

SAÚDE

UM DIREITO HUMANO

RELATÓRIO DE PRIMAVERA 2019

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-NOVA), Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP), Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), Universidade de Évora, e a Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa.

O Relatório de Primavera 2019 contou com o patrocínio da Escola Nacional de Saúde Pública e foi coordenado por Rogério Gaspar e Filipa Duarte Ramos (FFUL), Pedro Lopes Ferreira (CEISUC), Henrique Barros (ISPUP) e Felismina Mendes (UÉ).



Obra patrocinada por:



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

ÍNDICE DE CONTEÚDOS

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 A GOVERNAÇÃO DA SAÚDE EM ANÁLISE	
1.1 BALANÇO DO QUE ACONTECEU	18
1.2 A GOVERNAÇÃO DA SAÚDE EM TEMPOS DE “GERINGONÇA”	20
1.3 A SAÚDE E O ESTADO: O SNS AOS 40 ANOS	28
1.3.1 Governança do Sistema de Saúde	28
1.3.2 Algumas notas sobre a gestão do SNS	31
1.3.3 Recursos Humanos – o essencial	31
CAPÍTULO 2 NOVO IMPULSO NA REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: CONTRARIAR AS DESIGUALDADES, INTEGRAR OS CONTEXTOS DA PRÁTICA E OS DETERMINANTES SOCIAIS NA ANÁLISE DO DESEMPENHO	
2.1 INTRODUÇÃO	36
2.2 PERFIL DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÓMICO DA POPULAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DAS UCSP E USF	38
2.3 INTERNAMENTOS EVITÁVEIS E EPISÓDIOS DE URGÊNCIAS HOSPITALARES	41
2.3.1 Internamentos evitáveis	41
2.3.2 Episódios de urgências hospitalares	48
2.4 NOVO MODELO DE CONTRATUALIZAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: O QUE MUDOU?	51
2.4.1 Evidência sobre os programas de incentivos ao desempenho	56
2.4.2 Desafios, limitações e sugestões do novo modelo de contratualização	59
2.5 CONCLUSÃO	62
2.6 REFERÊNCIAS	65
CAPÍTULO 3 INFEÇÃO VIH: O QUE ESTARÁ PARA MUDAR	
3.1 DA IDENTIFICAÇÃO À RESPOSTA COMUNITÁRIA	72
3.2 PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO NO CONTÍNUO DE CUIDADOS	78
3.2.1 Prevenção	78
3.2.2 Diagnóstico	79
3.3 A LIGAÇÃO AOS CUIDADOS, ADESÃO E RETENÇÃO EM TRATAMENTO NO ESFORÇO DE PREVENÇÃO	82
3.4 ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO – SERÁ POSSÍVEL O ZERO?	84
3.5 REFERÊNCIAS	84
CAPÍTULO 4 SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL	
4.1 AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL	90
4.1.1 Introdução	90
4.1.2 A Saúde Mental antes da 2.ª Guerra Mundial	93
4.1.3 A Saúde Mental a partir da segunda metade do Século XX	93

4.1.4 A Revolução dos Cravos e vinte anos de inércia	94
4.1.5 1998: Uma nova lei de Saúde Mental	96
4.1.6 Hoje: o Plano Nacional de Saúde Mental e a sua extensão	97
4.1.7 Conclusões	101
4.1.8 Referências	103
4.2 ESCASSEZ DE PSICÓLOGOS NO SNS	106
4.2.1 Referências	107
4.3 O CONSUMO DOS PSICOFÁRMACOS	108
4.3.1 Referências	109

CAPÍTULO 5 DESPESA COM MEDICAMENTOS EM PORTUGAL

5.1 INTRODUÇÃO	112
5.2 DESPESA COM MEDICAMENTOS EM PORTUGAL	113
5.2.1 Referências	118
5.3 ASSIMETRIAS GEOGRÁFICAS NA DESPESA COM MEDICAMENTOS	120
5.3.1 Referências	130
5.4 INOVAÇÃO TERAPÊUTICA: O ACESSO AOS NOVOS MEDICAMENTOS E O QUADRO DE PREVISIBILIDADE NECESSÁRIA	131
5.4.1 Inovação terapêutica	131
5.4.2 Medicamentos inovadores em Portugal	134
5.4.3 Proposta de quadro de debate/decisão	141
5.4.4 Referências	143

CONCLUSÃO

147

ANEXOS

159

APÊNDICES

169

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS – Administração Central dos Serviços de Saúde, I.P.
AIM – Autorização de Introdução no Mercado
APIFARMA – Associação Portuguesa da Indústria Portuguesa
ARS – Administração Regional de Saúde
CA – Conselho de Administração
CAD – Centros de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH
CD4 – Cluster of Differentiation 4
CESM – Comissão para o Estudo da Saúde Mental
CHUC – Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra
CR-CT – Centro de Responsabilidade-Centro de Tratamento
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DCI – Denominação Comum Internacional
DDD – Dose Diária Definida
DMG – Doentes Mentais Graves
DOPC – Doença Obstrutiva Pulmonar Crónica
ECDC – Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças
EFPIA – European Federation of Pharmaceutical Industries
ERS – Entidade Reguladora da Saúde
IAPAC – Associação Internacional de Prestadores de Cuidados no Âmbito da SIDA
IDG – Índice de Desempenho Global
IDS – Índices de Desempenho Sectoriais
INSA – Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge
IVA – Imposto sobre o Valor Acrescentado
INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
I&D+i – Investigação & Desenvolvimento mais Inovação
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
hmR – health market Research
HPV – Vírus do Papiloma Humano
HTA – Hipertensão Arterial
MNSRM – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
MS – Ministério da Saúde
MSRM – Medicamentos Sujeitos a Receita Médica
NACOS – Novos anticoagulantes orais
NUTS III – Nomenclature of Territorial Units for Statistics
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE – Orçamento de Estado
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organizações Não-Governamentais
ONUSIDA – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/Sida
OPSS – Observatório Português de Sistemas de Saúde

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

P4P – Pay-for-Performance

PIB – Produto Interno Bruto

PNSM – Plano Nacional da Saúde Mental

PPP – Parcerias Público Privadas

PrEP – Profilaxia pré-Exposição

PVP – Preço de Venda ao Público

RP – Relatório de Primavera

RHS – Recursos Humanos da Saúde

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SINATS – Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde

SI.VIDA – Sistema Informático que permite a monitorização e acompanhamento de utentes com VHI/SIDA

SLSM – Serviços Locais de Saúde Mental

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRSM – Serviços Regionais de Saúde Mental

TROIKA – Equipa composta pelo Fundo Monetário Internacional, Banco Central Europeu e Comissão Europeia

UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade

UE – União Europeia

UCSP – Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

UN-HABITAT – Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos

USF – Unidades de Saúde Familiar

USF-A – Unidade de Saúde Familiar modelo A

USF-B – Unidade de Saúde Familiar modelo B

URAP – Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

INTRODUÇÃO

SAÚDE: UM DIREITO

FELISMINA MENDES¹

FILIPA DUARTE-RAMOS²

HENRIQUE BARROS³

PEDRO LOPES FERREIRA⁴

ROGÉRIO SÁ GASPAR²

1 | Universidade de Évora

2 | Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

3 | Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto

4 | Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

SAÚDE: UM DIREITO

Este ano a Coordenação do OPSS decidiu dedicar o seu Relatório de Primavera à saúde como um direito fundamental de cidadania. Assim sendo, neste documento encaramos o acesso a cuidados de saúde como um pré-requisito, não estando dependente da capacidade para pagar do cidadão para assegurar esse direito. Abordamos assim o acesso aos cuidados de saúde primários e à saúde mental, ao tratamento de doenças como a hepatite e a SIDA, e o acesso aos medicamentos e à inovação terapêutica. Convidámos ainda três especialistas de diferentes áreas políticas para comentarem a governação da saúde.

Em Portugal, o acesso aos cuidados de saúde assenta sobre uma base sólida: o Serviço Nacional de Saúde (SNS). É a Constituição da República Portuguesa de 2 de abril de 1976 que o diz, ao consagrar na sua versão atual, a proteção da saúde como um dever mas, sobretudo, como um direito de todos, realizado “através de um SNS universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”. Estabelece ainda que a gestão do SNS é descentralizada e participada, uma outra característica poucas vezes referida.

Implicitamente, está em perfeita sintonia com o conceito da OMS de “saúde em todas as políticas” ao prever a criação de políticas públicas associadas à promoção da saúde e aos determinantes sociais⁽¹⁾. Para garantir esse direito à proteção da saúde, no entanto, a Constituição afirma ainda que incumbe prioritariamente ao Estado, entre outras coisas, garantir o acesso a todos os cidadãos, i.e., a universalidade, garantir a equidade de acesso, considerada muitas vezes como um desdobramento da universalidade, e orientar a sua ação para o financiamento público dos custos em saúde.

Deste modo, está também perfeitamente alinhada com a Constituição da OMS⁽²⁾, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada pela Organização das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948⁽³⁾, agora a comemorar os 70 anos, assim como com a Declaração de Alma-Ata⁽⁴⁾, de setembro de 1978, e a comemorar 40 anos, onde se afirma que “a chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos, particularmente entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento, assim como no interior dos países, é política, social e economicamente inaceitável, e constitui por isso objeto da preocupação comum de todos os países”.

(1) World Health Organization. *Helsinki Statement Framework for Country Action*. Geneva, Switzerland, 2014.

(2) World Health Organization. *World Health Organization constitution: In: Basic documents*. Geneva, Switzerland, WHO, 1948.

(3) United Nations. *Universal Declaration of Human Rights*. Resolução 217A aprovada em Assembleia Geral em 10 de dezembro de 1948.

(4) World Health Organization. *Alma Ata 1978: Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. Geneva. World Health Organization, 1978.

Entre nós, um ano depois da Declaração de Alma-Ata, foi criado o SNS através da lei 56/79, de 15 de setembro, reiterando esta lei que o acesso é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, incluindo os estrangeiros, em regime de reciprocidade, os apátridas e os refugiados políticos que residam ou se encontrem em Portugal. Vinte e dois anos depois, o Ministro da Saúde publica o Despacho 25360/01 que estende esse acesso à saúde aos cidadãos estrangeiros residentes em Portugal, mesmo se não regularizados.

Entretanto, através do decreto-lei 254/82, de 29 de junho, que criou as ARS ainda a nível distrital, houve uma tentativa de revogar grande parte da lei do SNS (46 artigos), gorada por um acórdão do Tribunal Constitucional por inconstitucionalidade, por se traduzir “na extinção do Serviço Nacional de Saúde” e, por isso, contender “com a garantia do direito constitucional à saúde”⁽⁵⁾.

Temos, assim em Portugal, um SNS universal, significando que todos os cidadãos residentes têm o direito de a ele recorrer, não sendo possível, segundo Jorge Novais, “sem prévia e, ainda assim, muito discutível, revisão constitucional, condicionar ou excluir o acesso de categorias particulares de cidadãos”^(6,7).

Este direito à saúde, encarado como o direito a níveis mais elevados de saúde, impõe uma obrigação imediata aos governos para proteger os seus cidadãos de discriminação, incluindo no acesso aos serviços de saúde. Segundo a OMS, os sistemas de saúde têm a responsabilidade de melhorar a saúde das pessoas e protegê-las dos custos financeiros da doença, assim como, tratá-las com dignidade⁽⁸⁾. Isto consegue-se através do aumento da capacidade e da qualidade da prestação de cuidados, da garantia de cobertura de toda a população, e pela garantia de que estes serviços se mantêm acessíveis a todos.

Assim, tal como já defendido pelo OPSS no seu primeiro relatório⁽⁹⁾, os sistemas de saúde têm três objetivos finais: melhorar a saúde dos cidadãos, responder às suas legítimas expectativas, e garantir-lhes proteção do risco social e financeiro ao recorrer aos serviços de saúde.

(5) Acórdão Constitucional n.º 39/84 publicado em DR de 5 de maio.

(6) Crisóstomo S. O artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa. *Sociologia, Problemas e Práticas*, número especial, 2016: 33-48.

(7) Novais JR. Constituição e Serviço Nacional de Saúde. In: J. Simões (org.), *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde. Um Percorso Comentado*, Coimbra, Edições Almedina, 2010, pp. 239-270.

(8) World Health Organization. *The World Health Report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva 27, Switzerland: WHO, 2000.

(9) Observatório Português dos Sistemas de Saúde. *Conhecer os caminhos da saúde. Relatório de Primavera 2001*. Lisboa: OPSS, 2001.

A melhoria da saúde é o seu objetivo principal, quer em termos médios quer de equidade. O objetivo social, também em termos médios e de equidade, encara o cidadão na dupla qualidade de indivíduo com direitos (respeito pelas pessoas) e de utilizador dos serviços de saúde (orientação para o utilizador). O respeito pelas pessoas inclui os atributos comunicação, dignidade, autonomia e confidencialidade. Por outro lado, a orientação para o utilizador inclui os atributos prontidão no atendimento, liberdade de escolha, apoio social e qualidade das instalações. Por fim, o objetivo financeiro, naturalmente sempre de natureza distributiva, pressupõe que se deve manter um financiamento do sistema de forma a evitar o risco de despesas catastróficas para as famílias (levando-as eventualmente ao empobrecimento), causadas pelas despesas que os cidadãos têm de fazer do seu bolso quando adoecem.

Segundo os últimos dados da OCDE, em Portugal, os pagamentos diretos (*out-of-pocket*) dos agregados familiares atinge os 28%, sendo a média da UE28 de 18%. Relativamente ao custo dos medicamentos, este valor sobe em Portugal para 45%, mantendo-se a média na UE28 em 34%⁽¹⁰⁾.

Abordando agora com um pouco mais de detalhe o conceito de universalidade, a cobertura universal em saúde, na linha do que foi atrás referido, tem como objetivo garantir que todos os membros da população e suas comunidades tenham acesso aos serviços de saúde preventiva, curativa, de reabilitação e paliativa, com efetiva qualidade, sem serem expostos a dificuldades financeiras. É um conceito reconhecido por organizações internacionais como a OMS e o Banco Mundial como uma forma de melhorar a saúde e reduzir o fardo financeiro do acesso aos cuidados. Em 2005, os Estados Membros da OMS subscreveram uma resolução que incentiva os governos a desenvolverem sistemas de financiamento da saúde que visem atingir e manter uma cobertura universal⁽¹¹⁾.

Neste contexto, a melhoria do acesso é encarada como integrando dois aspetos:

- (i) melhor acessibilidade física correspondendo à disponibilidade de serviços de saúde a razoável distância dos que precisam deles e uma oferta que permita às pessoas obter os serviços quando deles necessitam;
- (ii) acessibilidade financeira, isto é, a capacidade para pagar os serviços sem criar dificuldades financeiras.

Por outro lado, o conceito de cobertura, considerada como uma forma de melhorar a saúde da população, capta a utilização dos serviços de saúde sem risco de dificuldades financeiras de pagamentos exorbitantes do próprio bolso e envolve a aceitabilidade, isto é, a vontade dos indivíduos para procurar serviços, sendo baixa quando os doentes percecionam estes serviços como não efetivos ou quando fatores sociais e culturais os desencorajam de procurar os serviços.

(10) OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris, 2018.

(11) World Health Organization. *Resolution WHA58.33: Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance*. World Health Assembly. Geneva: World Health Organization, 2005.

Assim, sempre que falamos em universalidade em saúde, estamos a referir três componentes inter-relacionadas:

1. A cobertura da população;
2. O leque de serviços disponíveis;
3. A extensão da proteção financeira relativamente aos custos dos serviços de saúde⁽¹²⁾.

É intuitivo deduzir-se que a universalidade melhora os resultados em saúde, pois assim as pessoas têm mais acesso aos cuidados quando deles necessitam.

Este conceito inclui aspetos como o acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos, à informação necessária, à manutenção de um equilíbrio físico e mental saudável, a ações de promoção em saúde individuais ou coletivas, e outras políticas públicas que lidam com os determinantes em saúde. O financiamento é vital pois todas as outras funções do sistema de saúde dependem de um financiamento adequado e sustentável. As restantes componentes relevantes são:

- a) a formação, o desenvolvimento e a retenção dos recursos humanos e o reconhecimento das novas categorias profissionais;
- b) as estratégias para um acesso universal dos medicamentos, vacinas e tecnologias;
- c) um sistema de informação efetivo;
- d) mecanismos para a governança, prestação de contas e liderança.

Sendo os sistemas de saúde muito complexos em termos demográficos, económicos, legais e regulatórios, epidemiológicos, tecnológicos, socioculturais e políticos, uma melhoria no sentido de uma destas áreas reflete-se necessariamente numa melhoria global da universalidade da cobertura. Espera-se, assim, que os governos reforcem estas componentes do sistema de saúde para tornarem possível atingirem os seus objetivos e proporcionarem uma prestação de alta qualidade.

Em termos económicos, não defender a universalidade do acesso, mais que um ato ideológico, seria um grave erro económico.

(12) World Health Organization. *The World Health Report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva 27, Switzerland: WHO, 2010.

CAPÍTULO 1

A GOVERNAÇÃO DA SAÚDE EM ANÁLISE

ANA JORGE¹

CIPRIANO JUSTO²

FERNANDO LEAL DA COSTA³

1 | Coordenadora da Unidade de Missão do Hospital da Estrela
para os Cuidados Continuados da SCML

2 | Universidade Lusófona

3 | Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa

A GOVERNAÇÃO DA SAÚDE EM ANÁLISE

1.1 BALANÇO DO QUE ACONTECEU

Cipriano Justo

Quando o primeiro-ministro deu conta do que se estava a passar, tinham-se passado três anos e a equipa da saúde do seu governo não mostrava capacidade de liderança para gerir a política de saúde – andava aos solavancos, geriam-se rotinas e conflitos –, percebeu então que mais umas semanas e o céu caia-lhe em cima. Do que ficou desse tempo, embora contrafeita, foi a tomada a decisão de nomear uma comissão para elaborar os termos de referência da revisão da Lei de Bases da Saúde, já no limite do admissível, quando havia bastante tempo que o assunto estava na agenda política, uma vez que se tinham criado as condições para alterar o que tinha trinta anos e dera uma importante contribuição para desequilibrar as relações entre o sector público e o sector privado.

Ainda foi ensaiada uma reforma do Serviço Nacional de Saúde para a qual foram nomeadas equipas sectoriais. À exceção da equipa dos cuidados continuados, que conseguiu desenvolver um guião estratégico para o sector, pouco foi acrescentado à herança do governo anterior. Dessa reforma ficou ainda a criação do Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados (Despacho 3618-A/2016, de 10 de março) e a criação, na Direção-Geral da Saúde, da Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar.

A liberdade de escolha, a medida que se quis fazer acreditar que iria resolver o acesso aos cuidados de saúde, sobretudo aos cuidados hospitalares, dada a situação em que estes cuidados se encontravam, nem panaceia foi, antes uma futilidade gestionária que manteve tudo na mesma. Serviu principalmente para tentar mascarar a ausência de respostas de proximidade. Quando, a certa altura, foi feito o seu balanço, verificou-se que a escolha se fazia em torno dos hospitais mais próximos da residência dos doentes, os quais rapidamente deixavam de conseguir respostas oportunas e atempadas, dado o esgotamento dos serviços. Além disso, a medida deu um sinal que num serviço público não deve ser dado; neste caso, a concorrência entre prestadores, gerando desigualdades entre aqueles que se podiam deslocar e os que não tinham recursos para o fazer. Feitas as contas, a espera continua a ter longos meses, senão mesmo longos anos.

Passados os primeiros meses, quando o benefício da dúvida ainda estava em vigor, e as expectativas faziam o seu caminho, aguardando-se que no dia seguinte as boas novas chegassem, a partir de certa altura, o epítome do gabinete passou a ser “*Somos todos Centeno*”. Esse foi o argumento encontrado para, à falta do dinheiro, a tática passasse a ser a gestão corrente do sector.

Não houve nem a vontade nem o empenho para se compreender que a solução política que tinha passado a governar o país mais tarde ou mais cedo iria exigir que se realizassem as mudanças que há muito se impunham mas não tinham encontrado a conjuntura política que lhe fosse favorável. E nas últimas quatro décadas a que tinha passado a vigorar desde 26 de

novembro de 2015 era a que oferecia melhores condições para que se concretizasse. Pelo contrário, assistiu-se a uns penosos três anos de arrastar de pés.

Quando a 16 de agosto de 2017, tinham passado vinte meses desde que o governo tinha tomado posse, é tornado público o *Manifesto pela nossa saúde, pelo SNS*, com 1001 subscritores, no qual se afirmava que *a atual situação no sector da saúde, quase a meio do mandato do governo, permanece sem sinais de mudança que alterem a natureza do modelo de política de saúde, promovendo a saúde dos portugueses, reabilitando e requalificando o Serviço Nacional de Saúde. O qual dificilmente se verificará sem a contribuição ativa dos actores sociais e políticos das comunidades*. Embora sumário o diagnóstico que se apresentava da saúde dos portugueses naquele Manifesto era tudo menos animador:

- (1) *com 70% de esperança de vida saudável (2015), os portugueses tinham o mais baixo valor dos países do sul da Europa – Espanha, França, Itália e Grécia;*
- (2) *com 32% de esperança de vida saudável aos 65 anos, os portugueses ficam bastante aquém dos valores daqueles países;*
- (3) *no grupo etário 16-64 anos só 58% da população considerava que a sua saúde era boa ou muito boa, quando na Grécia ou em Espanha é superior a 80% (2015);*
- (4) *no grupo com mais de 64 anos aquela percepção é de 12%, sendo em Espanha e França superior a 40%;*
- (5) *mais de 50% da população tem excesso de peso;*
- (6) *em 2016 verificou-se o maior excesso de mortalidade da década, correspondente a 4 632 óbitos.*

Foi este Manifesto o principal detonador da intensa discussão sobre política de saúde que a partir de então passou a ter lugar no país, para a qual o governo pouco ou nada contribuiu, sempre numa postura defensiva e reativa. O Manifesto era a expressão de que se não havia vontade política para se tomarem medidas transformadoras ao menos que se discutissem a natureza e o sentido dessas medidas. E foi isso que aconteceu. Na comunicação social, em reuniões, assembleias, congressos, convenções, o debate passou a fazer parte da ordem do dia político. Com a emergência das lutas sindicais dos vários sectores profissionais, sem que do lado do governo houvesse disponibilidade para encontrar soluções satisfatórias, mesmo no plano do diálogo institucional, a situação passou a tornar-se insustentável e, por isso, foi sem surpresa que, em 14 de outubro de 2018, se assistiu à mudança da equipa do Ministério da Saúde.

A um ano de eleições para o parlamento e com uma herança particularmente turbulenta, à nova equipa faltava-lhe tempo para equacionar e acomodar as medidas que em devido tempo não tinham sido tomadas nem consideradas. Restava-lhe resolver os conflitos laborais e gerir politicamente a revisão da Lei de Bases da Saúde. As mudanças que deviam ter tido lugar teriam de aguardar por melhores dias, porventura para o mandato seguinte, caso os resultados eleitorais de outubro replicassem o cenário de 2015. No caso da Lei de Bases da

Saúde, a decisão de não ter sido levado em linha de conta o trabalho realizado pela Comissão nomeada pelo governo, e entregue em 13 de setembro de 2018, deu lugar ao aproveitamento político por parte dos partidos da oposição e dos sectores favoráveis à legislação de 1990, tendo-se gerado um clima de litigância e suspeição que só terminou praticamente com a votação final da proposta de Lei apresentada pelo governo, após um longo processo de auscultação em sede do grupo de trabalho nomeado para acolher e dar conformidade aos diversos pontos de vista dos atores sociais.

Não fossem as movimentações à margem da João Crisóstomo e o sector da saúde encontrava-se hoje em piores condições do que quando foi herdado do anterior governo. Na maior parte do tempo o que o caracterizou foi a inércia, foi deixar tudo como estava para que o tempo fizesse o resto. Se a falta de dinheiro para recuperar o que deixou de ser feito foi uma realidade, as medidas organizacionais que podiam ter sido tomadas e que tinham custos marginais nunca foram tomadas. E não foi por não se ter alertado para o facto que não foram tomadas. Foi porque não se quis.

É lícito afirmar que, à parte uma ou outra medida, da qual a aprovação da Lei de Bases da Saúde é o melhor exemplo, perderam-se meses a mais em tergiversações, retórica e taticismo. Contudo, se a lição tiver sido suficientemente aprendida, o próximo ciclo governamental pode ser aproveitado para, de uma vez por todas, se procederem às mudanças que há anos batem à porta.

1.2 A GOVERNAÇÃO DA SAÚDE EM TEMPOS DE “GERINGONÇA”

Fernando Leal da Costa

Comentar os últimos 4 anos de governação da saúde é falar de 10% da duração do nosso SNS. Apenas isso. Tudo o que tenho dito e criticado, essencialmente em vários artigos publicados em diários generalistas, procurou ser construtivo. Para alguns essa intenção poderá não ter sido clara. Só a mim me culpo se falhei no meu desígnio de procurar contribuir para um diálogo frutuoso de que pudesse nascer alguma vontade de fazer melhor.

Como já quase tudo foi escrito, atrevo-me a repescar partes do que já escrevi. Logo, não se espantem os ocasionais leitores com frases que já tenham encontrado antes.

Àqueles, seguramente muito poucos, que têm dedicado uma parte do seu precioso tempo a escrutinar as minhas palavras, deixo o meu pedido de desculpas pelas repetições que encontrarão.

Rever 10% de vida do SNS é, contudo, revisitar uma continuidade que nunca foi verdadeiramente interrompida, nem durante os anos de governação sob o último programa de resgate financeiro. Por isso, escrever sobre 10% do tempo útil do modelo de serviço público que a Constituição democrática nos trouxe, para ser completo e bem feito, exigiria uma longa análise que não posso fazer e nem sequer seria competente para esse exercício. Não quer isso dizer que este texto deixe de ser político. A saúde é a mais elevada expressão do que deve

ser o desenho de políticas públicas. Voltando a lembrar Virchow, o que tenho feito muitas vezes nos últimos tempos, “a política não é mais do que medicina em grande escala”.

Em boa verdade, sem com isso querer minorar as dificuldades de quem governa, o exercício entre 2015 e 2019 foi quase todo de tempo perdido. Resultou esta desastrosa circunstância de uma outra que nem os responsáveis pela saúde anteviram. Refiro-me obviamente à inflexível natureza financeira da gestão da saúde em período pós-Tróika, ao arrepio daquilo que a base que sustentava o Governo na AR desejava e ao contrário das melhores expectativas dos agentes da saúde e dos seus responsáveis. Criaram-se expectativas que foram goradas. Em termos de saúde, *malgré tout*, para lá de benesse das 35h de trabalho, cujos impactos reais foram sempre escamoteados, o Governo mais recente do Partido Socialista, apoiado numa maioria parlamentar de esquerda e extrema-esquerda, ficou muito aquém do que programou.

Digamos que o maior problema de toda a governação da saúde tem sido a procura sistemática da sustentação financeira do SNS no imediato, sem poder cuidar da sustentabilidade a longo prazo. Sustentabilidade, entenda-se, como a capacidade de garantir um SNS universal, geral e tendencialmente gratuito no ponto de contacto, prestando os cuidados adequados a quem deles necessitar, sempre e com a qualidade exigível.

