 10 de fevereiro**

Aprova o modelo de declaração de inexistência de incompatibilidades.

**Circular Informativa INFARMED
N.º 029/CD/8.1.6. de 12/02/2014**

Esclarecimentos relativos às alterações ao artigo 159.º do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, pelo Decreto-Lei n.º 128/2013, de 5 de setembro, quanto à notificação prévia ao Infarmed, através do Sistema de Gestão de Publicidade de Medicamentos (GPUB), do patrocínio de congressos, simpósios ou quaisquer ações ou eventos de cariz científico ou de divulgação, direta ou indireta, de medicamentos.

**Circular Informativa Conjunta
Nº 02/INFARMED/ACSS/2014**

Normas técnicas relativas à dispensa, que entram em vigor no dia 1 de março de 2014.

**Despacho n.º 2977/2014,
de 21 de fevereiro**

Aprova a classificação farmacoterapêutica de medicamentos.

**Portaria n.º 158/2014,
de 21 de fevereiro**

Revê o regime especial de comparticipação para medicamentos destinados ao tratamento da hepatite C.

**Portaria n.º 45/2014,
de 21 de fevereiro (Declaração de
Retificação n.º 11-A/2014, de 24/2)**

Altera a Portaria n.º 924-A/2010, de 17/2, que define os grupos e subgrupos farmacoterapêuticos que integram os diferentes escalões de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos.

**Despacho n.º 3250/2014,
de 24 de fevereiro**

Constitui um grupo de trabalho com o objetivo de avaliar a situação da prestação de cuidados de saúde mental e das necessidades na área da saúde mental.

**Circular Informativa INFARMED
N.º 047/CD/8.1.6. de 27/02/2014**

Esclarecimentos relativos ao novo regime de cálculo das margens de comercialização dos medicamentos.

**Despacho n.º 3756/2014,
de 11 de março**

Estabelece disposições com vista ao alargamento da deteção precoce do cancro colorretal.

**Circular Informativa n.º 061/CD/8.1.6
de 12/03/2014 - Infarmed**

A publicação do regime jurídico das incompatibilidades, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 14/2014, de 22 de Janeiro, impôs a necessidade de reorganização das Comissões Técnicas Especializadas e/ou dos Grupos de Trabalho com carácter consultivo do Infarmed, nomeadamente a Comissão de Avaliação de Medicamentos (CAM), a Comissão de Avaliação Terapêutica e Económica, a Comissão da Farmacopeia Portuguesa, a Comissão do Prontuário Terapêutico e a Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica. Esta reorganização tem gerado alguns atrasos na execução das tarefas atribuídas às Comissões e/ou Grupos de Trabalho. O Infarmed envidará esforços conducentes à rápida regularização da situação.

**Deliberação n.º 028/CD/2014 -
Infarmed**

Atualização das tabelas que definem os grupos farmacoterapêuticos cujos medicamentos têm a classificação de tratamentos de curta duração ou longa duração, face à nova classificação farmacoterapêutica de medicamentos (homologada pelo Despacho n.º 2977/2014).

Lei n.º 15/2014, de 21 de março

Lei que consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde.

**Despacho n.º 4355/2014,
de 25 de março**

Determina os métodos de vigilância epidemiológica e microbiológica.

**Portaria n.º 76-B/2014,
de 26 de março**

Cria o Grupo Hospitalar Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil e estabelece o seu regime de organização e funcionamento.

Despacho n.º 4742/2014, de 2 de abril

Aprova a classificação farmacoterapêutica de medicamentos. Revoga o Despacho n.º 2977/2014.

Portaria n.º 78/2014, de 3 de abril

Altera a Portaria n.º 924-A/2010, que define os grupos e subgrupos farmacoterapêuticos que integram os diferentes escalões de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos.

Portaria n.º 82/2014, de 10 de abril

Estabelece os critérios que permitem categorizar os serviços e estabelecimentos do SNS.

Circular Informativa N.º 091/CD/8.1.6 de 11/04/2014 - INFARMED, I.P.

Informação sobre a Declaração da Pessoa Qualificada relativa ao cumprimento das boas práticas de fabrico de substâncias ativas.