A governação e a gestão do SNS tem sido maioritariamente, desde a sua fundação, a constante resolução de crises que se sucedem, inevitavelmente. Tem sido, para todos os que já passaram nos escritórios da João Crisóstomo, um exercício de urgências, por vezes de emergências, aqui e ali interrompido por bonanças transitórias que apenas servem para antever, nem sequer preparar, o embate seguinte

Hoje, olhando para o presente e passado recente, o segundo grande problema parece ser a falta de vontade do Primeiro-Ministro em colocar a Saúde no topo das prioridades de toda a governação. Nada que nunca tenha acontecido antes.

Todavia, apesar das enormes dificuldades que todos sentem no seu dia-a-dia, o SNS tem provado, tem tido capacidade de adaptação, e a prova são os resultados de saúde medidos, objetivamente melhores em cada ano que passa, mesmo durante os “nefastos” – aproveito a expressão de outro autor – anos da Tróika. Não me parece razoável agora, como não me pareceu nos anos em que colaborei com sucessivos Governos, ater-me a considerações sobre sobressaltos na taxa de mortalidade infantil, ainda historicamente muito baixa, ou de mortalidade materna, recentemente mais alta. O importante é que há mais pessoas a recorrerem, em cada ano que passa, aos serviços do SNS, mais atos realizados (sejam eles de consulta, exames ou cirurgias) e maior longevidade da população. Há mais vacinados, com mais vacinas. Há mais pessoas com médico de família, há mais médicos no SNS. Tudo isto é continuidade e será sempre arrogante, venha de quem vier, a afirmação de que apenas com o esforço de uma força ou de um só partido político se chegou onde estamos.

Todavia, o SNS está pior? Está.

O estado do SNS, provavelmente ainda bem melhor do que nos querem fazer acreditar em cada momento, sejam as oposições – em particular quando é de esquerda –, os meios de comunicação social ou as opiniões avulsas de casos isolados, mas seguramente pior do que os Governos e governantes imaginam, precisa de cuidados contínuos e de aperfeiçoamentos constantes. É isso que nos tem faltado. Estamos piores porque a procura tem aumentado, fruto de múltiplas razões, e não nos temos apetrechado para as respostas que são mais exigentes e mais urgentes.

De forma sintética direi que temos mais procura porque estamos todos mais velhos, porque o nosso ganho em anos de vida não se acompanhou de ganho de anos de vida com saúde, porque há aumentos de incidência de algumas doenças e porque, corolário do próprio êxito das políticas sanitárias dos últimos 50 anos, as doenças matam menos. Ainda bem. Note-se que escrevi que houve e há “êxitos das políticas sanitárias”, não apenas dos avanços tecnológicos, porque há uma imensidão de intervenções que são sanitariamente relevantes, começando pelo acesso a água potável e à rede de esgotos, passando pela educação e terminando na rede viária. Tudo isto melhorou, também por via da nossa adesão à União Europeia e graças à democracia (sem a qual não poderíamos fazer parte da União). De resto, o acesso à inovação é também uma consequência de decisões políticas que se queiram tomar na área da saúde.

E se a procura aumentou, também tem havido um salutar crescimento das exigências dos utilizadores dos serviços de saúde, sejam eles utentes do SNS ou clientes do setor privado empresarial e de intenção lucrativa. Sobre este tema não me posso alongar, mas deixo a ideia para uma avaliação de expectativas dos utilizadores nos diferentes contextos, satisfação, ganhos de saúde reais e, ainda mais importante, sobre a necessidade de haver maior e melhor regulação da qualidade em todo o sistema de saúde em Portugal. Os serviços não públicos não podem ser apenas julgados melhores pela sua hotelaria ou aparência. Tal como os serviços públicos não podem apenas clamar que são excelentes porque as estatísticas de sobrevivência e taxas de complicações assim o sugerem.

O SNS está pior porque a procura é muito superior à sua capacidade de resposta. O parque hospitalar, muito em particular o mais diferenciado, tem de ser aumentado (precisamos de mais camas!) e renovado. As listas de espera aumentam, como tem sido nos últimos anos, porque há mais diagnósticos e a capacidade de intervir não cresce ou até, essencialmente por falta de médicos, diminuiu. Em situações de múltiplas dependências de uma especialidade, como é o caso da anestesiologia, os estrangulamentos são determinantes e imensamente comprometedores. E há situações que já geram alarme público generalizado, como sejam as das faltas de obstetras no verão, em todo lado e até na capital. Talvez aqueles que, quando na oposição, tanto se manifestaram contra o encerramento da Maternidade Alfredo da Costa, agora que estão no Governo possam rever a sua miopia estratégica. Simplesmente, como a história tem demonstrado, a utilização de argumentos que nem sequer são ideológicos, mas que apenas respondem a interesses pessoais próprios ou a oportunidades de gerar contraponto político, tem sido nefasta para a prossecução de políticas públicas de médio e longo prazo.

Para a reposição dos níveis de excelência e qualidade a que todos temos direito, para um SNS verdadeiramente universal e geral, é preciso ir fundo nas reformas. Não nos iludamos. As ideias são o mais importante, são elas que geram as medidas que conduzem à ação, mas não podemos continuar cristalizados dentro de posições ideológicas imutáveis e compartimentalizadas, quase todas defendidas e repetidas por quem nada percebe do que é a saúde, a doença e a sua prevenção. Toda a saga, inútil e ineptamente manejada pelo Governo e Assembleia da República, da Lei de Bases da Saúde ilustra o meu período anterior.

Nada é potencialmente mais instável do que o estado da saúde de uma população. As condições sociológicas, técnicas, de recursos humanos, todas as envolventes, sejam elas económicas, financeiras, ambientais, demográficas, comunicacionais, estão sempre em evolução. A verdade é que temos transformações de que resultam necessidades e exigências que o desencontro entre as condições financeiras do País e as expectativas dos *stakeholders* tornam difíceis de resolver com uma resposta única, por um lado, e duradoira, por outro.

Dito isto, sem descurar a óbvia necessidade de se manter uma discussão filosófica e, como tal, política sobre o futuro do SNS, parece-me que há um conjunto de pressupostos que nos deveriam permitir, a todos, a toda a sociedade, discutir e combinar soluções pragmáticas que respondam ao principais desígnios, indiscutíveis, para a saúde em Portugal.

1. O acesso universal a cuidados de saúde,
2. O combate às desigualdades em toda a sociedade, como motor da promoção de melhor saúde,
3. A diminuição da carga de doença e o conseqüente aumento da longevidade saudável,
4. A sustentabilidade técnica, estrutural, humana e financeira do SNS para as próximas décadas.

Quase ninguém questiona a necessidade de haver SNS. Não quer isto dizer que o atual modelo de financiamento e prestação, idealizado em meados do século passado, não possa estar já desadequado à realidade de hoje e até possa vir a ser gradualmente substituído por um outro, idealizado nos finais do século XIX. Refiro-me, obviamente, ao confronto entre Beveridge e Bismarck, em que o segundo parece estar a ganhar vantagem ao primeiro, quando se avalia qualidade de prestação, sustentabilidade financeira e satisfação dos utentes.

É verdade que uma solução portuguesa, já composta por uma mistura que abrange seguros privados e públicos, além do SNS, tem sido “suficiente”, até agora, para garantir acesso universal e quase geral. Mas tem sido apenas “suficiente”, com grandes desigualdades territoriais e tempos de espera inoportáveis, face a uma população mais carente, exigente e necessitada. A hotelaria das instituições de saúde do Estado é deplorável na maioria dos casos, sendo pior em Lisboa, a capacidade instalada é insuficiente, os recursos humanos e financeiros são escassos. No entanto, quando o debate político quer apenas situar-se em princípios vagos como “menos Estado” e “menos impostos”, interessa que nos interroguemos sobre até onde estamos dispostos a ir no sacrifício do direito à proteção da saúde, direito esse

que alguns liberais mais extremados contestam como sendo positivo ou primário. Por mim, mais do que discutir a questão dos impostos ou das taxas, interessa-me começar por discutir a qualidade do serviço público, em particular em torno das suas características sistémicas mais importantes:

- a) Garantia de continuidades, temporal e geográfica, uniformes.
- b) Garantia de segurança clínica universal.
- c) Efetividade medida por resultados com impactos individuais e populacionais.
- d) Eficiência máxima, com combate ao desperdício a montante, que tem de incluir a procura constante das prescrições baseadas na melhor evidência disponível e em análises de relação custo/ganhos em saúde que garantam a resposta às alíneas anteriores.

Olhando para os últimos 4 anos, passando em revista algumas das medidas tomadas, é justo afirmar o seguinte:

Em termos de recursos humanos houve um esforço de contratação de médicos e enfermeiros que é significativo. Como se pode ler no Relatório Social do Ministério da Saúde, de 2017, “em 2017 foram contabilizados 131 998 trabalhadores nas entidades do Ministério da Saúde (MS), dos quais 97,3% se encontravam afetos às entidades prestadoras de cuidados de saúde primários e hospitalares e, apenas cerca de 2,7%, aos serviços centrais de natureza técnica e administrativa. O número de trabalhadores no ano em apreço apresentou um acréscimo de 1,6% face ao ano 2016. Em termos absolutos, os enfermeiros foram o grupo profissional em que se verificou maior crescimento (+1166 enfermeiros relativamente ao ano 2016)”. Mais à frente, constata-se, no mesmo relatório, que os enfermeiros já eram mais de 43 500 e que 68% dos recursos humanos do Ministério estão nos hospitais. E é nos hospitais onde há maiores carências de pessoal. A verdade é que tem sido difícil, muitas vezes impossível, preencher as escalas para 24h de serviço continuado e há capacidade operatória, de exames e de internamento que não é usada por falta de médicos e enfermeiros. A falta de pessoal é agora uma fonte de desperdício de recursos e de investimentos.

A falta de médicos especialistas não é apenas atribuível ao último Governo. Tal como acontece com a população, há um envelhecimento dos trabalhadores da saúde que não tem sido compensado pela formação de novos profissionais, com carência ainda maior do que nos outros grupos de profissões. Há mais médicos de família e menos Portugueses sem acesso a estes clínicos. De 1 332 425 em 2012 passámos para 690 322 em 2018. É certo que temos de aumentar a nossa capacidade formativa de especialistas e ser ainda mais céleres e menos burocráticos na contratação. Há que rever carreiras, aumentar salários e lutar contra a sangria de profissionais para o setor privado e o estrangeiro. Luta difícil, mas não impossível. Por exemplo, no que aos enfermeiros diz respeito, é preciso começar a pagar melhor em contextos de esforço técnico e emocional acrescido, como sejam a oncologia, as unidades de cuidados intensivos, a palição de doentes terminais e os serviços de urgência. Quanto aos médicos, de igual forma, não é possível continuar com um modelo de carreira em que a progres-

são está associada a desvalorização salarial, por via da redução de ganhos em horas extraordinárias, em vez de haver aumentos significativos que recompensem a maior experiência e responsabilidade. Penso mesmo que será inevitável, também no SNS, começar a pagar de forma diferente as especialidades diferentes.

Note-se que o SNS nunca se fará apenas de enfermeiros e médicos. Há muitas outras profissões na saúde a que se chama globalmente de técnicos. Não os enumero para que não me esqueça de nenhum. Também faltam em muitos locais e sem eles já não há prestação de cuidados de saúde em nenhuma área. Houve algumas definições em termos das suas carreiras, insuficientes e contestadas, mas a questão fulcral está na definição das necessidades e a consequente contratação em termos de um “quadro” que se quer dimensionado para ser efetivo.

Não crescemos, como deveríamos ter crescido, em número de USF. A média de novas USF entre 2016 e 2018 foi inferior à de entre 2012 e 2015.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
USF	43	72	40	68	49	42	38	38	24	32	30	18	38
Total										132			86
Média							33				29		

Figura 1.1 Número de novas USF entre 2016 e 2018.

E o número de USF de modelo B também não cresceu ao ritmo desejável e prometido.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
USF-B			68	34	14	19	26	19	12	15	25	2	20
Total										72			47
Média							18				16		

Figura 1.2 Número de USF de modelo B entre 2006 e 2018.

Todo o modelo de organização e remuneração destas unidades tem de ser revisto, sob pena de não ser sustentável. As USF trouxeram ganhos importantes, principalmente ao nível da estrutura física e da satisfação dos utentes e profissionais, mas têm de ser mudadas. Não é mais possível conceber cuidados primários a duas velocidades e, para isso, as USF terão de substituir todas as UCSP, projeto apenas idealizável se o acesso dos profissionais ao modelo de “saúde familiar” deixar de ser por convites entre amigos. De igual modo, toda a sistematização dos incentivos associados ao modelo B precisa de evoluir mais rapidamente e equitativamente. A possibilidade de remuneração em regime de exclusividade tem de estar associada a verdadeira dedicação exclusiva nas USF e, logicamente, a possibilidade de opção pela dedicação plena tem de ser repostada para todos os profissionais do SNS. O País não pode ter dois “níveis” de SNS.

Não se melhorou, como devíamos ter melhorado, em termos de lugares de cuidados continuados, muito agudamente na área domiciliária, com especial destaque para a quase inércia no que diz respeito à saúde mental. O número total de lugares disponíveis, com alojamento, era de 5911, no fim de 2012 e de 8400 no fim de 2016. Desde aí, o crescimento de novas camas tem sido anémico. Ainda não foi superado o número de 731 novos lugares abertos em um ano, em 2013. O modelo de cuidados paliativos, apesar da imperiosidade do aumento de respostas especializadas, tem de se libertar do rótulo de cuidados em fim de vida. Não é aceitável, a título de exemplo, que apenas possam ser aceites em unidades para cuidados paliativos os doentes com cancro já sem tratamento anti-neoplásico em curso. Um absurdo.

Em termos de política de medicamentos continua a faltar um Formulário Nacional de Medicamentos e ainda não houve a coragem de rever toda a lógica da comparticipação que, hoje em dia, favorece mais os “remédios” do que quem precisa deles. O modelo de avaliação de tecnologias de saúde, em especial no que se refere a medicamentos, com a instalação do SINATS, tem sido uma catástrofe que resulta em atrasos sistemáticos nas aprovações de preços para medicamentos inovadores. Falo com a responsabilidade de ter colaborado na criação dessa coisa gongórica e disfuncional que é um “Sistema de Avaliação” montado em cima de uma Comissão de “bem intencionados”. O INFARMED precisa de mais profissionais e meios. A avaliação de tecnologias precisa de uma estrutura profissional e dedicada apenas a essa tarefa.

A tentativa de introdução de médicos dentistas nos cuidados primários foi outra boa intenção, naturalmente, mas faltou acompanhar essa medida do reforço do programa do cheque dentista onde ele ainda pode crescer e da criação de uma carreira pública para médicos dentistas no SNS.

Termino por onde deveria ter começado, a promoção da saúde e a prevenção da doença.

Também aqui dever-se-ia ter feito mais. Louvo o lançamento da Estratégia Integrada para a Alimentação Saudável, mau grado o “despacho dos croquetes”, e o Plano Nacional para a Atividade Física. Igualmente, é de louvar a conceção e desejável implementação do Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados, um dos assuntos mais urgentes a ter de ser tratado.

Apressei-me a saudar a renovação do Portal da Saúde. Está melhor, é facto. Mas há muita informação que agora é muito mais opaca, difícil de encontrar e confusa. É matéria que deve ser brevemente revista, de forma a aumentar a transparência e permitir que se possam fazer observações e comparações sincrónicas ou deferidas. Em matéria de qualidade falta muita informação, incluindo parte daquela que legalmente deveria ser disponibilizada. No entanto, a maior conquista em termos de potencial ganho em seguimento epidemiológico esteve na criação do Registo Oncológico Nacional que se deseja ver com página (sítio na net) própria e dados robustos.

Infelizmente, apesar de ter estado em discussão, na atual sessão legislativa, uma Proposta de Lei da Saúde Pública, essencialmente compiladora, não aconteceu nenhuma inovação substantiva nesta matéria e a Lei ainda não terá sido finalmente publicada. Pior, a implementação de Serviços de Investigação, Epidemiologia Clínica e de Saúde Pública Hospitalares tarda em acontecer.

Não partilho do entusiasmo sobre taxas sobre o açúcar nos refrigerantes porque ainda estão para demonstrar a sua utilidade sanitária. No modelo em que existem são uma fonte adicional de financiamento para as finanças, sem o consequente ganho em saúde. Mal por mal, teria sido melhor aplicar uma taxa uniforme a pagar pelo consumidor final e aplicável a todos os refrigerantes, eventualmente modelada pelo teor de açúcar, já que há sérias dúvidas sobre a bondade alimentar dos edulcorantes. Palavra de especial congratulação sobre a redução do teor do sal no pão.

Como sempre, ficou muito por fazer e sei bem como é difícil vencer as resistências, fora e dentro do Governo, em tudo o que se prende com saúde pública e políticas de consumos. Os exemplos mais marcantes estão no controlo da publicidade ao álcool em eventos desportivos e culturais e na rotulagem semaforica de alimentos.

Espera-se que os anos vindouros deem mais atenção ao desporto universitário, que deveria ser matéria escolar obrigatória, bem como à reposição da valoração da Educação Física no acesso ao ensino superior.

Infelizmente, em termos de álcool nada se passou e em termos de tabaco, pouco se fez. Resalvo o aumento de consultas de cessação tabágica e o fim do tratamento favorável e diferenciado dos produtos nebulizados ou sem combustão. Dever-se-ia ter ido mais longe em termos de taxas específicas, muito mais do que no imposto *ad valorem*, e há um caminho longo a percorrer no que diz respeito a limitações na venda, em especial a menores de idade. Quanto ao álcool, aguardo, com infundada esperança, o dia em que o IVA do vinho seja máximo.

Enfim, esta minha revista poderia e deveria ter sido mais detalhada. Fica o meu reconhecimento a todos os que sacrificaram o conforto das suas vidas para o exercício da governação, com o respeito pessoal que lhes devo e a amizade que tenho, e desejo que seja recíproca, por eles. Deste Relatório de observação a que dei o meu modestíssimo contributo, espera-se que resulte mais um estímulo, não que haja falta deles, para a renovação urgente do mais importante serviço público nacional. Nos últimos anos, talvez desde o início da história do

SNS, tem havido a preocupação de se criarem *think-tanks*, grupos de reflexão, grupos de trabalho, convenções, compromissos e, como sempre, muita legislação. Importa que os primeiros, os “pensadores organizados”, mais do que continuarem a repetir clichés, apresentem medidas concretas e avaliações profundas, bem melhores do que estas linhas de mero observador interessado. Aos segundos, aos legisladores, deve-se exigir a permanente avaliação das medidas tomadas, do seu nível de aplicação e dos resultados obtidos. Crescer, renovar, melhorar manter. O mantra do SNS. Crescer na capacidade de resposta, renovar os recursos, melhorar a qualidade, manter a saúde.

1.3 A SAÚDE E O ESTADO: O SNS AOS 40 ANOS

Ana Jorge

1.3.1 Governança do Sistema de Saúde

Assisti e participei como médica na construção do SNS, vivi e trabalhei como profissional de saúde antes de haver SNS, vivenciei os anos do seu desenvolvimento, que considero os seus melhores anos, e assisto hoje a um período que considero o mais preocupante da vida do SNS.

Repensar o SNS é hoje uma obrigação.

Olhando para a saúde dos portugueses, através dos indicadores de saúde, quaisquer que eles sejam, é muito gratificante. São, em muitos casos, dos melhores da Europa, e nalguns do mundo, o que se deve, sem qualquer dúvida, à intervenção do SNS.

Mas se a esperança de vida à nascença em Portugal era de 70,32 anos em 1978, e em 2018 de 80,78 anos, constitui um progresso enorme e surpreendente, também é verdade que hoje somos o 4.º país da Europa com a população mais envelhecida.

O desenvolvimento económico, social e cultural, afastando uma parte importante da nossa população das mais gravosas determinantes de doença, a pobreza, o analfabetismo, a carência de apoio social e de assistência médica, o progresso científico, o desenvolvimento da medicina, com a introdução de tecnologias de saúde mais eficazes, na prevenção, no diagnóstico e no tratamento, como as vacinas, os *stents*, e as tão eficazes terapias anti-neoplásicas, configuram uma mudança drástica na qual foi central o Serviço Nacional de Saúde, com uma malha quantitativa e qualitativa de cuidados abrangendo todo o País, continente e Regiões autónomas.

Aqui chegados, o SNS está em forte crise. Considero que o principal problema do SNS, que ameaça a sua sustentabilidade e também a qualidade do seu funcionamento, é no meu entender, os seus profissionais de saúde. Os recursos humanos são o desafio primordial do SNS, e da sua resolução dependerá a qualidade e a eficácia da sua prestação de cuidados de saúde aos portugueses.

O crescimento dos seguros de saúde e de grupos de saúde privados de qualidade, respondendo a um quadro de necessidades de uma classe média com mais meios e diferentes valores, com uma crescente apetência para o consumo de cuidados de saúde, confronta o SNS com desafios diferentes que têm de ser, forçosamente, estimulantes para a sua reforma, para o novo fôlego que a sociedade, a Constituição da República e os profissionais de saúde exigem.

Não basta aumentar o financiamento.

Os profissionais de saúde, os médicos, os enfermeiros, os técnicos, os administrativos, os administradores têm de voltar a ter orgulho de trabalhar no SNS. O espírito de equipa tem de ser construído com profissionais que estejam em carreiras que valorizem a competência, a produtividade, os resultados; cada doente tem de ser valorizado, cada sucesso tem de ter um valor, cada instituição tem de saber mostrar os seus resultados, a emulação pela qualidade tem de ser uma constante. E, reforço que a qualidade tem de ser remunerada e as boas práticas têm de ser recompensadas. Pagar pelas titulações profissionais é o básico; o essencial está no trabalho diferenciado que tem de ser valorizado, recompensado, reconhecido.

Hoje, para além das dificuldades conhecidas, preocupa-me, sentir nos profissionais uma desilusão com o serviço público, sem esperança na sua evolução favorável, sem acreditar que dias melhores virão. Muitos profissionais cumprem o seu horário executando as tarefas que têm como obrigação de contrato não aceitando outros desafios.

A mudança tem de acontecer.

A criação do SNS há 40 anos, com a Lei 56 de 15 de setembro de 1979, a chamada Lei Arnault, veio concretizar o que a Constituição da República de 1976 definiu, desde a sua criação e ao longo dos anos tem sofrido muita contestação e tentativas de destruição ou de alteração dos seus princípios.

Aliás não fora o arrojo de António Arnaut, na AR que contra ventos e marés fez aprovar a Lei, que não conseguiu enquanto Ministro dos Assuntos Sociais em 1978. O SNS nunca foi consensual e António Arnaut referia-se frequentemente às dificuldades que houve na aprovação da lei.

O nosso **sistema de saúde** tem sido definido como abrangendo “todas as organizações, instituições e recursos devotados à produção de ações de saúde”, de acordo com a OMS, sendo estas, toda e qualquer intervenção em cuidados de saúde individual, serviços públicos de saúde ou iniciativas intersectoriais, cujo objetivo é melhorar a Saúde.

Ao longo dos 40 anos o sistema de saúde que inclui os serviços do SNS, o setor social e setor privado, mas a relação entre eles, nem sempre tem sido pacífica. Tem sofrido oscilações, frequentemente a par da ideologia política em vigor, com reflexo na acessibilidade dos cidadãos aos cuidados de saúde.

“O desenvolvimento futuro do papel crucial e insubstituível do Estado (estruturando um SNS que se articula com os restantes sistemas dos setores privado e social) tem de antecipar as novas modalidades de intervenção determinadas pela escassez de recursos e expectativas sempre ilimitadas.

Assumindo uma cooperação harmoniosa entre os três sistemas (público, privado e social) o Estado terá um papel essencial de regulador e garante da qualidade das prestações de saúde no quadro constitucional de equidade e universalidade no acesso”. (A Saúde e o Estado: o SNS aos 40 anos, CES,2018)

A grande discussão entre Público e Privado, não é nova, tem hoje uma dimensão reforçada, na medida em que o setor privado se desenvolveu de uma forma exponencial, sem qualquer capacidade do estado intervir na sua regulação. É importante na relação público/privado acautelar alguns pontos, como por exemplo: O setor privado deve prestar todas as dimensões dos cuidados de saúde, previne a seleção adversa dos doentes; o acompanhamento das transferências para o público quando as situações clínicas se agravam ou termina o plafond dos seguros; a necessidade de regulação das transferências de recursos humanos entre público e privado no sentido da complementaridade, considerando que sector privado beneficia dos profissionais formados no público;

Não querendo, nem podendo ser exaustiva enuncio alguns pontos que considero mais relevantes neste momento:

1. Necessidade de Planeamento estratégico integrado;
2. Equidade, a melhor forma de garantir a equidade financeira é privilegiar o pré-pagamento através de impostos e não no momento do uso dos serviços de saúde/doença;
3. Clarificação da responsabilidade do SNS enquanto financiador e prestador, definir a fronteira entre público e privado, num quadro de transparência e clarificação de regras;
4. Conflito de interesses dos profissionais, tem contribuído para enfraquecer o público;

(Conflitos de interesse nos profissionais que integram 2 estruturas de cuidados de saúde pública e privado na mesma área de influência, a menos de 1km de distância. Será que os interesses dos cidadãos estão protegidos? E o interesse do estado, leia-se o bem público?)

5. A gestão do SNS, as nomeações para cargos dirigentes de organismos da saúde por indicação política.

1.3.2 Algumas notas sobre a gestão do SNS

Existe um quadro legal muito abrangente que permite melhorar a gestão, assim a principal questão que se coloca, é a implementação da legislação existente.

Ao longo dos últimos 20 anos existiram alguns exemplos de sucesso como os Centros de Responsabilidade em que o único completo é o CR-CT do CHUC, o modelo utilizado no Hospital de Santa Maria da Feira, que terminou e não foi replicado, e nos CSP a organização das USF.

O importante a realçar na reforma dos CSP, com a organização das USF modelo A e modelo B, é a inovação do modelo organizativo na administração pública. O sucesso tem por base os modelos experimentais que se iniciaram em 1998 com os grupos alfa e mais tarde o Regime Remuneratório Experimental, que sobreviveram até ao aparecimento das USF em 2005, e o envolvimento dos profissionais, foi fator decisivo.

Este modelo não é fácil de transpor para o meio hospitalar, que é mais complexo, e também com outros interesses económicos envolvidos. O desenvolvimento de níveis intermédios de gestão, é um dos exemplos possíveis, que não tem sido implementado de forma consistente. A organização interna dos hospitais só pode ser feita com envolvimento dos profissionais, em que os serviços são as células base da organização e a liderança do diretor de serviço é determinante para os resultados. O papel dos serviços hospitalares pode comparar-se às USF. Pode também ser decisivo aqui o papel do administrador hospitalar fazendo equipa com o diretor de serviço, na gestão do serviço e não no papel de controlador do serviço por orientação dos CA. Não podemos esquecer o papel relevante do diretor de serviço clínico na organização e eficiência deste.

No que se refere ao financiamento, não basta por mais dinheiro. O maior problema da saúde em Portugal não é a falta de dinheiro, mas antes a excessiva despesa das famílias e a má distribuição de recursos públicos, com clara insuficiência na componente que é destinada ao SNS.”

1.3.3 Recursos Humanos – o essencial

O SNS dispõe de uma força de trabalho bem formada e treinada que tem dado provas de grande capacidade de inovação que é corresponsável nos bons indicadores de saúde que temos conseguido.

A mudança de paradigma que a saúde tem sofrido com o aumento das doenças crónicas e o envelhecimento da população implica modelos organizacionais de recursos humanos que passam por:

- O Reforço do trabalho de equipa – a intervenção na doença crónica, na multimorbilidade, a constituição e o desenvolvimento de competências para o trabalho da equipa multidisciplinar;

- A *skill mix* da força de trabalho, cuja tradução para português não é feliz, combinação adequada de papéis, é apontada como um dos problemas a enfrentar. Este tema tem sido objeto de alguma conflitualidade mas merece uma reflexão aprofundada, não para substituição de papéis mas de complementaridade. No meu entender há algumas experiências de sucesso nos CSP e também no Cuidados Continuados Integrados, tem por base o trabalho de equipa e as competências da liderança da equipa.
- A regulação do pluriemprego, mais acentuada nos médicos – Este é um dos temas sempre muito controverso. Falar da exclusividade no setor público não se pode esquecer as questões remuneratórias. A exclusividade no setor privado tem vindo a ser exigido por alguns empresas e ninguém conseguirá compreender um profissional trabalhar em empresas de saúde concorrenciais. Há que começar a fazer o caminho para a dedicação plena no setor público.
- Ambiente de trabalho saudável – a importância das instituições de saúde pensarem nos seus profissionais e nas condições de trabalho que dispõem e envolvê-los nalgumas opções.
- Planeamento e informação sobre RHS – há a necessidade um aprofundamento e desenvolvimento da investigação nesta área.

Em jeito de conclusão considero que uma boa governação do SNS só é possível com recursos humanos qualificados, satisfeitos e com carreiras profissionais bem definidas e com remunerações adequadas.

CAPÍTULO 2

NECESSIDADE DE UM NOVO IMPULSO NA REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: CONTRARIAR AS DESIGUALDADES, INTEGRAR OS CONTEXTOS DA PRÁTICA E OS DETERMINANTES SOCIAIS NA ANÁLISE DOS DESEMPENHOS

JOANA PESTANA¹

KLÁRA DIMITROVÁ²

PASCALE CHARONDIÈRE³

PAULA BROEIRO³

SARA CARDOSO³

1 | Nova School of Business and Economics, Lisboa Portugal
(a autora é financiada pelo Programa de Investigação e Inovação Horizonte 2020 da União Europeia no âmbito do Marie Skłodowska-Curie Grant Agreement no. 721402)

2 | Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa Portugal
(a autora é financiada pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT) (PD/BD/105829/2014), European Social Fund (ESF) and Human Capital Operating Plan (HCOP))

3 | UCSP dos Olivais, ACES Lisboa Central, Portugal

NECESSIDADE DE UM NOVO IMPULSO NA REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: CONTRARIAR AS DESIGUALDADES, INTEGRAR OS CONTEXTOS DA PRÁTICA E OS DETERMINANTES SOCIAIS NA ANÁLISE DOS DESEMPENHOS

2.1 INTRODUÇÃO

Cuidados de Saúde Primários (CSP) acessíveis, adequados e de qualidade, são um dos componentes essenciais para um sistema de saúde sustentável, efetivo e eficiente⁽¹⁾. A evidência da importância dos CSP foi inicialmente reconhecida com o trabalho desenvolvido por Barbara Starfield, na década de 70⁽²⁾, e aprofundada desde então. Estudos posteriores reforçam os trabalhos desenvolvidos por Starfield *et. al.* (2005)⁽¹⁾, e sugerem que as pessoas que vivem em países com um sistema de saúde alicerçado em CSP têm melhores resultados em saúde, menores taxas de hospitalizações evitáveis, apresentam menores desigualdades socioeconômicas no estado de saúde auto reportado^(3,4) e nas necessidades não satisfeitas⁽⁵⁾.

Segundo Kringos *et. al.* (2013), países europeus com um sistema de saúde alicerçado em CSP também apresentam um crescimento mais lento no total da despesa com os cuidados de saúde, sugerindo uma melhor capacidade de controlar os custos, apesar de terem uma maior despesa total com os cuidados de saúde⁽⁴⁾. O designado paradoxo dos CSP, que significa que cuidados aparentemente menos especializados e focados na pessoa, asseguram melhores resultados de funcionalidade em pessoas com doença crônica, maior equidade e menor custo para as populações em comparação com os cuidados de saúde secundários⁽⁶⁾. Esta capacidade de contenção dos custos bem como outros efeitos positivos dos CSP, como a melhor qualidade na prestação de cuidados de saúde foram também documentadas por Groenewegen *et. al.* (2013)⁽⁷⁾.

Em Portugal, a reforma dos CSP, impulsionada em 2006, teve como objetivo principal reforçar os CSP, ao melhorar o acesso, aumentar a satisfação dos utentes bem como dos profissionais de saúde, melhorar a qualidade na prestação de cuidados e a continuidade dos cuidados e em última instância melhorar o desempenho e a eficiência do Serviço Nacional de Saúde (SNS), e obter maiores ganhos de saúde para a população⁽⁸⁾.

Para estimular este objetivo, os antigos centros de saúde foram reorganizados em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e foram criadas diferentes unidades funcionais. As Unidades de Saúde Familiar (USF), que têm como objetivo melhorar a prestação direta dos CSP através do trabalho em equipa e com um sistema de remuneração baseado no desempenho; as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), constituídas pelos profissionais de saúde que não transitaram para o modelo USF; as Unidades de Saúde Pública (USP) que, entre outras atividades, funcionam como “observatórios de saúde e provedores de saúde

pública”, as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) que prestam cuidados de saúde e apoio comunitário, essencialmente dirigido para pessoas em situação vulnerável, a pessoas dependentes com necessidades de cuidados no domicílio e em outras situações e contextos específicos na comunidade, e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) que integram psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, técnicos de terapia ocupacional entre outros profissionais.

Após 13 anos do início da reforma, subsistem dúvidas quanto à sua concretização plena. No Relatório de Primavera de 2018, os autores referem como principais constrangimentos a falta de autonomia de gestão dos ACeS, a falta de governação clínica e de saúde, a falta de uma gestão descentralizada e participada através dos concelhos da comunidade, a falta de investimento nas USP, a escassez de outros profissionais de saúde (técnicos de saúde oral, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, entre outros) e a ineficiente gestão de recursos e de profissionais de saúde, indispensáveis em CSP⁽⁹⁾.

É também reforçada pelos autores a preocupação das desigualdades no acesso aos CSP, pela perpetuação da prestação de cuidados de saúde em “dois níveis”, ou seja, nas USF e UCSP, com as USF a terem consistentemente melhores resultados nos indicadores de desempenho em comparação com as UCSP⁽⁹⁾.

Entre os aspetos positivos referidos estão a criação e manutenção de atividade de 505 USF e de 250 UCC, bem como a substancial mudança no modelo de contratualização, o qual, desde 2017 está a evoluir *“de um enfoque demasiado centrado num número limitado de indicadores e metas de processo para um modelo orientado para a melhoria contínua de qualidade e para a obtenção de resultados de saúde”*^{p.15(9)}.

Este capítulo tem como objetivo aprofundar o conhecimento da evolução das desigualdades nos CSP e do novo modelo de contratualização. Assim, está organizado do seguinte modo: em primeiro lugar é feita uma caracterização das USF e UCSP em relação ao perfil demográfico e socioeconómico da população da área de abrangência das mesmas. De seguida é apresentada uma análise da evolução de dois indicadores de utilização de cuidados de saúde secundários: internamentos evitáveis e idas aos serviços de urgência que pode ser indicativa do desempenho na prestação de cuidados de saúde das unidades de CSP. Em terceiro lugar é detalhado o novo modelo de contratualização das USF e UCSP bem como as suas vantagens, constrangimentos e algumas sugestões. Finalmente, são apresentadas as principais conclusões e algumas interpretações.

2.2 PERFIL DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÓMICO DA POPULAÇÃO DAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA DAS UCSP E USF

A reforma dos CSP foi abrangente, não se limitando à criação de USF, no entanto, esta é a sua imagem de marca. No final de 2018, existiam 528 USF (274 USF-A e 254 USF-B) e 376 UCSP. As USF estão concentradas em 140 dos 278 concelhos de Portugal Continental, deixando um total de 138 concelhos onde não existe nenhuma USF. A Figura 2.1 mostra os concelhos onde existe pelo menos uma USF e os concelhos onde não existe nenhuma USF. Adicionalmente, a Figura 2.1 mostra também o número de USF por concelho. Verificamos que as USF se situam, na sua maioria, no litoral. Assim, é possível que as características da população da área de influência das UCSP e USF sejam distintas.

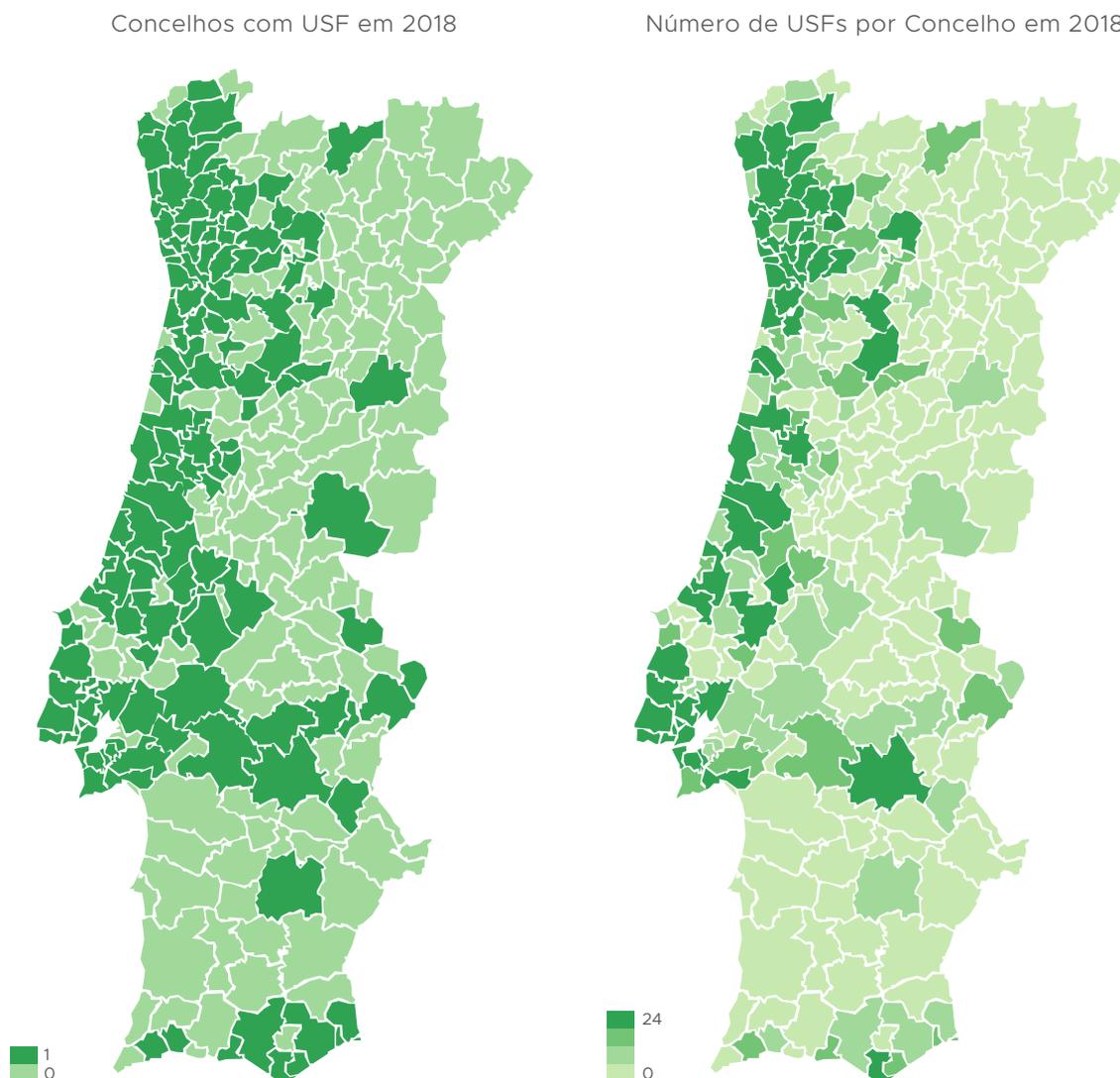


Figura 2.1 Concelhos com e sem USF, em 2018.

A Tabela 2.1 mostra alguns indicadores demográficos e socioeconómicos da população da área de abrangência de cada uma das unidades funcionais. Os dados apresentados são dados agregados do Instituto Nacional de Estatística (INE) e representam o perfil da população do concelho da área de influência das UCSP, USF-A e USF-B e não as características “reais” dos utilizadores de cada unidade funcional.

Ainda assim, verificamos que, de uma forma global, a população residente nas áreas geográficas da área de influência das UCSP tem uma proporção significativamente maior de idosos, de mortalidade geral e específica (por diabetes, doenças do sistema circulatório e doenças do sistema respiratório^(a)), e um nível significativamente inferior de educação, de rendimento e de poder de compra, do que a população residente na área de influência das USF-A e USF-B. Verificámos também que as UCSP se situam em áreas com uma densidade populacional significativamente inferior. O perfil demográfico e socioeconómico da população é geralmente ainda mais favorável na população da área de influência das USF-B.

Tabela 2.1 Características demográficas e socioeconómicas da população da área de abrangência das UCSP, USF-A e USF-B, em 2018.

	UCSP (n=376)	USF-A (n=274)	USF-B (n=254)	
Características demográficas¹	média, desvio padrão	média, desvio padrão	média, desvio padrão	<i>Wald test</i>
População residente (n.º)	87 840	131 632	134 179	p<0.01
	6 058	7 757	6 897	
Densidade populacional (n.º/Km ²)	780	1 245	1 338	p<0.01
	79	106	100	
Proporção de idosos (≥ 65 anos) (%)	23,7	21,5	20,4	p<0.01
	0,3	0,2	0,3	
Proporção de mulheres na população (%)	52,6	52,8	52,8	p<0.01
	0,0	0,0	0,1	

(a) As taxas de mortalidade específica são baseadas na classificação da Lista Europeia de Causas de Morte, disponível no Instituto Nacional de Estatística.

Tabela 2.1 Características demográficas e socioeconómicas da população da área de abrangência das UCSP, USF-A e USF-B, em 2018 (cont.).

	UCSP (n=376)	USF-A (n=274)	USF-B (n=254)	
Características demográficas¹	média, desvio padrão	média, desvio padrão	média, desvio padrão	<i>Wald test</i>
Taxa de mortalidade (%)	12,38	10,44	9,67	p<0.01
	0,23	0,16	0,14	
Taxa de mortalidade por diabetes (%)	0,49	0,38	0,36	p<0.01
	0,02	0,01	0,01	
Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório (%)	3,69	3,07	2,76	p<0.01
	0,08	0,05	0,04	
Taxa de mortalidade por doenças do aparelho respiratório (%)	1,50	1,18	1,13	p<0.01
	0,04	0,03	0,02	
Características socioeconómicas	média, desvio padrão	média, desvio padrão	média, desvio padrão	<i>Wald test</i>
Rendimento médio da população (€) ²	983,4	1 034,1	1 030,7	p<0.01
	11,8	11,9	12,7	
Poder de compra da população ³	91,2	102,4	103,4	p<0.01
	1,6	2,0	2,0	
Proporção da população residente com o ensino superior ⁴ (%)	12,4	15,8	15,6	p<0.01
	0,3	0,5	0,4	

Nota: *Wald test* para diferença da igualdade entre múltiplos coeficientes. Um valor de teste estatisticamente significativo (p<0,01) indica que as diferenças entre os coeficientes de pelo menos dois dos grupos são diferentes.

¹ Dados de 2017 (último ano disponível no INE).

² Dados de 2016 (último ano disponível no INE).

³ Dados de 2015 (último ano disponível no INE).

⁴ Dados de 2011 (último ano disponível no INE).

2.3 INTERNAMENTOS EVITÁVEIS E EPISÓDIOS DE URGÊNCIAS HOSPITALARES

A comparação da evolução do desempenho das UCSP e das USF tem sido essencialmente baseada no cumprimento de metas associadas a um conjunto de indicadores de contratualização. Um estudo realizado por Perelman *et. al.* (2016), onde foram avaliados os resultados de desempenho de todos os indicadores alvo de incentivos em todas as USF e UCSP em Portugal entre 2009 e 2013, mostra que as USF têm um melhor desempenho do que as UCSP na qualidade dos cuidados prestados, medido através da melhoria nos processos em saúde, como por exemplo no controlo da diabetes e hipertensão dos seus utentes⁽¹⁰⁾. Atualmente, com a plataforma “BI-CSP”⁽¹¹⁾ é possível também observar alguns destes dados, por unidade funcional. Sendo conhecidas estas diferenças, optou-se por analisar a utilização de cuidados de saúde secundários da população da área de abrangência das USF e UCSP. Assim, embora não se possa atribuir a ocorrência de internamentos evitáveis e de idas às urgências hospitalares apenas a uma falta de acesso/ineficiência ao nível dos CSP (uma vez que o estatuto socioeconómico dos utentes, bem como a sua idade e comportamento “inadequado” são fortes determinantes para a ocorrência deste tipo de episódios⁽¹²⁻¹⁴⁾), estes indicadores poderão providenciar algumas pistas neste sentido.

2.3.1 Internamentos evitáveis

Os *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (Internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório ou usualmente designados apenas por internamentos evitáveis), são definidos como condições específicas para as quais a hospitalização é potencialmente evitável através da educação dos utentes, de iniciativas de promoção de saúde, de um diagnóstico e tratamento precoce da doença e de uma gestão adequada da doença crónica, ou seja, através de um sistema de CSP acessível, atempado, adequado e de qualidade⁽¹⁵⁾. Isto não significa que estes internamentos sejam inadequados no momento da admissão hospitalar, mas indica que a falta de acesso aos CSP e a falta de uma intervenção contínua e de qualidade ao nível dos CSP pode levar a uma progressão e exacerbação evitável da condição de saúde, que em última instância irá exigir um internamento hospitalar. Este indicador, validado em vários países, é frequentemente utilizado como uma medida indireta de um sistema efetivo de CSP⁽¹⁶⁻¹⁹⁾, não esquecendo que o estatuto socioeconómico individual é também um forte determinante para a ocorrência deste tipo de episódios⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Foi realizada uma análise descritiva da evolução da taxa de internamentos evitáveis da população adulta (≥ 18 anos) em Portugal Continental, por concelho, entre 2000 e 2015. O objetivo desta análise é descrever a evolução da taxa de internamentos evitáveis antes e depois da reforma dos CSP. Assim, em primeiro lugar, foram selecionados das bases de dados de Morbilidade Hospitalar todos os internamentos considerados como evitáveis segundo a metodo-

logia definida e validada pela *Agency for Healthcare Research & Quality*^{(b)(18)}, e através do conselho de residência dos utentes e o número de residentes com idade igual ou superior a 18 anos foi calculada a taxa de internamentos evitáveis por concelho, entre 2000 e 2015.

De seguida, utilizando a localização geográfica (concelho) de todas as USF que abriram entre 2006 e 2015 (n=448) foram criados três grupos de concelhos: os concelhos onde nunca abriu uma USF (n=152), os concelhos onde abriu pelo menos uma USF-A (n=126) e os concelhos onde existe pelo menos uma USF-B (n=74). Finalmente, a taxa de internamentos evitáveis foi calculada em cada um destes três grupos, e encontra-se representada na Figura 2.2.

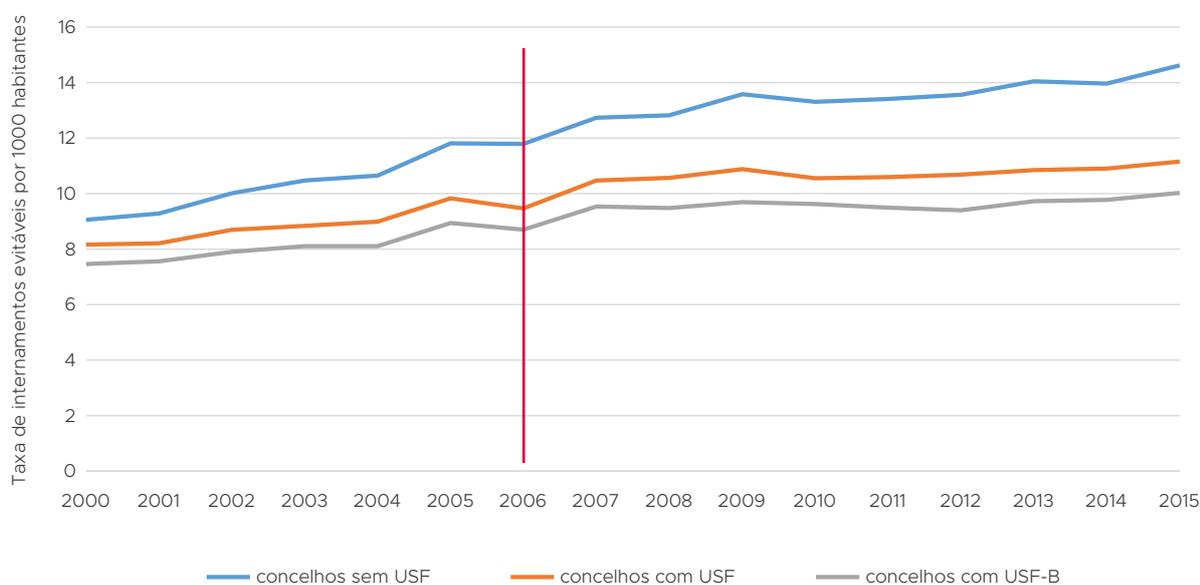


Figura 2.2 Evolução da taxa média de internamentos evitáveis nos concelhos com USF e nos concelhos sem USF, entre 2000 e 2015.

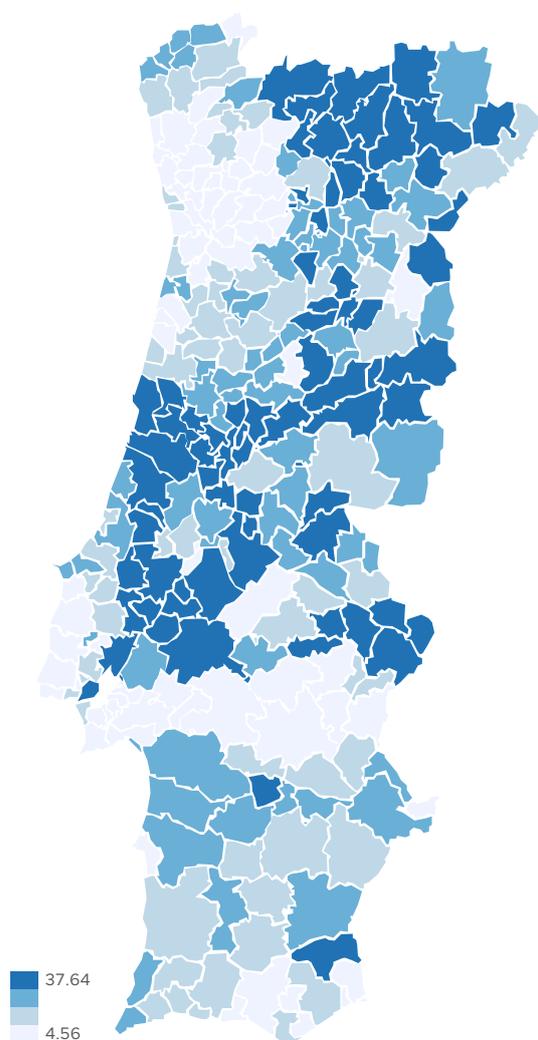
A taxa média de internamentos evitáveis no período total em análise (2000-2015) foi de 12,2 por 1000 habitantes nos concelhos onde nunca abriu uma USF, de 9,9 por 1000 habitantes onde abriu pelo menos uma USF e de 8,8 nos concelhos onde existe pelo menos uma USF-B. Este resultado está em concordância com os resultados apresentados na primeira parte deste capítulo, que indicam que as USF abriram em concelhos com indicadores socioeconómicos mais favoráveis e com melhores resultados em saúde.

(b) Segundo a metodologia definida pela *Agency for Healthcare Research & Quality*, existem 12 condições que, cumprindo vários requisitos são consideradas como internamentos evitáveis (Tabela 2). O detalhe das inclusões e exclusões para cada condição, bem como a evolução das mesmas ao longo do tempo pode ser consultada em: https://www.qualityindicators.ahrq.gov/modules/pqi_resources.aspx

Verificamos também que a taxa de internamentos evitáveis tem vindo a aumentar ao longo dos anos, o que se deve essencialmente ao envelhecimento da população⁽¹³⁾ e ao aumento da multimorbilidade na população⁽²⁰⁾, não sendo aparente uma mudança nesta tendência após o início da reforma dos CSP. Ainda que o aumento da taxa de internamentos evitáveis pareça ser mais acentuado nos concelhos sem USF, essa acentuação já se verificava antes do início da reforma.

Adicionalmente, a Figura 2.3 mostra a distribuição da taxa de internamentos evitáveis por 1000 habitantes por concelho em 2015, e a taxa de USF por 10 000 habitantes por concelho também em 2015. Os mapas da distribuição destes indicadores sugerem uma relação inversa.

Taxa de internamentos evitáveis por 1000 hab.
Por concelho, 2015



Taxa de USF por 10 000 habitantes
Por concelho, 2015

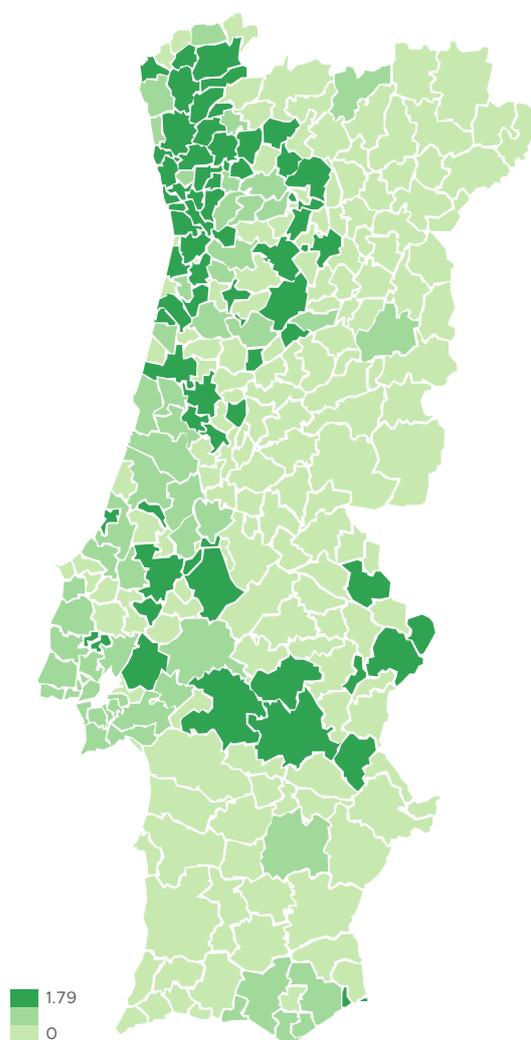


Figura 2.3 Taxa de internamentos evitáveis e a taxa de USF por 10 000 habitantes por concelho, em 2015.