Lei n.º 21/2014, de 16 de abril

Regula a investigação clínica, considerada como todo o estudo sistemático destinado a descobrir ou a verificar a distribuição ou o efeito de fatores de saúde, de estados ou resultados em saúde, de processos de saúde ou de doença, do desempenho e, ou, segurança de intervenções ou da prestação de cuidados de saúde.

Deliberação n.º 940/2014, de 16 de abril

Regulamento de sorteio relativo a situações de existência de mais de um candidato pré-selecionado ao concurso para abertura de nova farmácia, situações de empate verificadas nos pedidos conflituantes de transferência da localização de farmácias e nos procedimentos com vista à autorização de instalação de postos farmacêuticos.

Deliberação n.º 939/2014, de 16 de abril

Aprova orientações sobre a prática de reprocessamento de dispositivos médicos de uso único pelos serviços ou estabelecimentos do SNS.

Despacho n.º 5561/2014, de 23 de abril

Define os meios de emergência pré-hospitalares de suporte avançado e imediato de vida, que atuam no âmbito

do Sistema Integrado de Emergência Médica, e as bases gerais da sua integração na rede de serviços de urgência.

Deliberação n.º 051/CD/2014 de 30/04/2014 - INFARMED, I.P.

Atualização das tabelas com a classificação dos grupos e subgrupos farmacoterapêuticos quanto à duração da terapêutica.

Deliberação n.º 55/CD/2014 - INFARMED, I.P.

Revisão da lista de medicamentos cuja exportação para países terceiros ou distribuição para outros estados da UE depende de notificação prévia.

Circular Informativa N.º 115/CD/8.1.6. de 09/05/2014 do Infarmed, I.P.

Normas vigentes para a devolução de medicamentos para distribuidores por grosso e farmácias.

Circular Informativa N.º 118/CD/8.1.7., de 12/05/2014

Reprocessamento de dispositivos médicos de uso único.

Resolução da Assembleia da República n.º 48/2014 de 2014-06-06

A Assembleia da República recomenda ao Governo que reforce o estudo das necessidades e devidas respostas no âmbito dos Cuidados Paliativos Pediátricos e que implemente as medidas necessárias à disponibilização efetiva desses cuidados no nosso País.

Portaria n.º 123-A/2014 de 2014-06-19

Estabelece os critérios de criação e revisão de Redes Nacionais de

Especialidades Hospitalares e de Referenciação, bem como as áreas que as mesmas devem abranger.

Despacho n.º 8333/2014 de 2014-06-26

Determina novas competências e novos membros para a Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica.

Despacho n.º 8445/2014 de 2014-06-30

Reforça a implementação da estratégia para uma Rede de Telemedicina no SNS.

Portaria n.º 135-A/2014, de 1 de julho

Aprova a composição, o financiamento e as regras de funcionamento, bem como a articulação entre a Comissão de Ética para a Investigação Clínica e as Comissões de Ética para a Saúde.

Portaria n.º 136-B/2014, de 3 de julho

Altera a Portaria n.º 287/2012, de 20 de setembro, que estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das clínicas e dos consultórios médicos.

Portaria n.º 138/2014, de 7 de julho

Estabelece os termos a que obedece a autorização de fabrico e utilização dos medicamentos de terapia avançada sob isenção hospitalar, bem como os requisitos de rastreabilidade e farmacovigilância e as normas de qualidade a que devem obedecer esses medicamentos.

Portaria n.º 141/2014, de 8 de julho

Atualiza o programa de formação da área de especialização de Saúde Pública.

Decreto-Lei n.º 109/2014, de 10 de julho

Procede à quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, que estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina.

Decreto-Lei n.º 110/2014, de 10 de julho

Cria o Fundo para a Investigação em Saúde. Cabe ao Infarmed a competência para a administração e gestão do Fundo, bem como assegurar o seu financiamento anual em um milhão de euros.

Despacho n.º 9405/2014, de 21 de julho

Determina o regime de prescrição e faturação de Cuidados Respiratórios Domiciliários.

Despacho n.º 9456-C/2014, de 21 de julho

Princípios orientadores do Código de Conduta Ética dos Serviços e Organismos do Ministério da Saúde.

Despacho n.º 9767/2014, de 21 de julho

Determina a comparticipação a 100% dos medicamentos destinados ao tratamento de doentes com doença de Crohn ou Colite Ulcerosa.

Norma nº 010/2014 da DGS de 23/07/2014

Definição dos requisitos obrigatórios para um Centro Prescritor de Agentes Biológicos.

**Deliberação n.º 1502/2014,
de 30 de julho**

Regulamentação das áreas mínimas das farmácias.

Portaria n.º 153/2014, de 4 de agosto

Aprova o Regulamento do Fundo para a Investigação em Saúde criado pelo Decreto-Lei n.º 110/2014, de 10 de julho. O Fundo visa o financiamento de atividades e projetos de investigação dirigidos para a proteção, promoção e melhoria da saúde, sendo a sua gestão da competência do INFARMED, I. P..

**Decreto-Lei n.º 118/2014,
de 5 de agosto**

Estabelece os princípios e o enquadramento da atividade do enfermeiro de família no âmbito das unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários.

**Decreto-Lei n.º 117/2014,
de 5 de agosto**

Altera o Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29 de novembro, que regula o acesso às prestações do SNS no que respeita ao regime de taxas moderadoras e aplicação dos regimes especiais de benefícios.

**Despacho n.º 10218/2014,
de 8 de agosto**

Aprova a implementação experimental da Tabela Nacional de Funcionalidade, no setor da saúde.

**Despacho n.º 10220/2014,
de 8 de agosto**

Determina que os investimentos que tenham valor inferior a EUR 1 000 000 podem ser autorizados pelo conselho

de administração das entidades do SNS. Revoga o despacho n.º 1747/2014 de 4 de fevereiro.

**Despacho n.º 10319/2014,
de 11 de agosto**

Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica.

**Despacho n.º 10429/2014,
de 12 de agosto**

Determina que os estabelecimentos hospitalares e as unidades locais de saúde integrados no SNS e classificados nos Grupos I, II, III ou IV-a com valências médicas e cirúrgicas de oncologia médica, devem assegurar a existência de uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP).

Lei n.º 51/2014, de 25 de agosto

Altera o DL 189/2000, de 12/08, o DL 134/2005, de 16/08, o DL 176/2006, de 30/08, o DL 307/2007, de 31/08, o DL 189/2008, de 24/09, o DL 145/2009, de 17/06, e o regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos, aprovado em anexo ao DL 48-A/2010, de 13/05.

**Despacho n.º 10871/2014,
de 25 de agosto**

Determina os responsáveis pela elaboração ou revisão das Redes Nacionais de Especialidades Hospitalares e de Referênciação.

Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto

Estabelece normas de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços e promove a cooperação em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços,

transpondo a Diretiva n.º 2011/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 09/03/2011, e a Diretiva de Execução n.º 2012/52/UE da Comissão, de 20/12/2012.

**Decreto-Lei n.º 131/2014,
de 29 de agosto**

Regulamenta a Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro, no que se refere à proteção e confidencialidade da informação genética, às bases de dados genéticos humanos com fins de prestação de cuidados de saúde e investigação em saúde, às condições de oferta e realização de testes genéticos e aos termos em que é assegurada a consulta de genética médica.

**Portaria n.º 179/2014,
de 11 de setembro**

Altera o anexo da Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro, que aprova o Regulamento do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC).

**Resolução n.º 27/2014,
de 6 de outubro**

Designa membros do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

**Despacho n.º 12284/2014,
de 6 de outubro**

Atualiza o montante (60 €) a partir do qual são obrigatórias as comunicações ao INFARMED de qualquer valor, bem ou direito avaliável em dinheiro, concedido ou recebido.

**Despacho n.º 12984/2014,
de 24 de outubro**

Constituição do Grupo de Trabalho «Combate às irregularidades praticadas nas áreas do Medicamento e dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica».

**Despacho n.º 13163-B/2014,
de 24 de outubro**

Cria o Grupo Técnico designado por "Informação no Sistema na Saúde".

**Despacho n.º 13163-C/2014,
de 24 de outubro**

Designação dos membros da Comissão Nacional para os Centros de Referência. Resolução do Conselho de Ministros n.º 60/2014, de 31 de outubro

Cria a Comissão Interministerial de Coordenação da Resposta ao Ébola
**Portaria n.º 222/2014,
de 4 de novembro**

Define o regime de preços e comparticipações a que ficam sujeitos os reagentes (tiras-teste) para determinação de glicemia, cetonemia e cetonúria e as agulhas, seringas e lancetas.