De seguida, as 12 patologias incluídas no indicador global “taxa de internamentos evitáveis”, foram analisadas por grupos de doença: diabetes, doenças do sistema circulatório, doenças do sistema respiratório e infeções do trato urinário, definidos pelos autores (Tabela 2.2).

Tabela 2.2 Internamentos evitáveis por grupos de doença.

Tipos de internamentos evitáveis definidos pela <i>Agency for Healthcare Research & Quality</i>	Internamentos evitáveis por grupos de doença
Complicações da diabetes a curto prazo	Diabetes
Complicações da diabetes a longo prazo	
Diabetes não controlada	
Amputação do membro inferior devido a diabetes	
Hipertensão	Doenças do sistema circulatório
Insuficiência cardíaca	
Angina sem procedimento	
DPOC ou asma em "adultos idosos"	Doenças do sistema respiratório
Asma em "adultos jovens"	
Pneumonia bacteriana	
Infeção do trato urinário	Infeção do trato urinário
Desidratação	-

Nota: as 12 patologias foram consideradas no cálculo total para a "taxa de internamentos evitáveis". Não foi feita uma análise separada para a desidratação devido ao baixo número de internamentos evitáveis devido a esta condição. Os grupos de doença foram definidos pelos próprios autores.

A Figura 2.4 mostra a evolução da taxa de internamentos evitáveis por grupos de doença nos concelhos com USF e nos concelhos sem USF, entre 2000 e 2015.

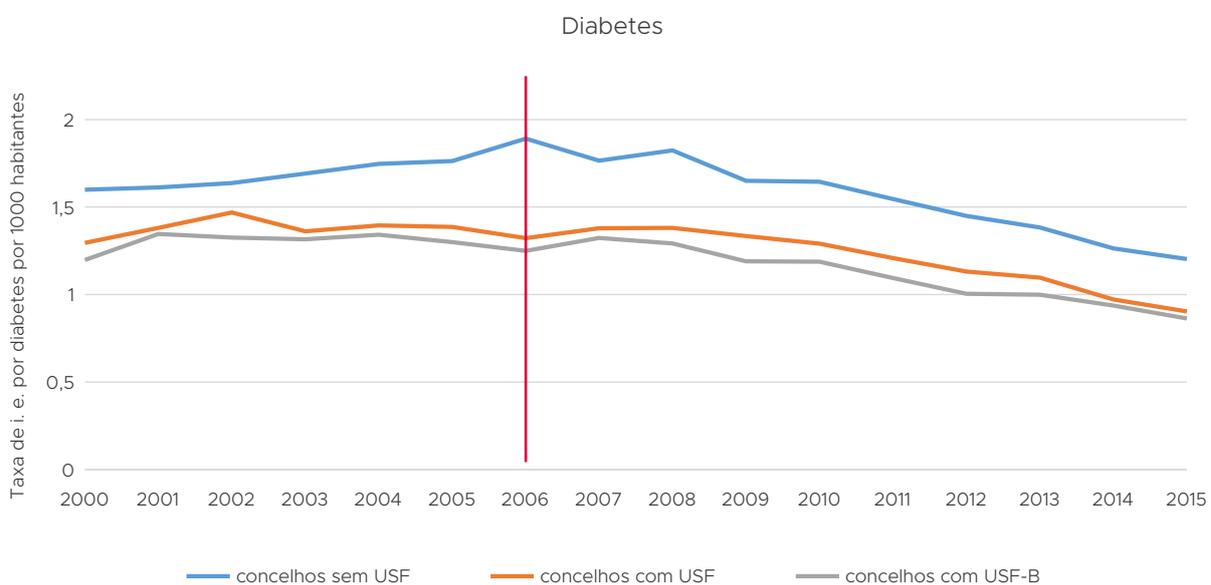
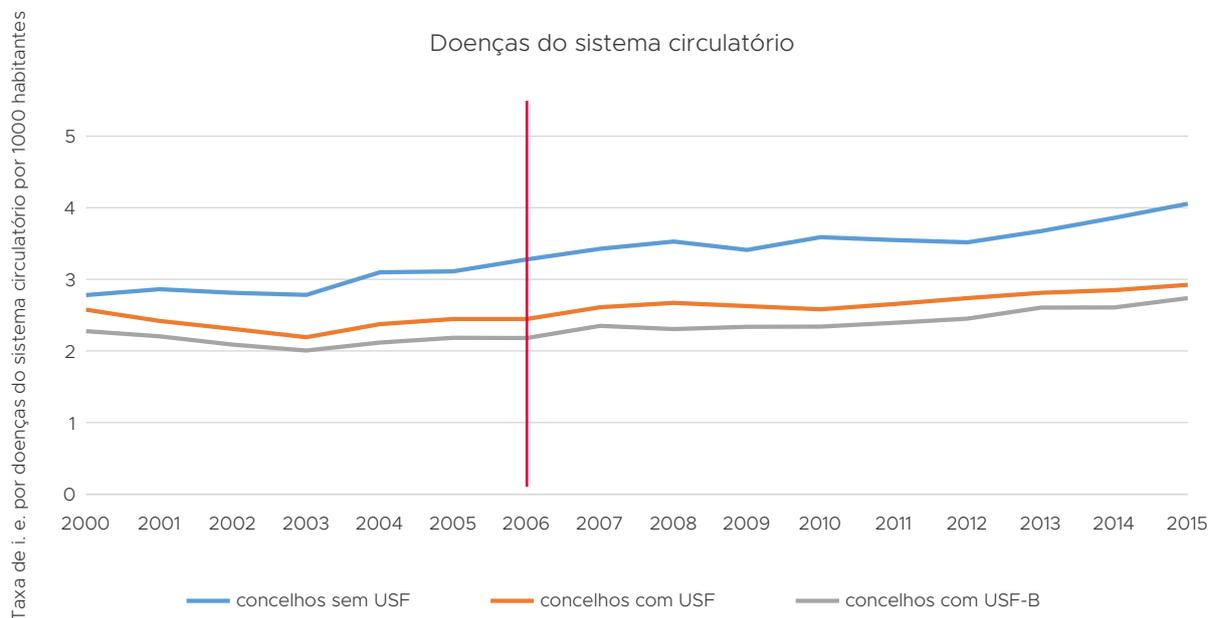


Figura 2.4 Evolução da taxa média de internamentos evitáveis, por grupos de doença, nos concelhos com USF e nos concelhos sem USF, entre 2000 e 2015.

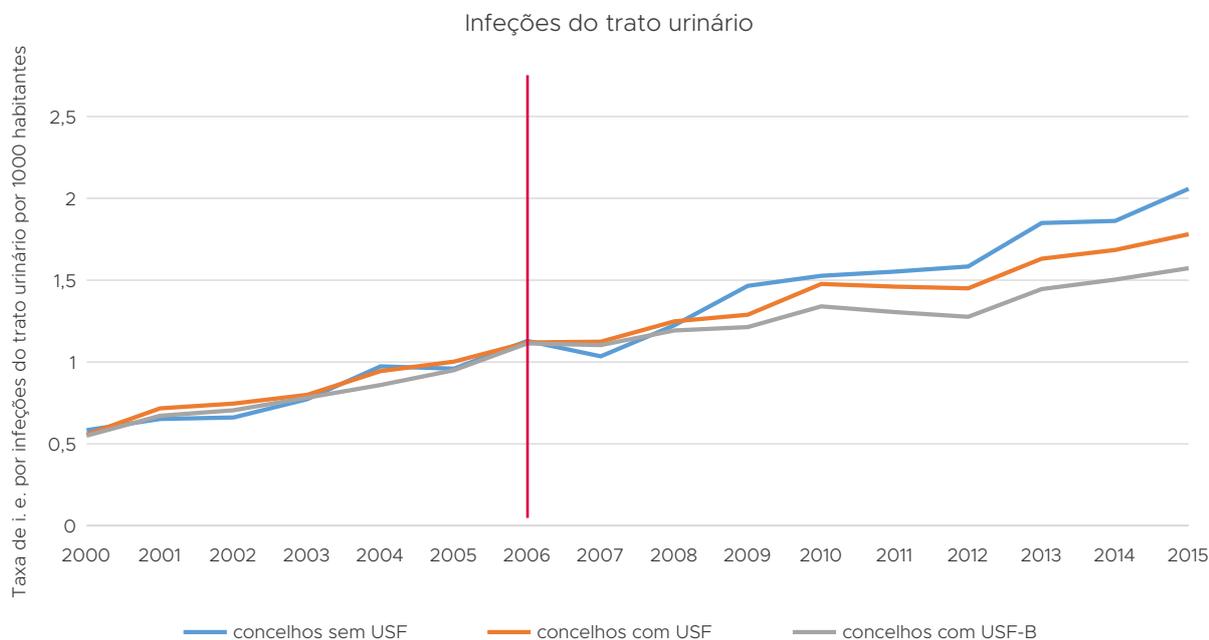
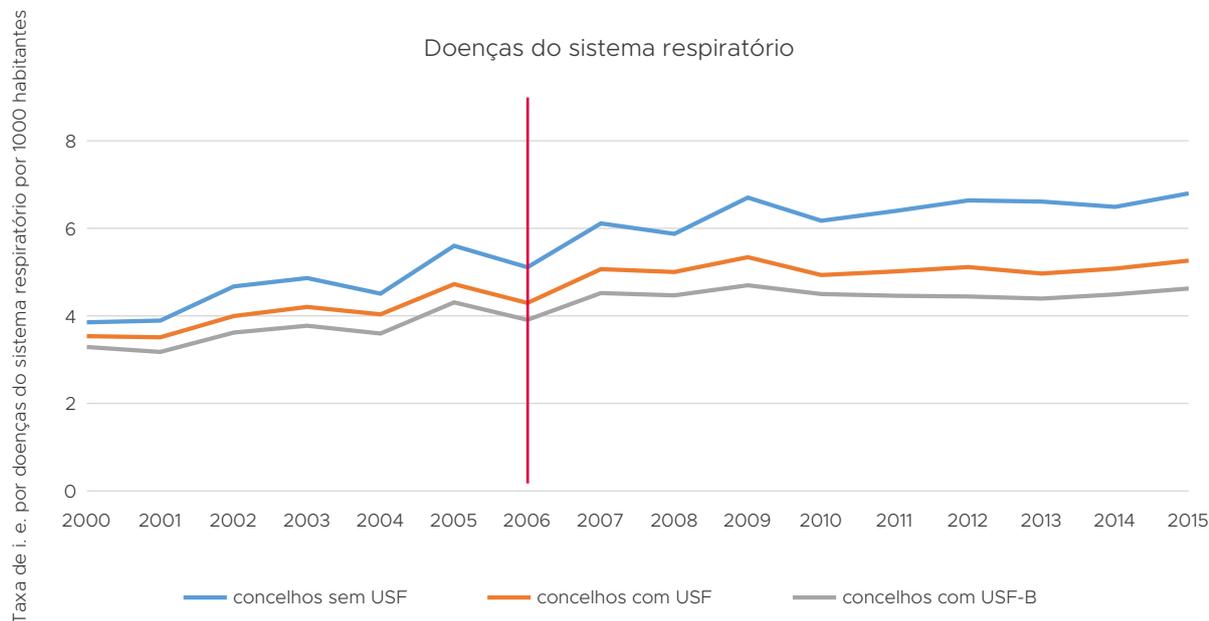


Figura 2.4 Evolução da taxa média de internamentos evitáveis, por grupos de doença, nos concelhos com USF e nos concelhos sem USF, entre 2000 e 2015 (cont.).

Verificamos que nos internamentos evitáveis por diabetes, doenças do sistema circulatório e doenças do sistema respiratório, a taxa é sempre mais elevada nos concelhos onde nunca abriu uma USF, em comparação com os concelhos com pelo menos uma USF-A, e ainda mais baixa nos concelhos onde existe pelo menos uma USF-B. Esta característica estava presente antes da reforma dos CSP e manteve-se após o início da mesma. A evolução das taxas de internamentos evitáveis por grupos de doenças segue um padrão similar nos três grupos de concelhos entre 2000 e 2015, com exceção aos internamentos evitáveis por infeções do trato urinário, onde se nota claramente um menor aumento da taxa nos concelhos com USF, e um aumento ainda menor nos concelhos com USF-B, tendo sido o ponto de partida semelhante nos três grupos de concelhos. É importante notar ainda que a taxa de internamentos evitáveis por diabetes é a única condição na qual se verifica uma diminuição após o início da reforma dos CSP. Esta diminuição é observada nos concelhos com e sem USF.

Esta caracterização descritiva, embora muito importante, não nos permite concluir se a existência de USF teve algum efeito na evolução da taxa de internamentos evitáveis. Para isso, é necessário realizar uma análise generalizada da diferença-em-diferenças, uma metodologia amplamente utilizada para a avaliação de políticas públicas, incluindo reformas de CSP⁽²¹⁻²³⁾, através da qual é possível avaliar o impacto global das USF através da diferença entre a evolução da taxa de internamentos evitáveis entre os concelhos que irão ter pelo menos uma USF e os concelhos onde não abriu nenhuma USF, controlando pelas tendências pré-existentes de evolução da taxa de internamentos evitáveis antes da reforma em cada grupo de concelhos e controlando também pela idade e características socioeconómicas da população que influenciam fortemente a ocorrência de internamentos evitáveis^(12,13,24,25). Este estudo, atualmente em fase final^(c) sugere que a presença de USF não teve um efeito estatisticamente significativo na diminuição da taxa de internamentos evitáveis, com exceção à taxa de internamentos evitáveis por infeções do trato urinário (tal como sugeria a análise descritiva aqui apresentada).

Assim, os resultados deste estudo sugerem que os internamentos evitáveis estão mais fortemente relacionados com as características demográficas e socioeconómicas da população abrangida pelas diferentes unidades funcionais, do que com o tipo de unidade funcional da área de residência da população.

(c) Artigo intitulado “Effect of a national Primary Care reform on avoidable hospital admissions (2000-2015): a difference-in-difference analysis.”, realizado por Klára Dimitrovová, Julian Perelman e Manuel Serrano-Alarcón. (submetido para publicação e em fase de revisão).

2.3.2 Episódios de urgências hospitalares

Alguns autores sugerem que a utilização dos serviços de urgência pode ser um indicador de um acesso inadequado aos CSP⁽²⁶⁾, uma vez que alguns estudos mostraram que uma melhoria no acesso aos CSP e uma melhor continuidade de cuidados estavam associados a uma menor utilização dos serviços de urgência^(27,28). Contudo, outros fatores também influenciam a utilização dos serviços de urgência, tais como as necessidades (estado de saúde) da população, e outros fatores relacionados com o acesso aos cuidados (sociodemográficos, culturais, contextuais)^(27,29). Para além destes fatores, o comportamento “inadequado” dos utentes na procura de serviços de urgências para condições “não urgentes” é referido na literatura como um contributo importante para o elevado número de episódios de urgências⁽²⁹⁾.

De modo a explorar se a utilização dos serviços de urgência está relacionada com o tipo de unidade funcional onde o utente está inscrito (UCSP, USF-A e USF-B) foi feita, em primeiro lugar, uma análise descritiva da proporção anual do número de episódios de urgência hospitalar por unidade funcional e por ano, por cada 100 utentes inscritos. Para este cálculo foi utilizado como numerador a “contagem de episódios de urgência” ocorridos em cada unidade funcional e como denominador a “contagem de utentes inscritos (ponderados ao n.º de meses de inscrição)”. Assim, pretende-se mostrar a intensidade de utilização da rede de urgências hospitalares pelos utentes inscritos nos CSP. A Figura 2.5 mostra a evolução desta proporção, entre 2016 a 2018, nas UCSP, USF-A e USF-B, com base nos valores médios (note-se que esta análise corresponde a uma amostra as unidades funcionais para as quais se possui informação: 306 UCSP, 194 USF-A e 214 USF-B).

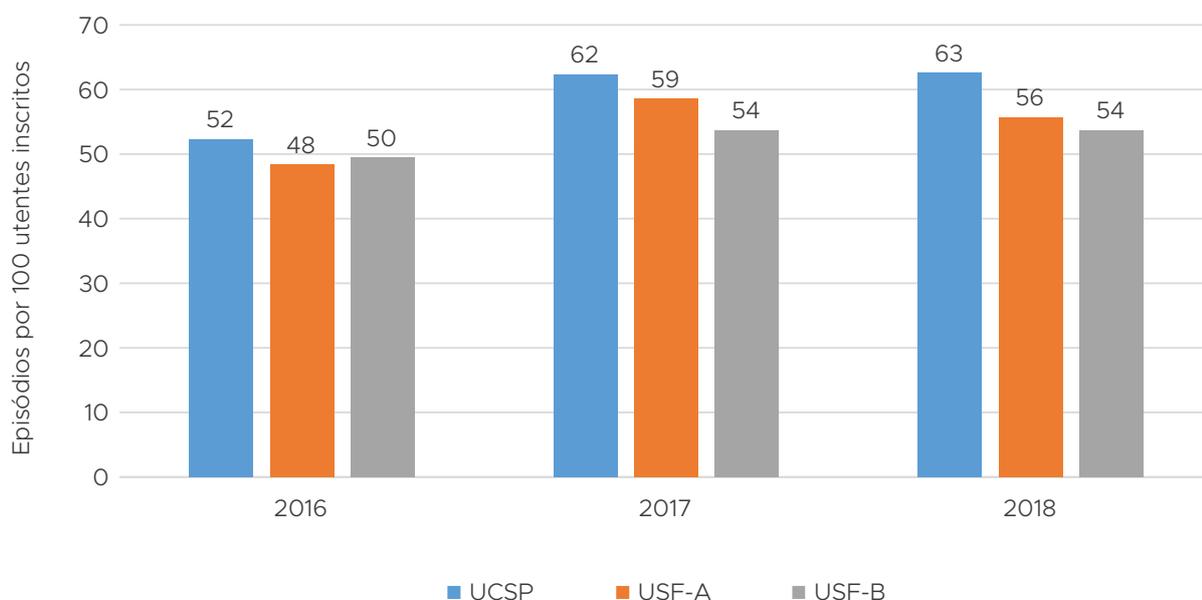


Figura 2.5 Proporção de episódios de urgência hospitalar por 100 utentes inscritos, valores médios por UCSP, USF-A e USF-B, entre 2016 e 2018.

Verificamos que, em média, a proporção anual do número de episódios de urgência hospitalar tem vindo a aumentar entre 2016 e 2018, sendo sempre mais elevada nas UCSP, seguindo-se as USF-A e depois as USF-B (exceto no ano 2016). Em 2018, houve, em média, 63 episódios de urgência por cada 100 utentes inscritos nas UCSP, 56 episódios nas USF-A e 54 episódios nas USF-B.

De seguida, foi realizada uma análise multivariada do número de episódios de urgências hospitalares por unidade funcional, para o ano 2018. A cada unidade funcional foram atribuídas as características sociodemográficas (agregadas) da população da sua área de abrangência, mostradas previamente na Tabela 2.1. Assim, apesar de ser um ajustamento imperfeito uma vez que não reflete as características reais individuais dos utentes que de facto utilizaram os serviços de urgência, é importante ter em conta que a população servida por estas unidades funcionais tem características diferentes, que à partida, as podem tornar mais propensas a recorrer ao serviço de urgência.

Foram realizadas duas regressões: uma não ajustada, tendo como variável dependente o número de episódios de urgência por 100 utentes inscritos e como variável independente o tipo de unidade funcional (UCSP, USF-A e USF-B); e uma ajustada, tendo adicionalmente como variáveis independentes algumas características sociodemográficas da população da área de abrangência de cada uma destas unidades (proporção de mulheres, proporção de idosos, rendimento médio da população e densidade populacional) (Tabela 2.3).

Tabela 2.3 Análise multivariada do número episódios de urgência por 100 inscritos, em 2018.

Episódios de urgência por 100 inscritos	Regressão I não ajustada	Regressão II ajustada
	Coeficiente	Coeficiente
Unidade funcional		
UCSP	referência	
USF-A	-6.8651***	-4.5848***
	(1.7003)	(1.7207)
USF-B	-8.9068***	-4.9326***
	(1.6509)	(1.7740)

Tabela 2.3 Análise multivariada do número episódios de urgência por 100 inscritos, em 2018 (*cont.*).

Episódios de urgência por 100 inscritos	Regressão I não ajustada	Regressão II ajustada
Características sociodemográficas ¹		
Proporção de mulheres na população (%)		0.0000 (0.0000)
Proporção de idosos (≥ 65 anos) (%)		0.6102*** (0.1489)
Rendimento médio da população (€)		0.0098** (0.0049)
Densidade populacional (n.º/Km ²)		-0.0040*** (0.0010)
Constante	62.5827*** (1.0591)	39.8248*** (5.8713)
Observações	714	714
<i>R-squared</i>	0.045	0.090
Teste coeficiente USF-A=USF-B	F=1,24 p=0,27	F=0,04 p=0,85

Erro padrão em parênteses.

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

¹ Dados referentes à população do concelho da área de abrangência de cada unidade funcional, disponíveis no INE.

Os resultados da regressão I (não ajustada) mostram que as USF-A e as USF-B têm uma menor proporção do número de episódios de urgência, em relação às UCSP, sendo estas diferenças estatisticamente significativas: $\beta=-6,87$ $p<0.01$ e $\beta=-8,91$ $p<0.01$ para as USF-A e USF-B respetivamente. A regressão II (ajustada) mostra-nos que embora se mantenha estatisticamente significativa uma menor proporção do número de episódios de urgência nas USF-A e nas USF-B, em relação às UCSP, esta diferença é agora menor: em comparação com as UCSP as USF-A e as USF-B têm menos 4,58 ($p<0.01$) e menos 4,93 ($p<0.01$) episódios de urgência por cada 100 utentes inscritos, respetivamente.

Assim, apesar das limitações do ajustamento realizado, este resultado sugere que as características sociodemográficas da população das diferentes unidades funcionais têm influência da utilização de serviços hospitalares. Ainda assim, é importante salientar que fatores como a severidade do episódio e o comportamento inadequado dos utentes têm um papel fundamental na utilização dos serviços de urgência hospitalar e não foram considerados nesta análise.

2.4 NOVO MODELO DE CONTRATUALIZAÇÃO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: O QUE MUDOU?

A reforma dos CSP assumiu a contratualização como elemento estruturante e essencial, num processo de reengenharia organizacional que tinha como pontos-chave: a criação de equipas multiprofissionais funcionalmente autónomas; o desenvolvimento de uma cultura de governação clínica e de saúde; e a progressiva implementação de um sistema retributivo ligado ao desempenho⁽³⁰⁾. Nesse modelo temos atualmente três níveis organizacionais: as USF modelo B, equipas auto-organizadas que cumprem com alto nível de indicadores de desempenho, e obtêm incentivos financeiros individuais e institucionais; as USF modelo A, já auto-organizadas, para atingir o elevado nível de desempenho e, na sua maioria procurando alcançar o nível B; e as UCSP que incluem os profissionais que optaram por não integrar modelos USF, ou que ainda não puderam organizar-se como USF, por deficientes condições estruturais ou de recursos humanos. Às listas de utentes das UCSP são frequentemente agregados os utentes sem médico de família/sem equipa de saúde^(d). Os dados que permitem avaliar estes três níveis organizacionais e premiar níveis de desempenho superiores são discordantes e variam, tal como vimos nos pontos anteriores deste capítulo, em função da integração de elementos de contexto, sem que se possa definir nexos inequívocos de causalidade entre modelo organizacional e melhoria da saúde da população.

Em 2017, o processo de contratualização sofreu uma reformulação estratégica, passando a assentar num novo modelo conceptual que retira o foco da negociação de metas de indicadores estabelecidos, para a prossecução de resultados em saúde num contexto de boas

(d) Para mais detalhes sobre a evolução organizativa das unidades, ver por exemplo o estudo de caso “A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora” Biscaia e Heleno (2017) (60).

práticas e de gestão dos percursos integrados em saúde, bem como, no desempenho das organizações, considerando as suas diferentes áreas e dimensões⁽³⁰⁾. Isto é, ao invés da negociação se centrar apenas na seleção de indicadores e metas, passa a centrar-se no percurso evolutivo da unidade. Para isso a contratualização é suportada por uma série de instrumentos (novos ou reestruturados), entre outros, o Plano de Ação das unidades funcionais^(e), que é definido plurianualmente (3 anos) e que inclui planos de atividades e de formação para a aplicação dos incentivos monetários institucionais, e os Planos de Desempenho dos ACeS. Estes instrumentos permitem qualificar os níveis de desempenho das unidades de saúde, atribuir incentivos às unidades com os melhores desempenhos, e estabelecer processos de acompanhamento e melhoria com aquelas que apresentam desempenhos inferiores. Os objetivos destes instrumentos são: ajudar a alcançar melhores resultados em saúde; e fortalecer uma governação clínica e de saúde assente em “pilares” comuns para todas as unidades.

Além desta alteração na forma de negociação de compromissos e de acompanhamento das unidades foi também reformulada do ponto de vista técnico a forma de avaliação das unidades para a atribuição dos incentivos institucionais. Até 2017, a forma de incentivar e recompensar as equipas que alcançaram as metas contratualizadas era, através da atribuição de um prémio à unidade: o “incentivo institucional”. Este incentivo podia ser investido em projetos de formação das equipas, na melhoria de equipamentos e infraestruturas, entre outros projetos. O valor monetário do incentivo estava fixado em três escalões entre 9.600 e 20.000 euros por unidade consoante uma fórmula de capitação e era exclusivo para unidades do tipo USF-A e USF-B. A Portaria 377-A/2013⁽³¹⁾ estabelecia que o valor do incentivo anual estava também dependente da avaliação do desempenho da unidade nesse ano segundo um índice global que media a melhoria do desempenho face às metas propostas. Este índice consistia na soma do grau de cumprimento ajustado de cerca de 14 indicadores nacionais, comuns a todas as unidades, nas áreas da acessibilidade, monitorização da atividade assistencial, eficiência e dos resultados intermédios de saúde em algumas patologias. Era também permitida a inclusão de outros indicadores adicionais ao nível regional e local de forma a abranger outras áreas ou patologias, como por exemplo as doenças respiratórias ou a saúde mental. Os indicadores utilizados eram por exemplo para a área de acesso – a taxa de utilização global de consultas, ou para medir o desempenho assistencial na área de saúde infantil – a percentagem de primeiras consultas na vida efetuadas até aos 28 dias, partindo da premissa que resultados adequados nestes indicadores levam a melhor saúde das populações. A adequação dos resultados era balizada anualmente para cada unidade pelas metas dos indicadores, que resultavam da negociação entre os ACeS e as unidades funcionais, pressupondo princípios de exigência e exequibilidade das mesmas, procurando garantir os melhores resultados em saúde, a motivação dos profissionais e o desenvolvimento organizacional das equipas⁽³²⁾.

(e) Estes documentos encontram-se disponíveis no BI dos cuidados de saúde primários, na página bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/planosdeacao/

Este modelo de contratualização, do ponto de vista da monitorização e atribuição dos incentivos de desempenho às equipas, tinha o mérito/vantagem de:

1. Premiar o desempenho relativo de cada métrica face à meta definida (ao invés do desempenho absoluto), premiando, portanto, a melhoria;
2. Ser facilmente mensurável (indicadores de processo);
3. Incluir uma ponderação estipulada para cada indicador consoante a sua importância relativa para o processo de contratualização e o esforço relativo necessário para realizar a atividade monitorizada;
4. Possibilitar a adequação das medidas e metas às necessidades locais da população, através da negociação com o ACeS.

Em contraponto, apresentava alguns riscos/desvantagens, nomeadamente:

1. A comparação condicionada do desempenho entre unidades de regiões diferentes, pois esta podia ser influenciada pela variação da exigência ou das expectativas dos ACeS relativamente à evolução das equipas;
2. Ser focado na doença e não na pessoa;
3. Excluir a complexidade psicossocial, mais difícil de medir;
4. Potenciar a concentração desproporcionada de atenção e esforço dos profissionais nos objetivos de curto prazo (negligenciando uma visão de longo prazo) e/ou nos aspetos e métricas incentivadas (em detrimento de outros aspetos importantes não incentivados). Estas são conhecidas consequências indesejáveis dos modelos de incentivos ao desempenho também chamadas de miopia e "falta de visão periférica", respetivamente⁽³⁴⁾, e podem ser agravadas pela limitada variação dos indicadores, como aconteceu entre 2013 a 2017.
5. Em última análise, com a melhoria progressiva das unidades, o valor dos incentivos corria o risco de crescer exponencialmente tornando o incentivo num subsídio adquirido em vez de uma recompensação pelo desempenho relativo às condições dos prestadores e ao desempenho dos pares.

As alterações à contratualização introduzidas em 2017 atendem a algumas das preocupações. Destacamos quatro aspetos resultantes do novo modelo de contratualização e os seus benefícios e riscos.

1. Em primeiro lugar, a avaliação é operacionalizada agora por uma **matriz multidimensional da atividade**, métrica que se pretende refinar e melhorar continuamente em função da evolução da saúde das populações. A multidimensionalidade da nova matriz advém das diferentes dimensões que são aferidas em cada etapa para o cálculo do Índice de Desempenho Global (IDG) que é o valor de referencia que se procura medir.

O IDG é apurado a partir dos valores alcançados nos Índices de Desempenho Sectoriais (IDS) em cinco diferentes áreas. Os IDS concentram-se atualmente nas seguintes áreas: desempenho assistencial, serviços, qualidade organizacional, atividade científica e formação. Por sua vez os IDS de cada área são estimados com base no desempenho nas diferentes dimensões que os compõem e que se encontram legalmente previstas⁽³⁵⁾. Para operacionalizar a avaliação das diferentes dimensões, recorre-se a indicadores de desempenho de quatro tipologias: os que avaliam a estrutura, os processos, os resultados e os ganhos em saúde, seguindo a estrutura sugerida por Donabedian⁽³⁶⁾, que está na base das melhores práticas europeias⁽³⁷⁾.

A peça mais granular no cálculo da matriz são, portanto, os indicadores que devem respeitar os seguintes requisitos: serem independentes da origem/fonte e utilização; serem passíveis de ser calculados e monitorizados; estarem disponíveis para utilização; possuírem um bilhete de identidade (onde exista uma descrição clara, inequívoca e simples do que mede, do numerador e denominador, do que se regista e modo de leitura) e, por fim, terem um histórico de pelo menos dois anos.

Os indicadores que avaliam os CSP passam a ter as seguintes características:

- Cada indicador tem um intervalo nacional do valor esperado e uma variação aceitável – baseados na evidência disponível (nacional e ou internacional), no histórico da atividade, e em juízos de razoabilidade;
- Os indicadores estão tipificados (estrutura, processo, resultado, ganhos em saúde);
- Abrangem mais dimensões – acesso, efetividade, eficiência, adequação técnico-científica, qualidade de registo, epidemiológico, estado de saúde, demográfico e socio-económico;
- Estão estruturados de forma multidimensional: em áreas/subáreas e dimensões⁽³⁵⁾.

A experiência de programas de incentivos noutros países demonstrou que programas que incluam muitas métricas podem tornar-se muito complexos e dificultar a compreensão dos incentivos por parte dos prestadores⁽³⁸⁾. A criação de uma matriz de desempenho multidimensional, de áreas e dimensões, é uma boa iniciativa no sentido da parcimónia e da flexibilidade, pois inclui um número ajustável de indicadores organizados um conjunto finito de dimensões e áreas, em que todos os indicadores passam a ter o mesmo peso por dimensão, variando consoante o número de indicadores disponíveis a dimensão. Porém, se não existir uma revisão regular da matriz de indicadores concertada com as prioridades nacionais, este instrumento pode perder a capacidade de comunicar conveniente às equipas as diretivas e comportamentos que se pretendem, além de que pode aumentar o risco do ênfase das equipas em determinadas atividades contratadas em detrimento de outras, levando a uma prática fragmentada e não eficiente⁽³⁹⁾. Apesar do empenho na definição da matriz de indicadores está-se sempre a medir uma atividade complexa com instrumentos “imperfeitos”, isto é, incapazes de avaliar holisticamente o desempenho pelos seus múltiplos objetivos altamente dependentes do contexto em que se opera.

2. Em segundo lugar, de forma a harmonizar ao nível nacional o grau de exigência das metas e retirar o foco da sua definição do processo de negociação entre os vários intervenientes, foi estipulado para cada indicador um intervalo esperado e um **intervalo de variação aceitável para todo o país**. Esta definição é baseada na melhor evidência disponível de boas práticas em saúde, validadas tecnicamente por consenso, após prévia audição das ordens profissionais, dos sindicatos e das sociedades científicas, segundo o Despacho 3823/2016⁽³⁵⁾.

3. Outra importante alteração ao modelo de contratualização é o **alargamento dos incentivos institucionais**, até aqui exclusivos das USF, a todas as unidades funcionais com desempenhos superiores, quer sejam USF ou UCSP, e a sua progressiva generalização a todas as unidades dos ACeS⁽³⁵⁾. Como referido no Relatório de Primavera de 2018, uma preocupação tem sido a perpetuação da prestação de cuidados de saúde em “dois níveis”, ou seja, nas USF e UCSP, com as USF terem consistentemente um melhor desempenho nos indicadores de contratualização em relação às UCSP⁽⁹⁾, e conseqüentemente serem elegíveis a receberem incentivos institucionais/financeiros para premiar e promover a melhoria. Contudo, como podemos verificar pela Figura 6, que apresenta a distribuição do Índice de Desempenho Global das UCSP, USF-A e USF-B em 2017 e 2018, por escalões de A a E (em que E representa o melhor desempenho e A o pior), é que apesar de existirem mais USF concentradas nos escalões mais elevados, a tendência é de melhoria em todos os modelos organizativos, sendo que também existem UCSP nos escalões mais elevados, isto é, com desempenho acima do limite para a atribuição do incentivo institucional.

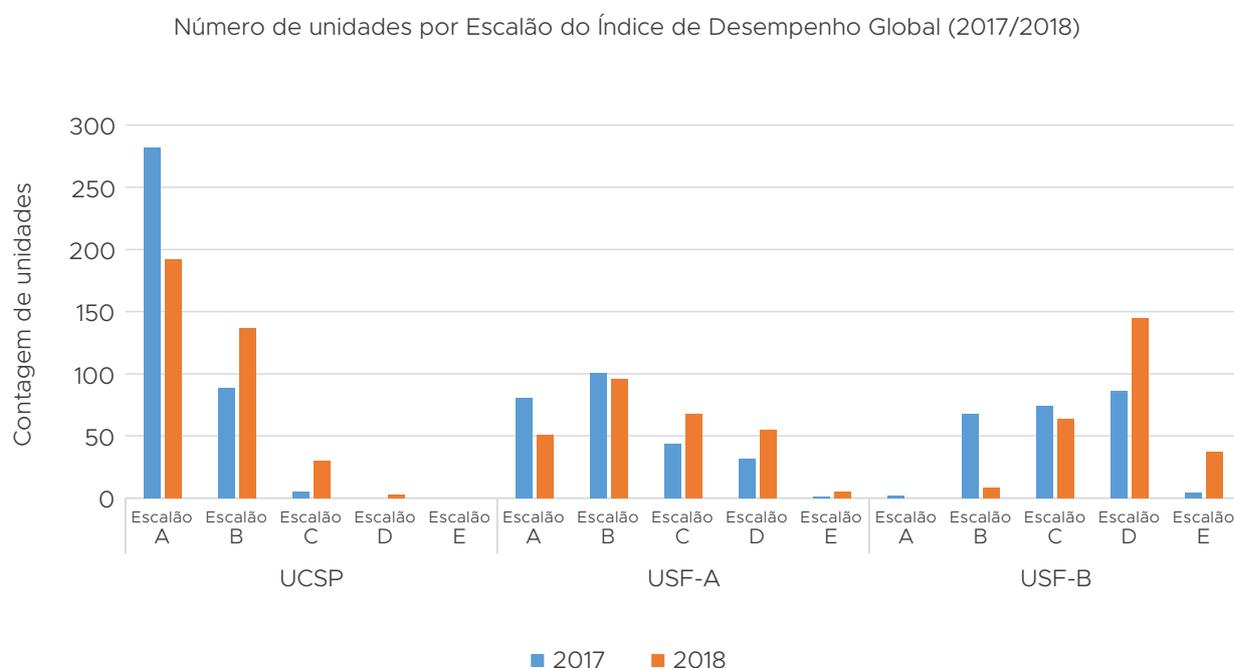


Figura 2.6 Distribuição do índice de Desempenho Global das UCSP, USF-A e USF-B, em 2017 e 2018.

Assim, o reconhecimento transversal do desempenho das várias unidades funcionais dentro dos ACeS permite simultaneamente atribuir incentivos a todas as unidades com desempenhos superiores e implementar processos de acompanhamento e melhoria a unidades com desempenhos inferiores. Adicionalmente, considerando que a atribuição de incentivos exige um esforço no sentido da avaliação das atividades de prestação de cuidados, e que tem o potencial de promover o uso das tecnologias de informação⁽⁴⁰⁾, esta iniciativa pode levar a uma melhoria do registo clínico, e auxiliar a adesão a normas de orientação clínica baseadas na evidência e a boas práticas clínicas e organizativas.

4. Por fim, as alterações do novo modelo de contratualização introduzem uma importante medida de contenção financeira para o Sistema de Saúde que prevê a definição de um **teto máximo para os incentivos institucionais** fixado anualmente por despacho dos membros do Governo responsáveis pela área das finanças. Assim, o valor do incentivo institucional de cada unidade é uma proporção do valor nacional, consoante o número de unidades com níveis de capitação e de desempenho semelhantes ou mais elevados.

2.4.1 Evidência sobre os programas de incentivos ao desempenho

Nos próximos parágrafos partimos de uma perspetiva económica para analisar os benefícios e os riscos dos modelos retributivos na melhoria dos cuidados, com base na evidência de experiências semelhantes noutros países e de estudos controlados. A discussão em torno dos modelos retributivos inclui a análise do processo de implementação dos programas/reformas, das características e instrumentos desses modelos e da forma como estes modelos afetam as decisões dos prestadores de CSP. Olhando para a última dimensão, apresentamos sumariamente a importância dos modelos retributivos para motivar as equipas de saúde a expandir a oferta de cuidados de prevenção, a melhorar os resultados de saúde e a realçar a qualidade, a segurança e a satisfação dos utentes.

Os sistemas remuneratórios atuais incluem um misto de (i) salários, (ii) fórmulas de capitação, (iii) remuneração por ato realizado ou *fee-for-service* e (iv) pagamento pelo desempenho ou, da sigla em inglês, *pay-for-performance* (P4P). Alicerçado nos princípios da teoria de agência e de teorias da economia comportamental, procura-se através da conjugação simultânea de diferentes paradigmas contratuais, num sistema remuneratório misto, alinhar os interesses e prioridades daquele que financia o serviço (o principal) com os dos seus agentes (por exemplo os médicos de clínica geral). Nesse sentido, parte-se do princípio que:

- (i) A remuneração baseada num salário que não dependa do nível de atividade desenvolvido, tem a vantagem de assegurar a estabilidade financeira para os profissionais e reduzir o risco de consequências adversas como comportamentos de maximização de lucros. Porém, este modelo não estimula, nem premeia a qualidade e a melhoria da prestação de cuidados.

(ii) O método prospetivo de pagamento por capitação (geralmente ajustada para as necessidades de cuidados) separa os rendimentos dos custos incorridos e dessa forma estimula uma produção mais consciente face aos custos, promovendo a continuidade de cuidados e as práticas viradas para a prevenção de doenças⁽⁴¹⁾. Por outro lado, tende a estimular o aumento das listas de doentes, por vezes acima das capacidades dos profissionais, se não forem estabelecidos limites admissíveis, e a gerar mais atividades de encaminhamento, podendo levar eventualmente a dificuldades de garantir a qualidade e o acesso aos cuidados⁽⁴²⁾.

(iii) Os métodos de pagamento por ato realizado, em que os profissionais são reembolsados por cada serviço prestado, têm coexistido com os de capitação, para reembolsar serviços específicos⁽⁴³⁾. Como a retribuição está dependente no número de serviços que é possível oferecer, existe a possibilidade de os prestadores adicionarem serviços acima do necessário. Desta forma, os ganhos dos doentes não estão projetados nos pagamentos, sendo, portanto, recomendada a conjugação com outras componentes baseadas na qualidade e no valor para os doentes.

(iv) Nos modelos de P4P, os prestadores recebem incentivos financeiros condicionais ao desempenho. Espera-se, portanto, que a monitorização e as transferências monetárias, incentivem o alinhamento do comportamento dos profissionais de saúde e das equipas no sentido do aumento da qualidade dos cuidados prestados, da implementação de práticas em conformidade com as orientações clínicas (*guidelines*), e, conseqüentemente, a melhoria dos resultados de saúde⁽⁴⁴⁾.

Relativamente ao P4P, a evidência internacional não é totalmente coincidente quanto a esta previsão, apesar da sua intuição apelativa. As mais recentes revisões sistemáticas da literatura, baseadas em estudos randomizados ou observacionais, como a de Mendelson *et. al.* (2017), a de Eijkenaar *et. al.* (2013) ou a revisão para os CSP de Scott *et. al.* (2011) apontam para resultados modestos ou inconsistentes da efetividade dos programas de P4P na melhoria dos resultados em saúde das populações e recomendam uma cuidada análise aos impactos destes programas a longo prazo, nos resultados em saúde das populações e nos custos. Estes programas estão associados a modestas melhorias nos indicadores de desempenho relacionados com a qualidade da gestão de algumas patologias crónicas, contudo na sua maioria apenas a curto prazo (2 ou 3 anos) e com taxas de melhorias mais elevadas onde o desempenho inicialmente era inferior⁽⁴⁵⁾. Analisando uma série temporal de indicadores no Reino Unido antes e após da introdução do programa de P4P nos CSP (*Quality and Outcomes Framework*), Campbell *et. al.* (2009) observaram uma aceleração na melhoria dos indicadores para duas doenças crónicas com incentivos (asma e diabetes) no curto-prazo, mas este efeito dissipou-se uma vez que foram alcançadas as metas impostas, permanecendo, contudo, ainda incertezas relativas a possíveis efeitos adversos⁽⁴⁶⁾. Um impacto semelhante foi analisado em Portugal, no já referido estudo desenvolvido por Perelman *et. al.*⁽¹⁰⁾. É de notar que muitas das iniciativas de P4P acompanharam outras intervenções, de que são exemplo: a comunicação pública de indicadores de qualidade, realização de auditorias, ou a introdução de ferramentas eletrónicas de apoio à decisão⁽⁴⁵⁾. Todas estas alterações tornam difícil a tarefa de identificar os benefícios incrementais exclusivos dos incentivos pelo desempenho.

A literatura nesta área tem crescido consideravelmente na última década, acompanhando a implementação de iniciativas de P4P dirigidas aos prestadores de CSP um pouco por todos os países da OCDE⁽⁴⁷⁾. Devido à sua dimensão, tem sido dado especial destaque para as iniciativas de P4P no Reino Unido (*Quality and Outcomes Framework*). Tanto o P4P inglês como o português são mais do que um esquema remuneratório, na medida em que estabeleceram uma mudança organizacional estruturada em torno da autonomia dos profissionais organizados de acordo com as necessidades locais de saúde⁽⁴⁸⁾ e apoiada pela contratualização. Porém, se atendermos apenas à componente financeira, apenas as USF modelo B, se equiparam mais amplamente aos programas de P4P referidos anteriormente. O modelo remuneratório das USF B assenta num modelo misto, em que o peso da componente variável é de cerca de 20% a 30% do rendimento total individual⁽⁹⁾, em linha com os valores de outros programas europeus⁽⁴⁹⁾. A componente variável inclui uma série de suplementos: capitação por escalões no aumento das listas até um teto, complemento para serviços específicos, como a orientação de internos, pagamento ao ato para domicílios, incentivos institucionais quando a equipa atinge os objetivos negociados e incentivos monetários individuais prospetivos com base na atividade de prevenção desenvolvida.

No que concerne aos efeitos do modelo remunerativo e organizacional, a evidência nacional é ainda relativamente parca. Um estudo realizado em 2009 e baseado em simulações para os CSP em Portugal⁽⁵¹⁾, indica que o modelo organizacional USF, tem o potencial de gerar maiores ganhos de produtividade e melhorar o acesso dos utentes, sem ter significativos impactos nos custos. Relativamente aos custos, outro estudo de Gouveia *et. al.* (2008) baseado na comparação econométrica entre os centros de saúde e as unidades em Regime Remuneratório Experimental, que precedeu a criação das USF⁽⁵⁰⁾, concluíram que apesar do aumento da carga remuneratória nas unidades do tipo USF, o custo global resultante era menor, quando comparado com o dos centros de saúde. Esta redução era devida à diminuição dos gastos com prescrição de medicamentos e de testes de diagnóstico e terapêutica. A comparação sofre, no entanto, do problema de não conseguir distinguir entre os efeitos que advêm de mudanças no desempenho e efeitos de auto-seleção. Anteriormente à reforma, um outro estudo que analisou 351 unidades em 12 regiões geográficas, já identificava grandes variações na equidade do acesso aos serviços de saúde, na eficiência técnica e na qualidade dos serviços prestados nas diferentes regiões. Os autores utilizaram métodos econométricos não paramétricos para medir a eficiência técnica das unidades, isto é, a capacidade de gerar uma maior atividade com menos recursos⁽⁵¹⁾. Contudo, estudos mais recentes neste sentido seriam desejáveis. Relativamente à satisfação dos utentes, os estudos realizados em Portugal com base em inquéritos para monitorização da satisfação dos utilizadores com os cuidados prestados nas USF e em algumas UCSP, revelaram uma maior satisfação dos utilizadores nas USF-B em relação às USF-A e destas em relação às UCSP^(52,53). Verificou-se ainda que as unidades com menor dimensão foram as que apresentaram os melhores níveis de satisfação e que existe uma grande disparidade regional dos resultados da satisfação.

Não são do nosso conhecimento estudos empíricos mais recentes que analisem o efeito da reforma na eficiência das unidades, na melhoria do acesso, na motivação dos profissionais ou nos ganhos em saúde.

2.4.2 Limitações, desafios e sugestões do novo modelo de contratualização

De seguida, debatemos as limitações e alguns desafios decorrentes das escolhas tomadas no novo modelo contratualização: o desafio do ajustamento do desempenho para o contexto socioeconómico da população; o potencial prevalectimento das assimetrias de desempenho e conseqüente desafio à equidade; as limitações dos incentivos, da sua materialização e distribuição e a possível introdução no modelo de competição ao invés de cooperação. Por fim, apresentamos algumas sugestões. É de notar que estas sugestões têm por base a revisão bibliográfica dos documentos aqui citados, bem como a opinião das autoras.

A nova contratualização tende a refletir o modelo biopsicossocial próprio dos CSP centrado no utente e simplificado no IDG. Para espelhar a complexidade da realidade os níveis de desempenho do IDG devem ser adequadamente ponderados/corrigidos considerando, por um lado os constrangimentos de recursos das unidades e por outro a **variabilidade de características de contexto, com impacto no desempenho**. O grande salto qualitativo do IDG está, portanto, na capacidade de aumentar a "tolerabilidade" desta medida para os momentos do ciclo de vida da organização (e.g., ausência de profissionais), e de se adequar às características da unidade funcional e à especificidade da sua população. Se por um lado, a primeira ponderação está a ser contemplada, segundo indica o documento da operacionalização da contratualização dos CSP^{p.25(30)}, subsistem ainda as dúvidas sobre a forma como serão ponderadas as características de contexto nos níveis de desempenho. Está a ser preparado um índice de contexto que permita, ao padronizar para ponderar, tornar comparável o que é desigual^{p.33(30)}. Prevê-se que este índice possa incluir dimensões socioeconómicas (e.g., multiculturalidade, insuficiência económica), organizacionais (e.g., inscritos, idade da unidade) e recursos humanos (e.g., ausências, tempos parciais) ainda que tenham existido alterações no planeamento deste índice de 2017 a 2019⁽⁵⁴⁾. Este ajustamento é tanto mais importante no novo modelo de contratualização, pois em geral indicadores de resultados de saúde, carecem de um ajustamento ao risco mais sofisticado que as medidas de processo, porque estas estão mais sob o controlo dos prestadores⁽³³⁾. Sabemos que os utentes não são distribuídos aleatoriamente entre as unidades, da mesma forma que os prestadores não operam todos em contextos socioeconómicos idênticos e homogêneos. Para a obtenção de melhores resultados de desempenho, considera-se que equipas que operam em regiões mais desfavorecidas podem ter dificuldades acrescidas⁽⁵⁵⁾. Contudo, dependendo da forma como o desempenho é medido, podem existir também limitações em regiões mais protegidas financeiramente, se se usarem métricas processuais e se medir a cobertura, quando a população não utiliza os CSP por opção. Desconsiderar estes fatores pode ter conseqüências para a população e para os prestadores. Prestadores com desempenho acima da média podem ser classificados como medianos ou até abaixo da média, devido a diferenças da população que servem. Assim, na medida que o contacto regular com os doentes leva a uma informação e conhecimento sobre a situação clínica destes, a possibilidade dos prestadores evitarem os utentes severamente doentes ou não complacentes, não pode ser descartada à partida⁽⁵⁶⁾, potenciando um gradiente social da qualidade de cuidados⁽⁵⁷⁾. Um ajustamento correto através do índice de con-

texto perspetivado que suportará o modelo de contratualização e o sistema retributivo é de extrema importância para reduzir este incentivo perverso, para promover a equidade entre cidadãos (acesso e qualidade dos cuidados) e profissionais (carga de trabalho e avaliação do desempenho).

As atuais **assimetrias no desempenho** não devem ser atribuídas exclusivamente a ineficiências na organização ou à motivação das equipas das UCSP. Estas devem-se também, como vimos acima, às diferenças da população a que prestam cuidados, a par com outras limitações, como as carências de recursos humanos, particularmente na periferia urbana e no sul do país. Apesar do novo modelo de contratualização pretender tornar comparáveis USF e UCSP, mantêm-se as desigualdades, uma vez que quem produz visivelmente mais, recebe incentivos institucionais. Por outro lado, quem tem dificuldades em produzir pode vir a agravá-las, cada vez mais, por falta de recursos humanos e materiais. A medição do desempenho ajustada para o contexto e os prémios ao desempenho a todas as unidades têm o potencial de contribuir para reduzir desigualdades na prestação de cuidados. Ainda assim, por si só, estas medidas não são suficientes para melhorar a equidade, tanto para quem recebe os cuidados como para os prestadores. Subsiste ainda, por um lado, a dupla penalização dos utentes sem equipa de saúde, e a acentuação das desigualdades entre unidades funcionais, ao premiar sempre os melhores. Para além de não ter um médico ou equipa que os acompanhe, os utentes fora das listas dos médicos recorrem a unidades, tipicamente UCSP, que têm geralmente piores resultados nas métricas de desempenho e maiores limitações na obtenção de incentivos que poderiam contribuir para melhorias na prestação de cuidados, conduzindo a uma estagnação e degradação das unidades. Ao invés, as unidades com melhores resultados, na sua generalidade USF, têm recursos humanos que valorizam a melhoria do seu desempenho e têm maior autonomia e capacidade de se envolverem na mudança organizacional, sentindo-se reconhecidos. Além disso, através dos incentivos dispõem de recursos materiais para a qualificação das equipas e melhorar as unidades, contribuindo para o alargamento do fosso com as restantes. A evidência baseada nos primeiros três anos do programa P4P do Reino Unido demonstrou melhorias moderadas no *gap* de qualidade na prestação de cuidados entre populações mais e menos desfavorecidas⁽⁵⁵⁾. Esta melhoria pode ter resultado do facto de terem sido oferecidos incentivos pelo desempenho até a unidades com desempenhos muito baixos.

Em Portugal, os **efeitos dos incentivos institucionais**, agora alargados a todas as unidades, por não se tratarem de uma transferência monetária aos profissionais (pois está sujeita à aprovação de um projeto) não se equipara diretamente aos efeitos do P4P descritos anteriormente. Contudo, este tem uma finalidade semelhante. Em primeira linha a de premiar as equipas que alcançaram os objetivos. Em segundo lugar, estes resultados encontram-se publicados online na plataforma “BI-CSP”⁽¹¹⁾, permitindo assim a divulgação e o escrutínio público que são um importante veículo para a melhoria da qualidade. O que sabemos de outros programas com mecanismos semelhantes é que os incentivos de grupo tendem a ser preferíveis face aos incentivos individuais consoante o contexto⁽⁶²⁾. Por definição, se as questões de desempenho podem ser melhoradas através do esforço do grupo, os incentivos devem ser direcionados ao grupo. Aspectos que estão dependentes do controlo individual, devem ser

incentivados ao nível individual. Os incentivos individuais têm uma desvantagem prática, que se prende com a fiabilidade das medidas usadas. A medição do desempenho requer um painel de utentes suficientemente vasto⁽⁵⁸⁾, caso contrário estas podem refletir variações aleatórias e consequentemente incorrer na alocação incorreta dos incentivos. No contexto atual dos CSP em que diferentes grupos de profissionais convergem para a prestação de cuidados, os incentivos de grupo podem ter um papel importante. Adicionalmente, incentivos de grupo podem ser mais efetivos que os individuais no contexto atual em que as ineficiências em saúde são frequentemente vistas como o resultado de falhas no sistema, e porque o desempenho depende das condições estruturais como a assistência de outros profissionais, colaboração, revisão por pares, e a infraestrutura disponível.

Para garantir a efetividade destes instrumentos para o estímulo ao desempenho das equipas devemos aferir também **a forma como os incentivos institucionais se materializam e são distribuídos**. Os especialistas têm apontado para a importância dos princípios da economia comportamental para desenhar os atributos dos sistemas de incentivos. Fatores como a magnitude dos pagamentos, a presença de competição, o *timing* e a frequência dos incentivos, são importantes para influenciar o comportamento individual e coletivo⁽⁵⁹⁾. Existe atualmente um grande desfasamento (em alguns casos de anos) entre o momento em que são prestados os cuidados, a aferição da qualidade do desempenho dos mesmos, e a concretização dos projetos que resultam dos incentivos institucionais. A incerteza e a distância entre o momento em que as metas e os compromissos de mudança são contratualizados e em que a ação é recompensada pode pôr em causa a efetividade do incentivo. Por outro lado, é fundamental garantir a distribuição adequada destes incentivos pelos membros das unidades. A este nível existe ainda pouca informação disponível sobre a forma como este instrumento está a ser utilizado e passado aos diferentes membros que compõem as equipas de saúde.