**Portaria n.º 227/2014,
de 6 de novembro**

Define a atividade de compras centralizadas específicas da área da saúde que constituem atribuição da SPMS, E. P. E. - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E.

**Portaria n.º 231/2014,
de 11 de novembro**

Aprova o Regulamento Interno do Grupo Hospitalar Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil.

**Portaria n.º 231-A/2014,
de 11 de novembro**

Estabelece os países de referência a considerar em 2015 para a autorização dos preços dos novos medicamentos, bem como para efeitos de revisão anual de preços dos medicamentos do mercado hospitalar e do mercado de ambulatório. Suspende para 2015 a revisão anual dos preços dos medicamentos genéricos.

**Decreto-Lei n.º 173/2014,
de 19 de novembro**

Altera os diplomas legais que aprovam a Lei Orgânica do Ministério da Saúde, a orgânica da Administração Central do Sistema de Saúde e a orgânica das Administrações Regionais de Saúde.

**Portaria n.º 258-B/2014,
de 12 de dezembro**

Cria a área profissional de especialização de Farmacologia Clínica e aprova o respetivo programa de formação no âmbito do Internato Médico.

**Decreto-Lei n.º 188/2014,
de 30 de dezembro**

Procede à extinção do Fundo de Apoio ao Sistema de Pagamentos do Serviço Nacional de Saúde, criado pelo Decreto-Lei n.º 185/2006, de 12 de setembro.

Lei n.º 82-A/2014, de 31 de dezembro
Aprova as Grandes Opções do Plano para 2015.

Lei n.º 82-B/2014, de 31 de dezembro
Orçamento do Estado para 2015.

Legislação publicada em 2015 com potencial impacto na utilização de medicamentos

**Portaria n.º 18-A/2015,
de 2 de fevereiro**

Define os termos e condições a que obedece o pagamento de uma remuneração adicional às farmácias participantes em programas de saúde pública pelo contributo para a redução da despesa do SNS e dos utentes com medicamentos, através do aumento da quota de medicamentos genéricos participados.

Portaria n.º 21/2015, de 4 de fevereiro

Altera a Portaria que define a atividade de compras centralizadas específicas da área da saúde que constituem atribuição da SPMS, E. P. E. - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E..

Portaria n.º 63/2015, de 5 de março

Fixa as taxas que são devidas pelos atos prestados no âmbito da Lei que regula a investigação clínica, que cria um novo quadro de referência para a investigação clínica com seres humanos em Portugal.

Portaria n.º 64/2015, de 5 de março

Aprova as normas de funcionamento da Rede Nacional das Comissões de Ética para a Saúde.

Portaria n.º 65/2015, de 5 de março

Estabelece as normas a que deve obedecer o funcionamento do Registo Nacional de Estudos Clínicos.

Lei n.º 19/2015, de 6 de março

Altera a Lei que aprova o Regime Jurídico do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, no que respeita à sua composição.

**Portaria n.º 77-A/2015,
de 16 de março**

Aprova o modelo de declaração da contribuição extraordinária sobre a indústria farmacêutica.

**Despacho n.º 2839/2015,
de 19 de março**

Nomeia os membros da Comissão de Acompanhamento das Compras na Saúde.

Portaria n.º 87/2015, de 23 de março

Define os tempos máximos de resposta garantidos para todo o tipo de prestações de saúde sem carácter de urgência e publica a Carta de Direitos de Acesso.

**Resolução do Conselho de Ministros
n.º 18/2015, de 7 de abril**

Aprova o Programa Integrado de Promoção da Excelência em Investigação Médica.

Despacho n.º 3802/2015, de 16 de abril

Cria um grupo de trabalho para o desenvolvimento de um conjunto de medidas relativas à implementação de um programa de deteção precoce

e intervenções breves dirigido ao consumo excessivo de álcool e ao consumo de tabaco nos Cuidados de Saúde Primários.

Decreto-Lei n.º 61/2015, de 22 de abril

Altera a regulação do acesso às prestações do SNS por parte dos utentes, no que respeita ao regime de taxas moderadoras e à aplicação dos regimes especiais de benefícios.

**Resolução da Assembleia da
República n.º 46/2015, de 5 de maio**

Pelo reforço da intervenção dos cuidados de saúde primários no combate ao cancro de pele.