Finalmente, persiste no novo modelo de contratualização a perpetuação das desigualdades para a obtenção de recursos, entre unidades com melhores resultados que beneficiam de uma combinação de fatores favoráveis, e outras com piores resultados, ao invés de estimular a **cooperação** e o funcionamento em rede entre unidades funcionais do mesmo ACeS e o desenvolvimento de trabalho colaborativo com outros prestadores de cuidados, secundários ou terciários. Tal como no modelo de contratualização anterior, o nível de desempenho, bem como outros critérios funcionais, clínicos e de qualidade, são o garante para a evolução das unidades para modelos com maior autonomia – USF A e B, que é feita em competição perante o número limitado de autorizações anuais fixadas por despacho do Governo. Assim, ao manter o foco no pagamento pelo desempenho, normaliza-se estes modelos organizativos e não dá espaço à diversidade, inovação, nem à flexibilidade que possam trazer igual retorno de ganhos em saúde e adaptar-se às necessidades específicas de cidadãos e profissionais, pondo em causa a capacidade das equipas de adaptação às mudanças.

Assim, o novo modelo de contratualização deverá no futuro:

1. Garantir que todas unidades funcionais usufruam de condições de trabalho essenciais de qualidade (estruturais, recursos humanos, autonomia de gestão, orçamento local base), de segurança e justas, de forma a responder às necessidades da população pela qual são responsáveis.
2. Manter o foco sobre a melhoria contínua de qualidade, com construção de indicadores complexos, e um processo de revisão dinâmico para incluir novos indicadores, apoiando estratégias políticas que respondam às necessidades reais da população (grande impacto sobre a qualidade de vida das pessoas e das suas famílias), embora menos mediatizadas.
3. Tornar as unidades mais eficientes na utilização dos recursos, através de medidas de fomento à cooperação e inclusão de outras profissões de saúde, em complementaridade de funções.
4. Refletir as especificidades organizacionais de cada unidade (e.g., conferir grau de autonomia que permita adequar-se às necessidades da população que servem).
5. Repensar os cuidados aos utentes sem equipa de saúde para não agravar as desigualdades em saúde desta população, nem prejudicar o desempenho das unidades funcionais afetas – devendo este capítulo ficar suficientemente explicitado e desenvolvido na contratualização entre as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e os ACeS, o que, novamente, implica compromissos e obrigações de parte a parte: dos meios disponibilizados pela ARS e das medidas e iniciativas a que cada ACeS se compromete, uma vez que as pessoas que não estão ainda inscritas em equipa de saúde devem ser uma preocupação do ACeS como um todo e, logicamente, de todas as suas unidades funcionais (USF, UCSP, UCC, USP e URAP).

2.5 CONCLUSÃO

Principais ideias e interpretação

- A reforma dos CSP é das reformas portuguesas da administração pública mais bem-sucedidas⁽⁶⁰⁾. Esta reforma revolucionou os CSP em termos de organização e gestão, contribuindo de modo decisivo para colocar os CSP na base do SNS, ainda bastante hospitalocêntrico. O impulso dado aos CSP permitiu também que sejam cada vez menos os utentes sem médico de família atribuído. Atualmente, são 710 377 os utentes sem médicos de família, o que corresponde a 6,97% do total de inscritos (dados de abril de 2019)⁽⁶¹⁾.
- Para além da criação das diferentes unidades funcionais, a reforma dos CSP contou com outras inovações, como a criação de um sistema de informação para o reporte da atividade realizada, permitindo assim a monitorização e comparação da atividade realizada das dife-

rentes unidades funcionais. A contratualização e o reporte da atividade realizada por si só através dos indicadores, teve possivelmente um efeito muito importante na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados, bem como no desempenho de todas as unidades funcionais.

- A implementação das USF teve por base a iniciativa e incentivo dos profissionais de saúde, e também dos seus dirigentes locais (diretor de ACeS) e regionais (ARS), o que pode explicar as assimetrias no estabelecimento das mesmas em zonas geográficas com uma população mais favorecida. Este aspeto deve ser tido em consideração quando são realizadas comparações de desempenho e/ou de resultados em saúde entre UCSP, USF-A e USF-B, uma vez que parte desse desempenho poderá estar a ser influenciado pelas características inerentes à sua população.
- Os internamentos evitáveis são muitas vezes utilizados para avaliar a efetividade dos CSP. Ainda assim, é importante ter em consideração que outros fatores, quer do lado do sistema de saúde, como a necessidade de melhoria da integração de cuidados (e.g., consultas de especialidade em tempo útil), quer do lado do utente, como as suas características demográficas e socioeconómicas e a sua capacidade de autogestão da doença crónica, têm igualmente um impacto na ocorrência de um internamento evitável.
- Em Portugal, a taxa de internamentos evitáveis tem vindo a aumentar entre 2000 e 2015, e tal aumento está possivelmente relacionado com o envelhecimento da população e com o aumento da multimorbilidade. A análise ajustada (não detalhada neste relatório) sugere que não ocorreu uma mudança significativa na evolução da taxa de internamentos evitáveis após a reforma dos CSP. Contudo, é de reforçar que esta análise é uma análise ecológica e está assente no pressuposto da presença ou não de USF num determinado concelho e num determinado ano, e não em dados a nível individual. Por outro lado, devido ao carácter gradual da reforma dos CSP, pode ainda não ser visível o seu impacto nos internamentos evitáveis por complicações tardias de doenças crónicas que levam décadas a surgir.
- Os resultados da análise dos episódios das urgências hospitalares sugerem que os utentes inscritos numa USF-A ou numa USF-B têm uma menor utilização dos serviços de urgência em comparação com os utentes inscritos numa UCSP. Contudo, este resultado deve ser interpretado com precaução uma vez que, por um lado, esta análise está sujeita a limitações metodológicas, e por outro não nos permite concluir quais as razões para esta menor utilização. Quanto às limitações metodológicas salienta-se o ajustamento imperfeito pelas características demográficas e socioeconómicas da população da área de abrangência das unidades funcionais (uma vez que não se possui essa informação a nível individual), e o facto de não ter sido possível ajustar os episódios de urgência pela severidade do episódio. Assim, não é possível analisar de que forma as “falsas urgências”, fortemente relacionadas com o comportamento inadequado dos utentes, estão a influenciar o número de episódios de urgência em cada unidade. Finalmente, a não disponibilidade dos dados de episódios de urgências hospitalares num longo período de tempo (antes e depois da reforma) não nos permitem estimar o efeito das USF na redução das urgências hospitalares, à semelhança do que foi realizado para os internamentos evitáveis.

- O processo de contratualização interna entre as unidades funcionais de prestação de CSP e os ACeS e externa entre os ACeS e as ARS foram assumidas como peças chave introduzidas pela reforma dos CSP, nas quais se pretende promover uma análise estratégica e prospetiva das unidades de prestação de cuidados. Até 2017 este processo era pautado pela negociação anual das metas para contratualização dos indicadores estipulados. Procurava-se através das metas, tão exigentes e viáveis quanto possível, garantir a melhoria contínua dos resultados em saúde, da motivação dos profissionais e do desenvolvimento organizacional das equipas. Este era um processo moroso e complexo, sobretudo para equipas recém-criadas e com pouca experiência no preenchimento dos documentos que acompanhavam a contratualização. Em resultado disso, o processo ficava concluído por vezes com atrasos consideráveis, pondo em causa a efetividade deste instrumento no estímulo ao desempenho e melhoria da qualidade.
- O modelo de contratualização tem caminhado no sentido de se descentrar da atividade assistencial para evoluir para um modelo sustentável e abrangente que concilia a centralidade do cidadão com dimensões que valorizam a progressão para a excelência das equipas. As alterações introduzidas em 2017 trazem algumas simplificações e a flexibilização dos métodos de avaliação do desempenho através de uma matriz multidimensional de indicadores com metas harmonizadas para todas as unidades. Tem também o mérito de alargar os incentivos institucionais a todas as unidades que alcancem melhores resultados de desempenho, independentemente do modelo organizativo, ao mesmo tempo que introduz algumas medidas de contenção financeira.
- As mais recentes revisões sistemáticas dos estudos relativos ao papel dos programas de incentivos na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde não apontam para uma consistente efetividade dos mesmos, e sugerem que os efeitos na melhoria dos processos de cuidados são limitados no tempo, não tendo sido encontradas melhorias significativas ao nível dos resultados em saúde. Para alinhar os possíveis efeitos positivos deste mecanismo, além da seleção cuidadosa e parcimoniosa dos indicadores (preferencialmente de áreas com pior desempenho), deve ser dada especial atenção à regular revisão dos indicadores, ao ajustamento pelo risco, ao desenho dos incentivos relativamente ao *timing*, dimensão e distribuição dentro das equipas.
- Através da melhoria contínua do processo de contratualização e dos seus instrumentos, foi alcançada uma maior celeridade e transversalidade da contratualização a todos os níveis da estrutura da prestação de cuidados, e uma melhoria contínua da monitorização e da transparência. Porém, subsistem ainda alguns desafios que devem ser considerados no processo de avaliação e redesenho deste instrumento. Falta ainda desenvolver uma forma adequada de ponderação/correção dos níveis de desempenho que considere, por um lado os estrangulamentos de recursos das unidades e por outro a variabilidade de características de contexto e da população, com impacto no desempenho. É também preciso continuar a combater as desigualdades que subsistem e o garantir condições estruturais (humanas e materiais) para uma prática de qualidade e comparáveis entre modelos organizativos diferentes, de forma a assegurar cuidados de qualidade, seguros e justos. Por último, considerar como prioridade os utentes sem equipa de saúde, evitando a dupla penalização.

2.6 REFERÊNCIAS

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457–502.
2. Starfield B. Measuring the attainment of primary care. *J Med Educ.* 1979 May;54(5):361–9.
3. European Observatory on Health Systems and Policies. Building primary care in a changing Europe. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB, editors. United Kingdom; 2015. 172 p.
4. Kringos DS, Boerma W, Van Der Zee J, Groenewegen P. Europe’s strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff.* 2013;32(4):686–94.
5. Detollenaere J, Hanssens L, Vyncke V, De Maeseneer J, Willems S. Do we reap what we sow? Exploring the Association between the Strength of European primary healthcare systems and inequity in unmet need. *PLoS One.* 2017;12(1).
6. Homa L, Rose J, Hovmand PS, Cherng ST, Riolo RL, Kraus A, *et. al.*. A participatory model of the paradox of primary care. *Ann Fam Med.* 2015;13(5):456–65.
7. Groenewegen PP, Dourgnon P, Greß S, Jurgutis A, Willems S. Strengthening weak primary care systems: Steps towards stronger primary care in selected Western and Eastern European countries. Vol. 113, *Health Policy.* 2013. p. 170–9.
8. OECD. OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards. Paris: OECD Publishing; 2015.
9. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Meio Caminho Andado. Relatório de Primavera 2018. 2018. 1-188 p.
10. Perelman J, Lourenço A, Russo G, Miraldo M. Pagamento pelo Desempenho nos Cuidados de Saúde Primários - Experiências cruzadas. Edições Almedina; 2016.
11. Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários [Internet]. SNS. [citado em 3 mai 2019]. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>
12. Agabiti N, Pirani M, Schifano P, Cesaroni G, Davoli M, Bisanti L, *et. al.*. Income level and chronic ambulatory care sensitive conditions in adults: a multicity population-based study in Italy. *BMC Public Health.* 2009;9:457.
13. Dimitrovová K, Costa C, Santana P, Perelman J. Evolution and financial cost of socioeconomic inequalities in ambulatory care sensitive conditions: An ecological study for Portugal, 2000-2014. *Int J Equity Health.* BioMed Central; 2017 Aug 16;16(1):145.

14. Huntley A, Lasserson D, Wye L, Morris R, Checkland K, England H, *et. al.*. Which features of primary care affect unscheduled secondary care use? A systematic review. Vol. 4, BMJ Open. British Medical Journal Publishing Group; 2014. p. e004746.
15. Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health*. 2004;14(3):246–51.
16. Caminal J. Las hospitalizaciones por. *Gac Sanit*. 2001;15(2):128–41.
17. Manzoli L, Flacco ME, De Vito C, Arcà S, Carle F, Capasso L, *et. al.*. AHRQ prevention quality indicators to assess the quality of primary care of local providers: a pilot study from Italy. *Eur J Public Health*. 2013;24(5):1–6.
18. AHRQ. Prevention Quality Indicators (PQI) log of ICD-9-CM and DRG coding updates and revisions to PQI documentation and software through version 5.0 [Internet]. Rockville MD; 2015. Disponível em: https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Modules/PQI/V50/ChangeLog_PQI_v50.pdf
19. van Loenen T, van den Berg MJ, Westert GP, Faber MJ. Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review. *Fam Pr*. 2014;31(5):502–16.
20. Dantas I, Santana R, Sarmiento J, Aguiar P. The impact of multiple chronic diseases on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *BMC Health Serv Res*. BioMed Central; 2016;16(1):348.
21. Rocha R, Soares RR. Evaluating the impact of community-based health interventions: Evidence from Brazil's Family Health Program. Vol. 19, *Health Economics*. 2010. p. 126–58.
22. Angrist JD, Pischke J-S. *Mostly Harmless Econometrics: An Empiricist's Companion*. 1st ed. Oxfordshire: Princeton University Press; 2008. 378 p.
23. González L, Viitanen TK. The effect of divorce laws on divorce rates in Europe. *Eur Econ Rev*. 2009;53(2):127–38.
24. Purdy S. Avoiding hospital admissions - What does the research evidence say. The King's Fund. The King's Fund. 2010.
25. Magán P, Alberquilla Á, Otero Á, Ribera JM. Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions and Quality of Primary Care. *Med Care*. 2011;49(1):17–23.
26. Whittaker W, Anselmi L, Rud Kristensen S, Lau Y-S, Bailey S, Bower P, *et. al.*. Associations between Extending Access to Primary Care and Emergency Department Visits: A Difference-In-Differences Analysis. *PLoS Med*. 2016;13:9:e1002113.
27. Gunther S, Taub N, Rogers S, Baker R. What aspects of primary care predict emergency admission rates? A cross sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:11(11).

28. Gill J, Mainous A, Nsereko M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Arch Fam Med*. 2000 Apr;9(4):333–8.
29. Ismail S, Gibbons D, Shamini G. Reducing inappropriate accident and emergency department attendances: a systematic review of primary care service interventions. *Br J Gen Pract*. 2013;
30. ACSS. Operacionalização da contratualização de cuidados de saúde primários 2017. Lisboa, Portugal; 2017.
31. Ministérios das Finanças e da Saúde. Portaria 377-A/2013, 2013-12-30. Diário da República n.º 252/2013, 4.º Suplemento, Série I de 2013-12-30 . 2013;7004–(22) a 7004–(28).
32. ACSS. Metodologia de contratualização para os cuidados de Saúde primários no ano de 2015. Lisboa; 2014.
33. Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schöffski O. Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews. *Health Policy (New York)*. Elsevier Ireland Ltd; 2013;110(2–3):115–30.
34. Goddard M, Mannion R, Smith P. Enhancing performance in health care: A theoretical perspective on agency and the role of information. Vol. 9, *Health Economics*. John Wiley & Sons, Ltd; 2000. p. 95–107.
35. Ministério das finanças e Ministério da Saúde. Portaria n.º 212/2017 de 19 de julho, artigo 4.º Índice Global de Desempenho. 2017.
36. Donabedian A. The quality of care – how can it be assessed? *JAMA*. 1988;260:1743–48.
37. Expert Panel on effective ways of investing in Health EXPH. Opinion on Tools and Methodologies for Assessing the Performance of Primary Care. 2017. 71 p.
38. Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, *et. al.*. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Sep 7;(9):CD008451.
39. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England. *N Engl J Med*. 2009;361(4):368–78.
40. Melo M, De Sousa JC, Sousa JC de. Os Indicadores de Desempenho Contratualizados com as USF: Um ponto da situação no actual momento da Reforma. *Rev Port Med Geral e Fam*. 2011;27(1):28–34.
41. Robinson JC. Theory and practice in the design of physician payment incentives. *Milbank Q*. 2001;79(2):149–177, III.
42. Iversen T, Lurås H. Capitation and Incentives in Primary Care. In: *The Elgar Companion to Health Economics*. Edward Elgar Publishing; 2006.

43. Simoens S, Giuffrida A. The impact of physician payment methods on raising the efficiency of the healthcare system. *Appl Health Econ Health Policy*. Springer International Publishing; 2004;3(1):39–46.
44. Houle S, McAlister F, Jackevicius C, Chuck A, Tsuyuki R. Does performance-based remuneration for individual health care practitioners affect patient care?: A systematic review. *Ann Intern Med*. 2012;157(12):889–99.
45. Mendelson A, Kondo K, Damberg C, Low A, Motuapuaka M, Freeman M, *et. al.*. The effects of pay-for-performance programs on health, health care use, and processes of care: A systematic review. *Ann Intern Med*. 2017;166(5):341–53.
46. Gillam SJ, Niroshan Siriwardena A, Steel N. Pay-for-performance in the United Kingdom: Impact of the quality and outcomes framework-a systematic review. *Ann Fam Med*. 2012;
47. Milstein R, Schreyögg J. Pay for performance in the inpatient sector: A review of 34 P4P programs in 14 OECD countries. *Health Policy (New York)*. Elsevier Ireland Ltd; 2016;120(10): 1125–40.
48. Monteiro BR, Pisco AMSA, Candoso F, Bastos S, Reis M. Cuidados primários em saúde em Portugal: 10 anos de contratualização com os serviços de saúde na Região de Lisboa. *Cien Saude Colet*. 2017;22(3):725–36.
49. Kolozsvári LR, Orozco-Beltran D, Rurik I. Do family physicians need more payment for working better? Financial incentives in primary care. *Aten Primaria*. SEGO; 2014;46(5):261–6.
50. Gouveia M, Sofia Nogueira da Silva, Oliveira P, Miguel LS. Análise dos Custos dos Centros de Saúde e do Regime Remuneratório Experimental. *Grup Trab da Assoc Port Econ da Saúde*. 2008;1–91.
51. Amado CA da EF, Santos SP dos. Challenges for performance assessment and improvement in primary health care: The case of the Portuguese health centres. *Health Policy (New York)*. 2009;91(1):43–56.
52. Ferreira PL, Raposo VM, Pisco L. A voz dos utilizadores dos cuidados de saúde primários da região de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal. *Cien Saude Colet*. 2017;
53. Ferreira PL, Raposo V, Godinho P. A voz dos utilizadores dos Centros de Saúde. *Ministerio da Saúde, Instituto da Qualidade em Saúde*. Lisboa; 2005.
54. ACSS. Operacionalização da contratualização nos cuidados de saúde primários para 2019. Lisboa, Portugal; 2019.
55. Doran T, Fullwood C, Kontopantelis E, Reeves D. Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework. *Lancet*. Elsevier; 2008 Aug 30;372(9640):728–36.

56. Barros PP. Economia da saúde: conceitos e comportamentos. 3rd ed. Lisboa: Almedina; 2017.
57. Markovitz AA, Ryan AM. Pay-for-Performance: Disappointing Results or Masked Heterogeneity? *Med Care Res Rev.* 2017;74(1):3–78.
58. Landon BE, Normand S-LT, Blumenthal D, Daley J. Physician Clinical Performance Assessment: prospects and barriers. *JAMA.* 2003 Sep;290(9):1183.
59. Bonner SE, Sprinkle GB. The effects of monetary incentives on effort and task performance: Theories, evidence, and a framework for research. *Accounting, Organ Soc.* 2002;27(4–5):303–45.
60. Biscaia AR, Heleno LC. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Cien Saude Colet.* 2017 Mar;22(3):701–12.
61. Ministério da Saúde. BI-CSP Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. 2019.
62. Eijkenaar F. Key issues in the design of pay for performance programs. *Eur J Heal Econ.* 2013;14(1):117–31.

CAPÍTULO 3

INFEÇÃO VIH: O QUE ESTARÁ PARA MUDAR

DANIEL SIMÕES¹

PAULA MEIRELES¹

HENRIQUE BARROS¹

1 | Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto

INFEÇÃO VIH: O QUE ESTARÁ PARA MUDAR

3.1 DA IDENTIFICAÇÃO À RESPOSTA COMUNITÁRIA

Quase quatro décadas após a identificação da síndrome da imunodeficiência adquirida (Sida) e do reconhecimento da dimensão pandémica da infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) vive-se internacionalmente um novo período de entusiasmo e mobilização em torno do objetivo definido pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/Sida (ONUSIDA): que até 2030 a Sida deixe de ser uma ameaça à saúde pública. Fechar-se-á assim, pela primeira vez na história das doenças em tão curto espaço de tempo, um ciclo que levou da identificação de uma infeção extraordinariamente letal à sua possível erradicação. Para isso contribuiu a capacidade de rapidamente postular um processo patogénico, identificar um agente e desenvolver respostas terapêuticas adequadas, em um ambiente de forte ativismo e reivindicação do cumprimento efetivo dos compromissos internacionais dos direitos humanos. Esta mobilização das instâncias internacionais, de alguns governos e comunidades a nível local e global, tem significado uma vontade política reforçada e contínuo compromisso comunitário essenciais na resposta à epidemia. Não deixa de ser assinalável o silêncio intenso que se faz sentir em Portugal, seja na paisagem mediática, na estruturação das políticas de saúde ou no debate sobre a complementaridade inteligente das medidas adequadas de promoção da saúde e de prevenção de doença, quanto à ameaça que permanece da infeção VIH ou, como esperado, de outras infeções transmitidas sexualmente. A adesão das cidades à Declaração de Paris e o recente programa de distribuição de medicação para a profilaxia pré-exposição são sinais do acompanhar do que vai mudando mas não parecem suficientes para curvar uma infeção ainda, entre nós, tão excessivamente presente.

Na resposta à infeção VIH, pelo lado da prevenção primária, há atualmente um conjunto de estratégias efetivas que, usadas em combinação, têm o potencial de prevenir todas as novas infeções. Para além da promoção das várias dimensões da literacia que acompanham e se acompanham por mais educação para a saúde sexual, do uso do preservativo, do uso da profilaxia pós-exposição em contexto ocupacional e não ocupacional, do diagnóstico e tratamento atempados de outras infeções sexualmente transmissíveis, e do uso de material esterilizado cortante ou parafernália segura para uso de drogas, as descobertas mais recentes de que a profilaxia pré-exposição (PrEP) reduz em mais de 90% a probabilidade de aquisição do vírus quando tomada de forma correta e de que as pessoas em tratamento com carga vírica indetetável sustentável não transmitem o vírus aos seus parceiros sexuais, independentemente do sexo, aumentam o arsenal de ferramentas de prevenção que os estados podem regulamentar e disponibilizar, os profissionais de saúde aconselhar e prescrever e os indivíduos escolher de forma informada e adequada ao seu contexto e preferências. Do lado da prevenção secundária sabe-se que o diagnóstico o mais precocemente possível, e o acesso e a toma correta dos antirretrovíricos permitem às pessoas que vivem com o VIH ter uma vida saudável e longa, e como mencionado acima, elimina o risco de transmissão do VIH.

Apesar disto, no nosso país, e quer pela história da epidemia, quer pela resposta que foi organizada nas últimas décadas, permanecem um conjunto de desafios que podem comprometer o cumprimento destes objetivos. Apesar de um trabalho com resultados claramente visíveis na progressão da epidemia no país, Portugal permanece um dos países europeus com maior número de novos diagnósticos por 100 000 habitantes, tendo simultaneamente uma coorte de doentes em tratamento de volume muito superior à média europeia. Estas e outras características da epidemia, algumas das quais focadas em maior detalhe adiante, apresentam desafios específicos em termos de planeamento da resposta nacional, aos quais deverá ser dada atenção no delineamento de estratégias que nos permitam chegar às metas preconizadas durante a próxima década.

A epidemia VIH em Portugal (figura 3.1) começou por ser predominantemente associada à partilha de material de injeção para o uso de drogas durante as décadas de 80 e 90. No início dos anos 2000, com o escalar dos serviços de redução de danos e das estruturas de tratamento de dependências em Portugal, bem como a possibilidade de uma menor exposição a drogas pela via injetável, houve uma diminuição acentuada dos casos e a transmissão passou a ser predominantemente relacionada com contactos heterossexuais. Mais recentemente, continuou o decréscimo dos casos associados à partilha de material para injeção de drogas (-20,6% em média por ano entre 2008 e 2016), observou-se também um decréscimo dos casos associados à transmissão heterossexual (-6,1% em média por ano entre 2008 e 2016), mas os casos de transmissão sexual entre homens que têm sexo com homens aumentaram (3,9% em média por ano entre 2008 e 2016); em 2017, esta população representou 36,6% do total de novos casos diagnosticados e 50,9% dos casos em homens, enquanto os casos associados à transmissão heterossexual representaram 57,3% do total. As infeções em utilizadores de drogas injetadas representaram 1,7% dos casos em 2017, o valor mais baixo de sempre. No mesmo ano, 32,0% dos novos casos ocorreram entre pessoas não nascidas em Portugal, e a distribuição etária geral das novas infeções sugere que a infeção entre as pessoas com mais de 50 anos continua a crescer e os diagnósticos são mais tardios que noutras faixas etárias. Contudo, é particularmente preocupante que a taxa mais elevada de diagnóstico por 100 000 habitantes se observe nos indivíduos de 25 a 29 anos, e isso desde 2012. Se por um lado os casos novos diagnosticados em homens que têm sexo com homens são mais frequentes em idades mais jovens (mediana de idade ao diagnóstico em 2017: 32,0 anos) que os casos diagnosticados em heterossexuais (mediana de idade ao diagnóstico em 2017: 45,0 anos), por outro lado nestes o diagnóstico tardio é mais frequente (65,7% nos homens, 48,4% nas mulheres vs 39,9% em homens que têm sexo com homens, considerando os casos com informação sobre a contagem de linfócitos CD4). Já a proporção de casos com diagnóstico tardio em utilizadores de drogas injetadas foi de 69,2%. No seu conjunto, estas observações indiciam que as estratégias de diagnóstico junto da população de homens que têm sexo com homens estão a ser mais eficientes na deteção precoce de infeções, contrariamente ao que se verifica nos outros grupos de transmissão, mesmo se a percentagem de diagnósticos tardios até entre homens que têm sexo com homens permaneça excessivamente elevada.