**Despacho n.º 4688/2015,
de 7 de maio**

Determina que a vacina contra a gripe sazonal é gratuita, na época 2015/2016, para pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, bem como outros grupos alvo prioritários definidos em orientação anual da Direção-Geral da Saúde.

ANEXO 5 - RELATÓRIOS DE PRIMAVERA ANTERIORES



RP 2001
Conhecer
os caminhos da saúde



RP 2002
O estado da saúde
e a saúde do Estado



RP 2003
Saúde – que rupturas?



RP 2004
Incertezas...
Gestão da mudança
na saúde



RP 2005
Novo serviço público
de saúde - Novos desafios



RP 2006
Um ano de governação:
Sentidos e Significados



RP 2007
Luzes e sombras.
A governação da saúde



RP 2008
Sistema de Saúde Português:
Riscos e Incertezas



RP 2009
10 / 30 Anos:
Razões para continuar



RP 2010
Desafios em tempos
de crise



RP 2011
Da depressão da crise
para a governação
prospectiva da saúde



RP 2012
Crise & Saúde
Um país em sofrimento



RP 2013
Duas Faces da Saúde



RP 2014
Saúde.
Síndrome de negação

ANEXO 6 - COLABORADORES E CONFLITO DE INTERESSES

As exigências de transparência na elaboração de estudos, principalmente de natureza qualitativa, impõem que investigadores ou grupos de investigação debatam entre si e declarem publicamente eventuais conflitos de interesse de índole económica, institucional, profissional, política ou pessoal que possam interferir nos resultados desses estudos.

Neste contexto, a rede de investigadores sobre sistemas de saúde do OPSS, no seu conjunto, não identifica interesses específicos, económicos, institucionais, profissionais, políticos ou pessoais que condicionem o trabalho agora apresentado.

Não pode, assim mesmo, omitir-se que alguns de entre os membros do OPSS colaboraram ou colaboram, tecnicamente, com alguns dos governos mais recentes, sendo ou tendo sido essa colaboração o resultado do aproveitamento das suas capacidades técnicas.

Na elaboração do Relatório de Primavera 2015, em alinhamento

com anos anteriores procurou-se, no entanto, evitar que as pessoas envolvidas diretamente em trabalhos em equipas ou serviços no Ministério da Saúde tivessem influência no juízo do OPSS sobre essas mesmas matérias.

Contribuíram para a realização deste relatório:

Coordenação

Manuel Lopes
Felismina Mendes
Sofia de Oliveira Martins
Pedro Lopes Ferreira

Equipa Técnica

Ana Margarida Advinha
Ana Tito Lívio Santos
Eugénia Simões
Patrícia Barbosa

Investigadores

Abel Paiva
Ana Escoval
Ana Margarida Advinha
Ana Rita Pedro
Ana Tito Lívio Santos
André Coelho
André Jacinto
Catarina Periquito
César Fonseca
Cristina Furtado

David Monteiro
Felismina Mendes
Fernando Petronilho
Filipa Alves da Costa
Filipa Vaz Serra
Inês Teixeira
João Aguiar
José Aranda da Silva
José Cabrita
José Carlos Santos
Manuel Lopes
Margarida Eiras
Margarida Filipe
Margarida Madalena Martins França
Paula Bruno
Paulo Espiga
Paulo Parente
Pedro Coelho
Pedro Lopes Ferreira
Rafaela Gomes de Sousa
Sérgio Vilão
Sofia de Oliveira Martins
Susana Moreira

Design

Coordenação
Professora Célia Figueiredo
Design Gráfico
Cheila Guerra
Filipe Tavares
Paginação e infografismo
Paulo Teles

E das seguintes organizações:

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
Associação Nacional das Farmácias
Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
Departamento de Artes Visuais e Design da Universidade de Évora
Fundação Calouste Gulbenkian

ANEXO 7 - INVESTIGADORES FUNDADORES DO OPSS

Ana Escoval
Cipriano Justo
Constantino Sakellarides
Jorge Correia Jesuíno
Jorge Simões
José Luís Biscaia
Manuel Schiappa
Paulo Ferrinho
Pedro Lopes Ferreira
Suzete Gonçalves
Teodoro Briz
Vasco Reis
Vitor Ramos