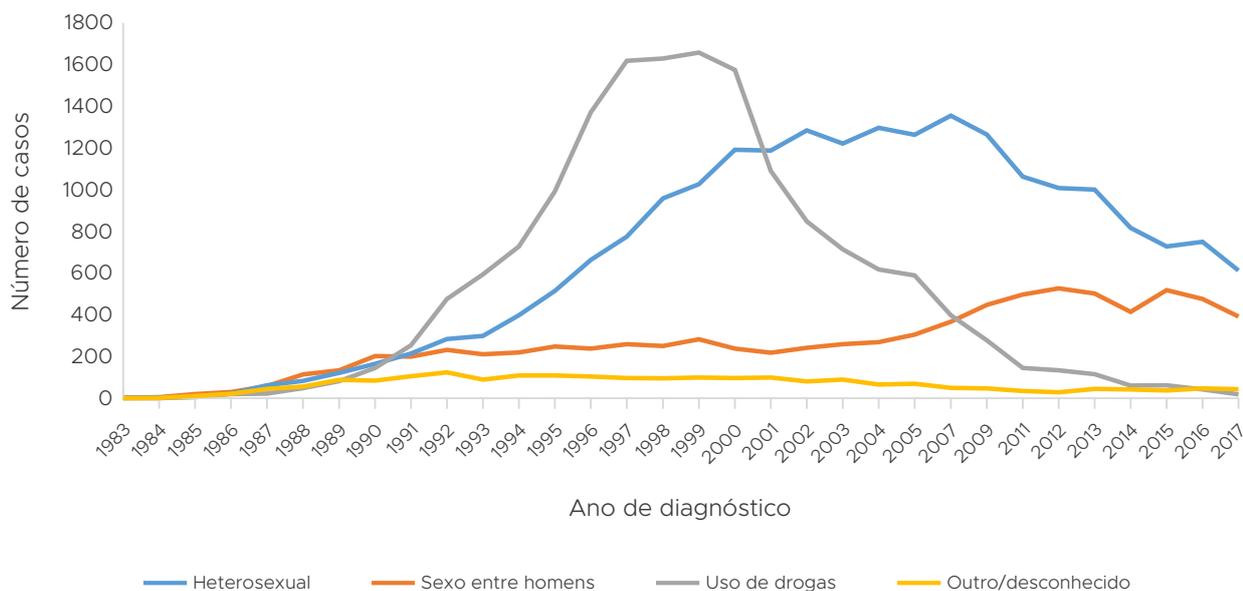


Figura 3.1 Casos de infeção VIH notificados (1983-2017): distribuição por modo de transmissão e ano de diagnóstico.

Fonte: INSA, 2018.

Para diminuir a incidência da infeção, e sermos capazes de intervir em tempo útil junto das populações entre as quais a dinâmica da transmissão é ainda mais ativa, é essencial ter informação sobre os novos casos numa moldura temporal estreita e com pormenor suficiente para conhecer os determinantes modificáveis da infeção. A pontualidade das informações demográficas e sociais de vigilância bem como o acesso a dados anonimizados da caracterização clínica, são indispensáveis para produção de conhecimento útil à definição e avaliação de políticas locais, à adequação dos investimentos e à quantificação dos ganhos gerais em saúde, qualidade de vida e infeções evitadas.

Nunca é demais repeti-lo: pela dimensão da epidemia no país e a sua exemplaridade quantitativa e qualitativa no espaço europeu, pela qualidade dos recursos humanos em saúde de que o país dispõe, pelo desenvolvimento geral da investigação científica portuguesa, compreende-se mal que seja ainda tão escasso o nosso conhecimento sobre a infeção VIH e limitado o nosso contributo internacional tanto no que respeita à epidemiologia quanto à biologia, à investigação clínica ou aos estudos comportamentais.

Seria também por isso importante poder analisar de forma detalhada as séries temporais, investir numa estrutura de informação que preservasse a memória e fornecesse perspetivas de investigação. Um primeiro passo pode surgir com a garantia da qualidade da informação preservada. Outro, com a possibilidade da sua utilização de forma aberta e transparente! Assinale-se, nesse sentido, que em 2018 o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA) e o Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA trabalharam os dados de notificações

do país procurando identificar e quantificar, removendo da análise, quando adequado, os casos correspondentes a pessoas que tivessem migrado ou falecido. Assim poderá conhecer-se, de facto, a carga de doença e a quantificação dos casos prevalentes bem como fazer previsões sobre a dinâmica da infeção. Com esse trabalho, resultaram novas estimativas mais animadoras, mas apesar de uma tendência global decrescente do número de novos casos desde o início do milénio, a epidemia nacional continua a representar um desafio complexo. Não só os novos casos se repartem por várias subpopulações, evidenciando a necessidade de estratégias de diagnóstico a elas especificamente adequadas, como, mesmo com os esforços encetados ao longo dos últimos anos, o atraso nas notificações permanece preocupante. De 2016 para 2017, o número de casos adicionais reportados referentes ao ano de 2016 foi de 283 (21,6%), o que nos mostra uma trajetória descendente lenta da epidemia, mesmo alguma aparente estagnação, com ligeiras flutuações nas populações diagnosticadas, de ano para ano. Podemos por isso estar perante uma nova forma da epidemia nacional, em que há intersecções entre populações-chave, exigindo que sejam repensadas e delineadas estratégias de intervenção adequadas eventualmente capazes de soluções originais. É essencial que percebamos de onde surgem estas novas (e historicamente mais atípicas) infeções. Podem os novos diagnósticos refletir características de ondas epidémicas antigas, que atingiram pessoas agora a entrar em fase sintomática, especialmente em grupos de idade mais avançada ou, por outro lado, refletir uma melhoria no sistema de diagnóstico precoce, atualmente mais eficaz na deteção de novas infeções? E isso, muito particularmente graças ao trabalho de raiz comunitária, como tão bem exemplifica a Coorte de Lisboa de homens que tem sexo com homens (já conhecida como a *Lisbon MSM Cohort*) ou a Rede de Rastreio Comunitária.

A coorte de Lisboa de homens que tem sexo com homens é um estudo observacional prospetivo iniciado em abril de 2011, parceria do CheckpointLX/GAT e do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, que tem vindo a recrutar uma amostra consecutiva de utentes do CheckpointLX. Este é um serviço anónimo, confidencial e gratuito para rastreio rápido do VIH dirigido a homens que têm sexo com homens e realizado por técnicos pares, que entre abril de 2011 a dezembro de 2018 realizou aproximadamente 22 mil testes a homens adultos que têm sexo com homens, tendo detetado e notificado através da ligação aos serviços de saúde mais de 700 infeções. Para a coorte são elegíveis os homens que têm um teste não reativo na sua primeira visita, com idade igual ou superior a 18 anos e que reportam já ter tido sexo com outros homens, tendo aceite o convite para participar 6971 até dezembro de 2018, mas 269 (3,9%) tiveram um resultado reativo para o VIH e por isso não elegíveis para o seguimento posterior. Dos restantes 6710 elegíveis para seguimento, 3211 (47,9%) permanecem ativos na coorte e neles detetaram-se 115 infeções novas, pelo que se estima uma incidência de 1,83 por cada 100 homens*ano. Os principais preditores da infeção VIH neste grupo foram a revelação do estatuto serológico positivo do parceiro habitual no período entre a entrada no estudo e a visita mais recente, o abandono do uso consistente do preservativo nas relações sexuais anais com parceiro habitual durante o seguimento; o diagnóstico de sífilis durante o seguimento; ter tido relações sexuais com homens VIH-positivo; ter tido um parceiro habitual VIH-positivo pelo menos uma vez durante o seguimento; e reportar persistentemente ter tido relações anais sem preservativo com parceiro ocasional. Estes dados de incidência e dos seus preditores permitem a monitorização dinâmica da infeção

VIH num cenário onde a informação prospetiva existente tem sido muito limitada e permitiram também informar os procedimentos de aconselhamento no CheckpointLX que se poderão certamente generalizar para contextos similares de risco.

A coorte tem igualmente permitido dar resposta a questões mais recentes relacionadas com ferramentas de prevenção como a PrEP. Estimámos que tinham indicação para a PrEP, de acordo com a norma portuguesa, cerca de 60% dos homens que têm sexo com homens VIH-negativos na primeira visita e observamos que mais de 80% das seroconversões aconteceram neste grupo de indivíduos com indicação para a PrEP. Este dado revela que os critérios de elegibilidade estão, de facto, a identificar os indivíduos em maior risco e que acelerar e alargar o acesso à PrEP tem o potencial de evitar um grande número de novas infeções. Para além de identificar os indivíduos com indicação para a PrEP, de acordo com os critérios da norma portuguesa, a coorte permite também estimar o conhecimento sobre esta ferramenta e o interesse em usá-la. Percebemos que o conhecimento dos homens que têm sexo com homens sobre a PrEP tem vindo a aumentar desde 2015 (altura em que este indicador foi incluído no conjunto de questões realizadas) de 21,3% para 54,6% em 2018. Já o interesse em usar a PrEP aumentou de 43,7% em 2015 para 46,1% em 2018, sendo que nesta altura 34,3% estavam indecisos sobre o uso da PrEP e os restantes cerca de 19% não estavam interessados. Entre os interessados e indecisos, quase metade preferia que esta fosse dispensada no CheckpointLX, 39% na farmácia e 12% no hospital, onde atualmente está disponível. Estes dados, que permitem um conhecimento detalhado sobre um grupo da população cujo modo de transmissão continua a registar um aumento dos casos notificados, devem informar as decisões políticas.

Após o aparecimento do CheckpointLX, a primeira estrutura de base comunitária para o rastreio e aconselhamento para o VIH em Portugal, outras estruturas com o mesmo objetivo foram implementadas em diferentes locais ao longo do país, e em agosto de 2015 foi criada a Rede de Rastreio Comunitária, que possibilitou que mais organizações pudessem começar a fornecer testes rápidos de VIH e alargar a oferta para testes rápidos de sífilis, hepatite B e hepatite C, garantindo formação aos técnicos de rastreio. Só no ano de 2018 fizeram-se na Rede de Rastreio Comunitária quase 60 mil testes distribuídos pelas 28 estruturas de base comunitária membros da Rede, sendo 16 906 para pesquisa da infeção pelo VIH, 9670 para a hepatite C, 10 059 para a hepatite B e 14 246 para a sífilis. A prevalência de testes reativos por pessoas testadas para cada uma destas infeções variou de 1,1% no caso do VIH a 2,8% no caso da sífilis. Para a hepatite B e C verificou-se uma prevalência de 2,1% e 2,4%, respetivamente. A maioria dos casos reativos aceitou a referenciação hospitalar que é proposta pelas estruturas, onde o diagnóstico das infeções é confirmado e iniciado o seguimento clínico. Das cerca de 16 800 pessoas testadas em 2018 numa destas estruturas, um quarto não pertenciam a nenhuma das chamadas populações-chave, o que significa que embora a maioria das pessoas testadas faça parte de um grupo populacional em situação de maior risco para a infeção, a infeção circula de forma mais alargada cruzando as fronteiras tradicionais do risco através de populações-ponte que é essencial estudar melhor. Na Rede de Rastreio o grupo maior é o dos migrantes, representando cerca de 47% das pessoas testadas, enquanto os utilizadores de substâncias psicoativas representaram 9,8%, os homens que têm sexo com

homens 7,6% e os trabalhadores sexuais 7,4%. É, no entanto, fácil perceber que estas categorias não são estanques e que a mesma pessoa faz parte de mais do que um grupo populacional, como mostra a figura 3.2, descrevendo dados de 2016 e 2017.

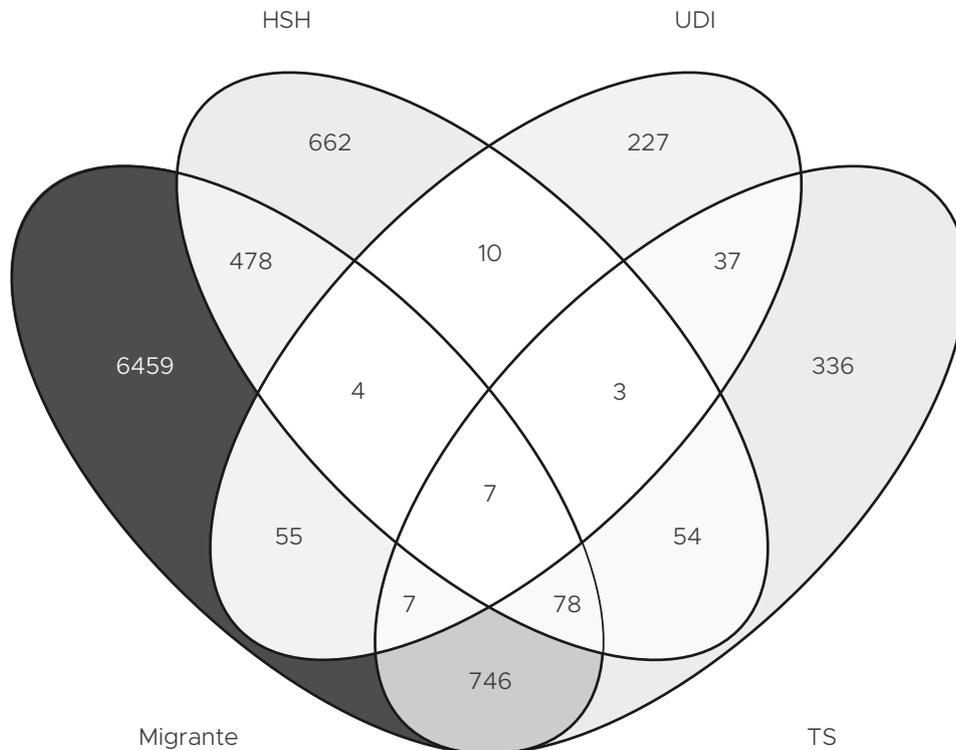


Figura 3.2 Distribuição dos indivíduos que fizeram teste numa das estruturas da Rede de Rastreio Comunitária por população-chave. Os indivíduos que não reportaram critérios para serem incluídos em nenhuma destas categorias foram excluídos.

Fonte: Rede de Rastreio Comunitária.

HSH: homem que tem sexo com homens; UDI: Utilizador(a) de drogas injetadas; TS: Trabalhador(a) sexual.

Ambas as estruturas de investigação comunitárias, simultaneamente fornecedoras de um serviço essencial e patrocinadoras de projetos de investigação singulares, têm demonstrado capacidade de chegar aos grupos prioritários, e de detetar um número considerável de novas infeções, numa abordagem próxima da comunidade e ativamente articulada com o Serviço Nacional de Saúde. São prova ainda da exequibilidade e da mais valia de desenhar e implementar investigação de qualidade em articulação com organizações não governamentais e as comunidades mais afetadas pelas epidemias. Também, ao invés de gerar processos de investigação isolados da realidade, estes processos colaborativos permitem gerar, em tempo real, informação epidemiológica única e que as estruturas administrativas da saúde pública não têm sido capazes de proporcionar, com elevada representação das comunidades mais relevantes no controlo destas epidemias. Respondem ainda, quer em termos de processo quer de conteúdo, às necessidades de vigilância em saúde e de produção científicas do país, e às necessidades sentidas no terreno, o que lhe assegura um sucesso participativo ímpar.

De salientar ainda que o desenvolvimento e melhoria da articulação entre estas estruturas e o Serviço Nacional de Saúde é possível e fundamental, e que poderá num futuro próximo caracterizar, de forma anónima quando necessário, o percurso das pessoas rastreadas em meio comunitário, desde o teste reativo, até ao seguimento clínico, podendo gerar informação relevante para avaliar constrangimentos no acesso, adesão e retenção, bem como tempos de espera, informação detalhada sobre diagnóstico precoce e tardio, entre outras. Depende só do interesse de quem gere nacionalmente a informação e da capacidade de assegurar financiamento sustentado.

3.2 PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO NO CONTÍNUO DE CUIDADOS

3.2.1 Prevenção

Com mais de um milhar de novas infeções diagnosticadas anualmente, a prevenção permanece um desafio fundamental. Globalmente, é reduzida a cobertura de prevenção no território nacional, quer no que concerne às populações-chave quer dirigida à população geral. Desconhece-se de facto uma informação essencial: quanto se investe no país em promoção da saúde e prevenção dirigida à infeção VIH!

A promoção do uso do preservativo não é presença na comunicação social com exceção de atividades em torno do dia do preservativo; as intervenções de mudança comportamental (por intermédio de aconselhamento) estão ausentes do plano nacional, e existem apenas associadas a programas de rastreio, como a Centros de Aconselhamento e Detecção VIH/SIDA, ou a organizações não governamentais e alguns centros de saúde, aos quais estão também ligados os esforços de disseminação de informação sobre a infeção.

Pelos números publicados no relatório nacional, a intervenção histórica que representa a base da prevenção, a promoção do uso do preservativo e sua distribuição gratuita junto dos grupos prioritários, pode ser insuficiente para ter impacto na transmissão, com um volume distribuído de 4 700 000 preservativos masculinos/externos e mais de 100 000 preservativos femininos/internos anualmente. No entanto, não têm sido efetuadas estimativas ou realizados inquéritos relativos à cobertura desta distribuição junto dos grupos prioritários pelo que não existe uma base de evidência sobre a qual desenhar atividades. Obter esta informação, especialmente desagregada por região e grupo, poderia permitir um ajuste dos esforços de distribuição, no sentido de garantir a cobertura adequada dos grupos prioritários nas regiões mais atingidas pela epidemia, mantendo a mesma rede de distribuição em funcionamento atualmente. Dando a oportunidade para um planeamento eficiente e uma alocação inteligente de recursos. A promoção do uso do preservativo, dada a proteção que confere contra outras infeções de transmissão sexual, não deveria estar limitada – estigmatizada até! – aos grupos prioritários para a infeção por VIH, e ser assegurada a sua distribuição consistente em território nacional junto da população sexualmente ativa, tendo as escolas como local privilegiado. Contribuir-se-á não só para reduções na incidência de VIH, como de outras infeções

sexualmente transmitidas, que representam atualmente uma preocupação maior a nível nacional e europeu.

Recentemente, o arsenal de prevenção da infeção por VIH, historicamente muito limitado, viu ser adicionada uma nova ferramenta, da qual já falamos anteriormente, a Profilaxia Pré-Exposição, de elevada eficiência na prevenção de novas infeções, que complementa a promoção do uso do preservativo, as intervenções de mudança comportamental e a profilaxia pós-exposição). A adoção da PrEP a nível global tem sido lenta, apesar dos estudos que demonstraram a sua eficácia e eficiência. A norma portuguesa que regula o acesso à PrEP foi publicada em 2017, mas o acesso na prática permanece lento, com lacunas sérias no território nacional e em termos de acesso dirigido às diferentes populações em maior risco pese embora a elevada proporção de elegíveis já acima referida entre os homens que tem sexo com homens mas desconhecida para outras populações.

3.2.2 Diagnóstico

Como referido, Portugal continua a apresentar um número anual elevado de novos diagnósticos. Mesmo com mais de 90% do número estimado de pessoas que vivem com VIH já diagnosticadas, Portugal enfrenta ainda o desafio de diagnosticar mais de 3000 casos, o que representa um número de casos por diagnosticar por 100 000 habitantes mais elevado que qualquer outro país da Europa Ocidental. É nítida a concentração dos novos casos em zonas urbanas, nomeadamente na Grande Lisboa, Grande Porto e Algarve, ainda que a região de Lisboa e Vale do Tejo tenha representado mais de 50% dos novos casos diagnosticados em 2017. Esta desigualdade na dispersão geográfica da infeção requer uma resposta também ela geograficamente sensível, o que reforça a necessidade de desagregação dos dados, não só no que concerne ao número de novas infeções, mas também em termos de dinâmica epidemiológica, a desagregação por e características sociodemográficas destes casos ao nível regional. Ou ainda a separação dos reais novos diagnósticos (incidência) da identificação no sistema português de casos que correspondem a pessoas já diagnosticadas noutros países, bem como a proporção de casos de diagnóstico precoce e tardio em cada um destes grupos, em cada região.

Reconhecendo que é nas grandes cidades que a infeção pelo VIH tem a sua expressão mais importante, representando uma elevada carga de morbilidade e concentração das populações-chave, foi lançada a iniciativa *Fast-Track Cities* ou “Cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH”, na sequência da Declaração de Paris, em 2014. Esta iniciativa resultou no estabelecimento de uma parceria mundial de cidades que se articulam com quatro entidades principais – a Associação Internacional de Prestadores de Cuidados no Âmbito da SIDA (IAPAC), o Programa Conjunto das Nações Unidas para o VIH/SIDA (ONUSIDA), o Programa específico das Nações Unidas para a Habitação e Desenvolvimento Urbano Sustentável (UN-HABITAT) e a cidade de Paris – com o objetivo de agregar múltiplos parceiros técnicos locais, nacionais e internacionais, responsáveis por traduzir os princípios da

Declaração em atividades efetivas, em direção ao controlo da infeção VIH. Desde que foi lançada, no Dia Mundial de Luta Contra a Sida (1 de dezembro) em 2014 com 26 cidades a assinar a Declaração de Paris, a iniciativa *Fast-Track Cities* conta já com mais de 250 cidades signatárias (www.iapac.org/cities). Em 29 de maio de 2017, Lisboa, Porto e Cascais, e mais tarde, a 10 de outubro de 2018, mais sete municípios portugueses – Almada, Amadora, Loures, Odivelas, Oeiras, Sintra e Portimão assinaram a Declaração de Paris através dos Presidentes das respetivas Câmaras Municipais, assumindo o compromisso de seguir essa trajetória de via rápida para acabar com a epidemia VIH em 2030, integrando o mais amplo compromisso da Agenda de Desenvolvimento Sustentável 2030. Um enorme e estimulante desafio.

No que diz respeito às estratégias de diagnóstico nacionais, encontrar-se-á em revisão e atualização a Norma 58/2011 de 28 de dezembro de 2011, atualizada a 10 de dezembro de 2014. Considerando que desde a sua criação houve alterações relevantes em termos das linhas de orientação internacionais para o rastreio e diagnóstico, esta revisão e atualização será benéfica, tal como o será a regulamentação do rastreio de base comunitária, cuja contribuição para o diagnóstico precoce tem aumentado consistentemente nos últimos anos, fruto também do investimento público nesta área.

Os projetos de rastreio financiados pela Direção Geral de Saúde reportaram ter realizado em 2017 um total de 18 392 testes, com 235 (1,28%) resultados reativos no último ano (27,1% dos 866 novos casos reportados no mesmo ano). Dados da Rede de Rastreio Comunitária, já citados, mostram o sucesso desta estratégia em chegar a pessoas com infeções não diagnosticadas, quer por VIH, quer por hepatite B e/ou C, bem como por sífilis, e reforçam a mais valia de implementar estratégias de rastreio combinadas com base comunitária, que consigam chegar às populações-chave, sendo que as quatro epidemias têm elevada expressão nas mesmas comunidades.

Ainda na ótica de maximização da eficiência do sistema de diagnóstico precoce, de referir o trabalho exímio de Portugal no diagnóstico de mulheres grávidas, cuja cobertura se aproxima dos 100%, e que permitiu a eliminação em território nacional de transmissão mãe-filho. Mas, mais de 10 anos após o movimento europeu de promoção do teste em contexto clínico não se podem esquecer as lacunas ainda existentes no rastreio de condições indicadoras, que contribuem para o elevado número de infeções diagnosticadas em estádios avançados de doença.

No que concerne ao rastreio e diagnóstico a nível nacional, e de forma a estimar adequadamente a cobertura das estratégias nacionais, seria importante perceber que fatia do total de testes representa cada estratégia específica.

Em Portugal, em 2017 foram prescritos 235 720 testes e 11 129 foram localmente efetuados nos cuidados de saúde primários, estes últimos resultando em 37 testes reativos (0,33%), bem como 9798 testes realizados na rede CAD (1,15% de proporção de resultados reativos, num total de 113 pessoas). No entanto, sabendo-se que houve 88 150 nascimentos em 2017, e considerando a frequência de repetição de testes durante a gravidez (a maioria das grávi-

das são testadas pelo menos duas vezes) os testes associados à vigilância da gravidez poderão representar mais de metade dos testes VIH efetuados nos cuidados de saúde primários, o que pode indiciar a existência de oportunidades de melhoria do sistema de oferta de testes neste contexto bem como no hospitalar, onde foi reportada a realização de 273 026 testes, para os quais a gravidez representa certamente uma proporção também considerável.

Pode considerar-se muito importante e estratégia geral prescrição de testes VIH nos cuidados de saúde primários, mas no esforço de identificar as pessoas que vivem com a infeção VIH e não estão diagnosticadas faz sentido intensificar a oferta de teste usando todas as vias possíveis, mesmo se não são esperadas elevadas proporções de positividade. A realização dos testes no local de consulta pode ser de reforçar em áreas de elevada prevalência, considerando inclusivamente eventuais desvantagens resultantes dos requisitos em termos de espaço e tempo de recursos humanos para a realização de uma sessão de teste. Complementarmente, a inclusão do rastreio para a infeção VIH em intervenções de proximidade desses cuidados, junto de núcleos populacionais com maiores dificuldades sociais e económicas fará sentido, existindo já algumas destas intervenções implementadas no terreno.

A adequada monitorização e eventual implementação de ferramentas de apoio ao rastreio de condições indicadoras (como a criação de lembretes automáticos para apoio aos médicos) poderiam ser uma medida de rápida implementação a baixo custo, que tem eficácia demonstrada internacionalmente. De sublinhar, num ângulo complementar, que muitas pessoas que vivem com infeção VIH, em seguimento médico, não são, por exemplo, rastreadas regularmente para Tuberculose ou lesões anais, o que evidencia lacunas na integração adequada do rastreio de coinfeções frequentes, que deveria também ser analisada em maior detalhe.

Naturalmente que a implementação desta estratégia está associada ao conhecimento da lista de condições indicadoras e da sensibilização dos profissionais de saúde para a oferta do teste VIH nestas condições. A diversidade geográfica e, apesar de tudo, a baixa probabilidade (felizmente!) de cada profissional de saúde não especialista encontrar uma pessoa que viva com infeção VIH, favorece a importância de ferramentas automatizadas de apoio à decisão clínica. Da mesma forma importará perceber as variações na prescrição do teste a nível regional e hospitalar, de forma a poderem ser implementadas medidas para otimizar esta estratégia.

3.3 A LIGAÇÃO AOS CUIDADOS, ADESÃO E RETENÇÃO EM TRATAMENTO NO ESFORÇO DE PREVENÇÃO

A manutenção ou aumento do número de novos casos entre homens que tem sexo com homens, bem como em migrantes e algumas faixas da população heterossexual num cenário em que apenas 8% das pessoas que vivem com a infeção VIH permanecem por diagnosticar é contraintuitiva. Num cenário de uma doença transmissível em que o número de não diagnosticados (e mais importante, de potenciais transmissores) estivesse em diminuição significativa deveria resultar uma diminuição considerável de novos diagnósticos, à medida que este conjunto diminuísse. Contudo, é preciso que pelo menos 90% das pessoas que vivem com a infeção VIH tenham supressão de carga vírica para se identificar um efeito claro na incidência. Mesmo com um número elevado de infeções diagnosticadas noutros países a ser incluída anualmente no nosso sistema de vigilância, o volume total de novos diagnósticos deveria encontrar-se idealmente numa trajetória descendente. No caso de estarmos a ser eficazes no diagnóstico de infeções recentes (parte da “epidemia ativa”), também o seu número absoluto deveria diminuir nos grupos chave, caso o impacto do sistema de diagnóstico e tratamento se fizesse já sentir nestes grupos, o que não parece suceder ao ritmo que as estimativas sugerem. Se atentarmos na população mais bem estudada em Portugal, os quase 400 novos casos de infeções em 2017 entre homens que tem sexo com homens, número que aumentará no próximo ano com a inserção de notificações atrasadas, 40% dos quais tardios apesar deste ser o grupo com a menor percentagem de diagnósticos tardios, reduzir a transmissão da epidemia nesta comunidade permanece um desafio, e parece claro que são necessárias respostas adicionais e certamente originais. Noutras populações-chave o desconhecimento da realidade dificulta ainda mais qualquer atividade de previsão e intervenção convenientemente programada.

Verificamos um volume de novos diagnósticos relativamente estável nos últimos 5 anos. Se por um lado este número pode indiciar maior eficiência do sistema de diagnóstico implementado no nosso país, ao olharmos para as estimativas do número de pessoas que vivem com a infeção VIH, atualmente de 38 959, o número absoluto de novos diagnósticos pode indiciar uma subestimação desse total. Tendo em conta a informação estatística nacional oficial, o grupo de pessoas que vivem com a infeção VIH e não diagnosticadas será de cerca de 3250 mas o conjunto de potenciais transmissores será de 10 952 pessoas. Os potenciais transmissores incluem, para além das pessoas não diagnosticadas, as pessoas diagnosticadas mas não em tratamento (n=4709) e as pessoas em tratamento mas com carga vírica não suprimida (n=2993). Estes números mostram-nos não só um volume de potenciais transmissores significativamente mais elevado do que na maioria da restante região Europeia como dão nota de uma perda considerável de pessoas do momento do diagnóstico até ao início do tratamento e de pessoas em tratamento, mas sem carga vírica suprimida. Se neste segundo caso o que se verifica pode estar ligado à ausência de uma análise de carga vírica recente, resultando em cenário mais preocupante do que a realidade, importa ter informação mais detalhada a este respeito, pois Portugal, apesar de algumas dificuldades, tem vindo a introduzir todas as inovações terapêuticas disponíveis, e por isso o terceiro 90 da política dos 90-90-90 deveria ser facilmente atingível.

Igualmente, importa analisar com atenção a informação relativa às pessoas que vivem com VIH em seguimento médico (quer em tratamento, quer perdidas de vista no sistema). Verificamos, quer pelos dados publicados no último relatório do Instituto Nacional de Saúde, quer do reporte efetuado ao ECDC no âmbito da monitorização da Declaração de Dublin, que é entre o diagnóstico e o início do tratamento que parece estar a maior dificuldade da resposta nacional, em termos de números absolutos, mesmo após a remoção de migrantes e óbitos, acima mencionada.

Da experiência reportada de organizações de base comunitária, muitas das pessoas rastreadas em contexto de proximidade, e membros dos grupos mais atingidos pela epidemia no nosso país, enfrentam dificuldades várias no acesso aos serviços de saúde, que diminui a retenção nos cuidados. Pelos dados oficiais verificamos que 4709 (13%) pessoas diagnosticadas não se encontram em tratamento. Com as linhas de orientação adotadas no nosso país para início imediato de tratamento (“Testar e tratar”), este número dever-se-á maioritariamente a abandono do sistema ou do processo de tratamento em si.

De forma a abordar adequadamente este fenómeno, seria desejável a produção de conhecimento mais aprofundado sobre as características destas pessoas, nomeadamente que permita identificar determinantes de abandono de seguimento e de abandono terapêutico (retenção nos cuidados, e adesão terapêutica). Dadas as características da epidemia no nosso país será provável que neste número estejam sobre-representados alguns dos grupos mais atingidos pela infeção, tal como as pessoas social e economicamente mais desfavorecidas e menos informadas. De informação empírica, da Rede de Rastreo Comunitária, há relatos de situações de abandono em áreas geográficas e entre estratos da população que enfrentam maiores dificuldades económicas (nomeadamente na margem Sul do Tejo), bem como relacionados com barreiras linguísticas (nomeadamente comunidades migrantes de países africanos, mesmo se de língua oficial portuguesa) ou administrativas.

Apesar do largo investimento no programa SI.VIDA, o sistema de recolha clínica de informação, parece ainda não estar em pleno funcionamento (ou utilização), o que dificulta a análise e publicação de informação detalhada sobre as pessoas em seguimento médico, e impossibilita a resposta há tanto desejada a muitas das questões listadas. De referir que a utilização correta e adequada deste sistema deveria ser garantida, e deveríamos idealmente caminhar para um processo simples de notificação automática redundante e integrador de fontes variadas que reduziria o ainda significativo atraso nas notificações, e permitiria uma análise por menorizada da coorte de doentes em tratamento no nosso país, tornando possível avaliar e incrementar a eficiência do sistema numa política de transparência da informação.

3.4 ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO – SERÁ POSSÍVEL O ZERO?

Uma última referência para uma questão essencial mas frequentemente esquecida e ainda de grande relevância: o estigma e a discriminação. Falamos aqui não apenas daquele ligado ao VIH, cujos únicos dados nacionais remontam a 2013, ao Stigma Index Portugal, e revelaram, já então, uma realidade com grande margem de melhoria para a qual, até hoje, não houve implementação de qualquer resposta. Com a adesão de Portugal, junto da ONUSIDA, à iniciativa para a atingir zero estigma, existe pelo menos o compromisso político de desenhar estratégias para minimizar esta realidade.

Sem informação generalizada sobre a infeção VIH, muito do conhecimento que circula na comunidade geral está ultrapassado do ponto de vista científico contribuindo para e atitudes e práticas discriminatórias, mesmo na administração pública (como aconteceu em recente concurso para guardas florestais), e em particular no Sistema de Saúde, como é visível nos resultados do “Stigma Index” ou do estudo Respect, realizado no âmbito do projeto Europeu “OptTest”. Se na população geral a ausência de ações com visibilidade mediática e de educação sexual serão, provavelmente, fatores determinantes na formação destas atitudes e comportamentos, na força de trabalho da saúde e outros setores da administração pública valeria a pena um investimento estruturado para contrariar estereótipos e preconceitos, e disseminar em continuidade informação cientificamente válida. O estigma não se limita, no entanto, ao VIH. As atitudes e preconceitos ligados aos utilizadores de drogas, às pessoas que fazem trabalho sexual, e a muitas comunidades migrantes e minorias étnicas continuam a contribuir para afastar estas comunidades dos sistemas públicos de resposta, e tem sido apenas através da colaboração entre o setor público e o terceiro setor que muitos dos resultados obtidos no nosso país no controlo desta epidemia têm sido conseguidos. Importa não só investir nessas colaborações, como entender quais os fatores ou os modelos que produzem resultados na prevenção, diagnóstico, ligação e retenção nos cuidados de saúde, e os implementar os à escala necessária, caso queiramos de facto atingir as metas com que estamos comprometidos.

3.5 REFERÊNCIAS

1. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, *et. al.*. Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *JAMA*, 316 (2016), pp. 171-181
2. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, *et. al.*. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER2): final results of a multicentre, prospective, observational study. *Lancet* (2019) published online May 2. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30418-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30418-0)

3. Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration. Survival of HIV-positive patients starting antiretroviral therapy between 1996 and 2013: a collaborative analysis of cohort studies. *Lancet HIV*, 4 (2017), pp. e349-e356
4. Bavinton BR, Pinto AN, Phanuphak N, *et. al.*. Viral suppression and HIV transmission in serodiscordant male couples: an international, prospective, observational, cohort study. *Lancet HIV*, 5 (2018), pp. e438-e44
5. Brown AE, Hayes R, Noori T, Azad Y, Amato-Gauci AJ, Pharris A, Delpech VC, the ECDC Dublin Declaration Monitoring Network. HIV in Europe and Central Asia: progress in 2018 towards meeting the UNAIDS 90-90-90 targets. *Euro Surveill*. 2018;23(48):pii=1800622. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2018.23.48.1800622>
6. Departamento de Doenças Infeciosas. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Programa Nacional para a Infeção VIH, SIDA e Tuberculose – Direção-Geral da Saúde (colaboração). Infeção VIH e SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2016. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2017.
7. Departamento de Doenças Infeciosas. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Programa Nacional para a Infeção VIH, SIDA e Tuberculose – Direção-Geral da Saúde (colaboração). Infeção VIH e SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2017. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge; 2018.
8. European Centre for Disease Prevention and Control. Public health guidance on HIV, hepatitis B and C testing in the EU/EEA – An integrated approach. Stockholm: ECDC; 2018
9. Fauci AS, Redfield RR, Sigounas G, Weahkee MD, Giroir BP. Ending the HIV Epidemic: A Plan for the United States. *JAMA*. Published online February 07, 2019;321(9):844–845. doi: 10.1001/jama.2019.134
10. Ministério da Saúde - Direção-Geral da Saúde. Infeção VIH e SIDA - Desafios e Estratégias 2018. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2018
11. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva, WHO, 2015
12. Simões D, Freitas R, Rocha M, Meireles P, Aguiar A, Barros H: Community Based Screening Network: Combined HIV, Hepatitis and Syphilis Testing and Monitoring – A community led partnership in Portugal (Malta, HEPHIV 2017)
13. Simões D and Freitas R for OptTEST by HIV in Europe. Meeting Report: National Stakeholder Meeting on Implementation of HIV test in Primary Care & Linkage to Care in Portugal. Portugal, 2017.
14. Despacho n.º 4835/2017. Diário da República, 2.ª série — N.º 107 — 2 de junho de 2017
15. Decreto-Lei n.º 131/2017. Diário da República n.º 195/2017, Série I de 2017-10-10

16. Direção Geral de Saúde. Norma 025/2017, de 28/11/2017, atualizada a 25 de Maio de 2018. Publicação do Departamento da Qualidade na Saúde e do Programa Nacional para a Infeção VIH, SIDA e Tuberculose e da Ordem dos Médicos
17. Meireles P, Lucas R, Carvalho C, *et. al.*. Incident risk factors as predictors of HIV seroconversion in the Lisbon cohort of men who have sex with men: first results, 2011–2014. *Euro Surveill.* 2015;20(14):pii=21091. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES2015.20.14.21091>
18. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, *et. al.*. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy *N Engl J Med*, 365 (2011), pp. 493-505
19. SER+, GNP+ (2014). Avaliação do Índice de Estigma das PVV em Portugal. Lisboa: SER+
20. Sullivan AK, Raben D, Reekie J, *et. al.*. Feasibility and effectiveness of indicator condition-guided testing for HIV: results from HIDES I (HIV indicator diseases across Europe study). *PLoS One.* ;8(1):e52845. doi:10.1371/journal.pone.0052845

CAPÍTULO 4

SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL

DANIEL GOMES¹

MARTA ESTRELA¹

PEDRO LOPES FERREIRA^{1,2}

TERESA HERDEIRO³

1 | Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

2 | Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

3 | Departamento de Ciências Médicas, Instituto de Biomedicina - iBiMED, Universidade de Aveiro

SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL

4.1 AS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL

Daniel Gomes, Marta Estrela, Pedro Lopes Ferreira

4.1.1 Introdução

A doença mental constitui um problema de saúde pública devido a todo o seu impacto e, como tal, as políticas de saúde mental são essenciais para determinar a melhor forma como se devem alocar os recursos no sentido de proporcionar aos doentes os melhores serviços de saúde mental possíveis. A criação de políticas de saúde mental não é necessária exclusivamente devido ao seu impacto económico, mas também a toda a influência que a doença mental tem em termos sociais. As políticas de saúde mental não devem, no entanto, ser vistas como um problema isolado, mas sim enquadradas com as políticas de saúde no seu todo, particularmente em termos de orçamentação, integração nos sistemas de informação, recursos humanos, etc...⁽¹⁻³⁾

Os transtornos mentais são altamente prevalentes e estão associados tanto à incapacidade quanto à mortalidade prematura, sendo que as pessoas diagnosticadas com transtornos mentais graves vivem, em média, 20 anos a menos em comparação com a população em geral. No entanto, quem sofre de doença mental não morre necessariamente da própria doença, mas sim de complicações associadas. Por exemplo, as pessoas com depressão major e esquizofrenia têm uma probabilidade 40% a 60% superior de morrer prematuramente do que a população em geral, devido a problemas físicos de saúde que muitas vezes não são tratados como cancro, doenças cardiovasculares, diabetes e infeção pelo HIV^(4,5).

A depressão constitui 4,3% da carga global de doenças e está entre as maiores causas de incapacidade em todo o mundo (11% de todos os anos vividos com incapacidade globalmente). As consequências económicas associadas a estas perdas são igualmente preocupantes: estima-se que o impacto global cumulativo dos transtornos mentais em termos de perdas de produção económica será de quase 15 milhões de milhões de euros entre 2011 e 2030⁽⁵⁾.

Os transtornos mentais são altamente prevalentes na Europa e têm um impacto muito significativo na vida dos indivíduos, na sociedade e na economia, representando 22% da carga de incapacidade da UE, medida em Anos de Vida com Deficiência (YLD). Os custos financeiros globais dos transtornos mentais, incluindo custos médicos diretos e indiretos através de cuidados e perda de produtividade, chegam a mais de 450 mil milhões de euros por ano na UE⁽⁶⁾.

Se já na Europa, de forma generalizada, a prevalência de doenças mentais é preocupante, em Portugal os números não são melhores: 23,8% dos anos vividos com incapacidade do total de todas as doenças correspondem às doenças mentais e do comportamento. Portugal apresenta uma prevalência significativamente elevada no contexto da Europa, sendo que, segundo o Estudo Nacional de Saúde Mental, quase um quarto das pessoas entrevistadas (22,9%) cumpria os requisitos mínimos para o diagnóstico de uma perturbação psiquiátrica^(7,8).

Os vários estudos realizados a nível mundial, europeu e nacional ao longo dos anos têm permitido conhecer a saúde e a doença mental de forma muito mais próxima e em diversas vertentes. Os avanços conseguidos com os estudos sobre a prevalência e a carga das doenças mentais e dos estudos sobre os determinantes sociais da saúde mental das populações auxiliaram a compreender de que forma as doenças mentais afetavam a população; os estudos epidemiológicos que permitiram uma visão muito mais rigorosa e detalhada do *treatment gap* das doenças mentais; e a investigação realizada dentro dos serviços de psiquiatria ajudou não só a obter melhor evidência sobre a efetividade das abordagens clínicas e modelos de cuidados de saúde mental, mas também a moldar a forma de se pensar as políticas de saúde mental e a compreender as barreiras à implementação das políticas e dos serviços de saúde mental.

A saúde mental tem sido, ao longo das últimas décadas, alvo de maior interesse político, tanto a nível mundial, como a nível europeu e nacional. Desde o início da década de 90, com a Declaração de Caracas de Saúde Mental e Direitos Humanos (1990) e o Relatório Mundial de Saúde Mental (1995), a preocupação com os direitos humanos e a necessidade de melhorar os cuidados de saúde mental têm crescido significativamente. Em 2001, pela primeira vez, a Organização Mundial de Saúde destacou a saúde mental e forneceu orientações práticas aos formuladores de políticas. Adicionalmente, a OMS forneceu ainda, pela primeira vez, indicadores sobre serviços e sistemas de saúde mental⁽⁹⁾.

A Comissão Europeia adotou, em 2005, o Livro Verde “Melhorar a saúde mental da população: Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia”, o que lançou o debate com as instituições europeias, governos, profissionais de saúde, partes interessadas de outros sectores, sociedade civil, incluindo organizações de doentes e a comunidade de investigação sobre a relevância da saúde mental para a UE, a necessidade de uma estratégia a nível da UE e as suas possíveis prioridades⁽⁶⁾.

Em 2007 a Lancet publicou a primeira série Global de Saúde Mental, enfatizando os grandes níveis de *treatment gap* para transtornos mentais e exprimiu a importância de ampliar os serviços de saúde mental, considerando a evidência relativa ao custo-efetividade das intervenções e o respeito pelos direitos humanos. Nesse mesmo ano, foi ainda criado o Movimento pela Saúde Mental Global e foi adotada e rapidamente assinada pela maioria dos países a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, entrando em vigor no ano seguinte. Esta Convenção promove, protege e assegura o pleno e igual usufruto de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência⁽⁹⁾. Em 2008, foi lançado numa conferência de alto nível da UE, em Bruxelas, o Pacto Europeu para a Saúde Mental e o Bem-Estar foi lançado numa conferência de alto nível da UE⁽⁶⁾.

Em 2011, os Grandes Desafios da Saúde Mental Global, o mais abrangente exercício de definição de prioridades para orientar a pesquisa em saúde mental global, identificaram as questões de implementação como a principal prioridade, inaugurando uma onda de novos recursos para a pesquisa global em saúde mental, sendo que dois anos depois foi adotado o Plano de Ação de Saúde Mental da OMS e em 2015 a promoção da saúde mental e a prevenção de transtornos mentais foram reconhecidos como Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável⁽⁹⁾.

O Plano de Ação de Saúde Mental foi dos documentos mais importantes nesta última década, não só por ter sido adotado com o mais alto nível de comprometimento político de todos os 194 ministros da saúde da Assembleia Mundial da Saúde, mas também por identificar claramente os objetivos, as ações, os indicadores e as metas na área da saúde mental global para os oito anos subsequentes. Este Plano define quatro grandes objetivos:

1. Fortalecer a efetividade da liderança e governança no contexto da saúde mental.
2. Oferecer serviços de saúde mental e sociais abrangentes e integrados em contextos comunitários.
3. Implementar estratégias de promoção e prevenção em saúde mental.
4. Fortalecer os sistemas de informação, evidência e investigação em saúde mental^(4,5).

Também em 2013, a nível europeu, iniciou-se a Ação Conjunta de Saúde Mental e Bem-Estar (JA MH-WB), que envolveu 25 Estados-Membros, a Islândia e a Noruega. Esta ação conjunta baseou-se em trabalhos anteriores desenvolvidos no âmbito do Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar e tinha como objetivo contribuir para a promoção da saúde mental e do bem-estar, a prevenção de transtornos mentais e a melhoria dos cuidados e inclusão social das pessoas com transtornos mentais na Europa, sendo o objetivo principal a construção de um quadro de ação na política de saúde mental a nível europeu⁽⁶⁾.

Já em 2016 a saúde mental foi reconhecida pela OMS e pelo Banco Mundial não apenas como uma prioridade de saúde global, mas como uma prioridade de desenvolvimento global. Em 2018 a *Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development* publicou um relatório que propõe uma reformulação da saúde mental para abordar simultaneamente as lacunas de prevenção e qualidade juntamente com o *treatment gap*, com o fim de reduzir a carga global de transtornos mentais, sendo realizada uma análise à luz dos desenvolvimentos científicos mais marcantes e dos processos de desenvolvimento global, da evolução das políticas e serviços de saúde mental nas últimas décadas e das propostas mais inovadoras a nível mundial⁽⁹⁾.

Um dos grandes focos nas políticas de saúde mental na atualidade consiste no desenvolvimento de serviços de saúde mental na comunidade, uma vez que os cuidados na comunidade não só contribuem para a melhoria no acesso aos serviços, mas também à satisfação dos utentes, à adesão ao tratamento, à diminuição da estigmatização e à proteção dos direitos humanos. Adicionalmente, os cuidados de saúde mental na comunidade facilitam ainda a intervenção precoce e a reabilitação psicossocial, possibilitando uma colaboração integrada com os serviços sociais e cuidados de saúde primários e uma observação holística do estado de saúde e do enquadramento psicossocial do utente⁽¹⁻³⁾.

4.1.2 A Saúde Mental antes da 2.^a Guerra Mundial

Durante a maior parte do século XIX, o denominado manicómio ou asilo de alienados foi o único instrumento de assistência existente em Portugal. Os doentes eram distribuídos pelas cinco secções ‘agitados’, ‘tranquilos’, ‘imundos’, ‘lúcidos’ e ‘sociáveis’⁽¹⁰⁾.

As primeiras medidas associadas à institucionalização psiquiátrica surgiram em Portugal por volta dos anos 1880, em que também surgiram os primeiros esforços para a institucionalização da psiquiatria, a divulgação da ciência psiquiátrica e a formação de escolas médicas^(11,12).

Embora os primeiros esforços tenham surgido ainda no século XIX, Portugal não acompanhou a evolução do pensamento europeu, sendo que apenas em 1909 se iniciou efetivamente a luta que havia começado três décadas antes, com a apresentação de um Projeto de Lei de Proteção aos Alienados pelo deputado Miguel Bombarda. Este documento não só contemplava tópicos como a liberdade dos internados, a fortuna dos alienados e as obrigações das pessoas que têm doentes à sua guarda, mas também a prevenção e punição de maus tratos sobre doentes, abusos sexuais e internamentos arbitrários^(12,13).

Após a Implantação da República surgiu o decreto de 11 de maio de 1911 sobre a “Assistência aos Alienados”. Este documento, da autoria de Júlio de Matos, autorizava o governo a edificar sete novos manicómios e dez colónias agrícolas⁽¹⁴⁾. Dezasseis anos depois, Sobral Cid defendia a transformação dos asilos em organismos diferenciados de assistência que tivessem em consideração a terapêutica, a profilaxia e a revalorização social do paciente.

4.1.3 A Saúde Mental a partir da segunda metade do Século XX

Após o termo da 2.^a Guerra Mundial, dado o impacto que daí resultou para o reconhecimento dos Direitos Humanos e do início da utilização de alguns psicofármacos com eficácia terapêutica comprovada, nos anos 50, só no início da década de 60 surgiram as críticas ao modelo manicomial e às formas de tratamento a pessoas com doença mental, em consonância com os movimentos sociais então emergentes⁽¹⁵⁾.

Verificou-se assim ser necessária uma transição nos modelos tradicionais de saúde mental, em moldes institucionais, para modelos baseados na comunidade, socialmente inclusivos, privilegiando os cuidados ambulatoriais. O início da abordagem da saúde mental em termos legais iniciou-se em 1963, com a Lei da Saúde Mental (Lei 2118), tendo a promulgação desta lei determinado a criação de centros de saúde mental nos diversos distritos⁽¹⁾.

Com esta Lei, iniciou-se oficialmente a renovação psiquiátrica, sendo que as políticas fundamentais incidiam na continuidade dos cuidados, na facilidade de acesso sem discriminação e na implicação da comunidade onde vive a pessoa com transtorno mental^(15,16).

Esta lei, considerada avançada para a época, abarcava questões como a promoção de saúde mental, a prevenção, o tratamento e a reabilitação da doença mental. Foi com esta lei que se tornou possível alcançar avanços importantes na descentralização dos cuidados de saúde mental. Ainda assim, a falta de regulamentação da Lei fez com que a maioria dos procedimentos relativos ao internamento compulsivo e ao regime fechado nunca chegassem a ser postos em prática, continuando o internamento psiquiátrico contra a vontade e sem qualquer base legal a ser prática comum até aos anos 90⁽⁷⁾.

Em 1964, com o Decreto-lei 46102, de 23 de Dezembro, foram criados os centros de saúde mental previstos na base VIII da Lei de Saúde Mental. Esta lei determinava que estes deveriam ser integrados em estabelecimentos hospitalares já existentes em Lisboa, Porto e Coimbra, tivessem autonomia técnica e funcionassem sem prejuízo da estrutura administrativa dos referidos estabelecimentos⁽¹⁷⁾.

4.1.4 A Revolução dos Cravos e vinte anos de inércia

Após a Revolução dos Cravos em 1974, a aplicação do Decreto-Lei 413/71, de 27 de setembro, que reajustava a orgânica dos serviços do Ministério da Saúde e Assistência aos princípios definidos no Estatuto da Saúde e Assistência constantes na Lei 2120, de 19 de Julho de 1963, acabou por ser comprometida devido às mudanças políticas, principalmente no que concerne à integração dos cuidados psiquiátricos nos cuidados de saúde primários. Evidenciou-se, assim, a necessidade de se democratizar o acesso à saúde mental, sendo que foi em 1984, não esquecendo a importância da criação do Serviço Nacional de Saúde em 1979, que se retomaram as discussões de associar a saúde mental à saúde primária, com a criação da Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental^(15,18,19).

O período de 1984 a 1990 é conhecido pela criação e desenvolvimento de uma rede de serviços psiquiátricos integrados, a partir de importantes planos de saúde mental desenvolvidos em 1985 e 1988, reestruturando os Centros de Saúde Mental. Estes centros, inseridos em várias áreas geográficas, responsabilizavam-se pela prestação de atendimento desde a fase do tratamento à reabilitação. Facilitou-se assim a formulação de uma nova política nacional de saúde mental^(15,19).

Contudo, esta reestruturação foi interrompida em 1990, devido à mudança de governo, com resultados negativos no sentido de desenvolver cuidados em comunidade⁽¹⁹⁾. Em 1992, com o Decreto-Lei 127, de 3 de julho, os serviços de saúde mental passaram a ser integrados nos serviços de saúde geral. Os Centros de Saúde Mental e Centros de Saúde Mental Infanto-Juvenil, criados ao abrigo do Decreto-Lei 46102/64, de 24 de dezembro, foram entretanto integrados nos serviços de 24 hospitais gerais e distritais que passaram a oferecer departamentos e urgências psiquiátricas^(15,17). Esta medida foi, contudo, contestada por associações que envolviam psiquiatras e outros profissionais, argumentando que a psiquiatria nos hospitais gerais constituía um retrocesso, uma vez que reforçava a institucionalização. No entanto, a classe que contestou esta integração aceitou que os grandes hospitais psiquiátricos conti-

nuassem a existir. Dados os conflitos gerados com a ideia de adesão descentralizadora, a iniciativa acabou por não acontecer, uma vez que não houve uma disseminação eficaz entre os utentes e seus familiares, bem como entre profissionais^(15,20).

Não obstante a resistência, a década de 1990 foi das mais importantes na evolução das políticas em saúde mental em Portugal. Foram criadas várias leis que procuravam valer o que era mais vantajoso e adequado nos cuidados à pessoa com doença mental, que não só procuravam a integração de cuidados, como também a aproximação da psiquiatria à comunidade^(1,15).

O ano de 1994 foi marcado pela nomeação de uma Comissão para o Estudo da Saúde Mental (CESM) pelo Diretor-Geral da Saúde. Desta comissão, no ano seguinte, surgiu um relatório denominado “Princípios de Organização dos Serviços de Saúde Mental – Saúde Mental: Proposta de Mudança”, que propunha que os princípios organizacionais que deveriam estar contidos em todos os serviços de saúde mental incluíam:

- A sectorização, que garantisse a responsabilização pelos cuidados prestados em cada unidade geodemográfica;
- A continuidade de cuidados e o seu desenvolvimento a nível da comunidade (com evidência científica da sua efetividade)⁽²¹⁾;
- A diversificação e coordenação dos dispositivos que integram a rede de serviços de cada sector;
- A articulação funcional dos serviços especializados de saúde mental com os outros serviços de saúde;
- A reestruturação da hospitalização psiquiátrica, hospitalizando os doentes agudos nos hospitais gerais e na criação de dispositivos facilitadores da reabilitação e desinstitucionalização dos doentes de evolução prolongada;
- O envolvimento de pacientes, famílias e outras entidades da comunidade nos cuidados de saúde mental^(1,20).

Com estas medidas, redesenhou-se uma nova política de saúde mental em Portugal. Todas as tentativas que se seguiram tiveram em conta estas proposições e as iniciativas passaram a ser tomadas no sentido de aproximar e integrar a saúde mental nos serviços de saúde geral⁽²⁰⁾.

No sentido de distribuir os atendimentos pelo país, agregaram-se os interesses para que descentralizassem os serviços, levando cuidados a toda a população. As propostas do modelo organizacional previram a criação de dispositivos de saúde mental nas unidades de saúde para uma área geodemográfica de 250 000 habitantes, de unidades de saúde mental infanto-juvenis nas unidades de saúde, bem como de serviços a nível regional capazes de apoiar os serviços locais inseridos em cada unidade de saúde, e os Centros Regionais de Alcoologia⁽²⁰⁾.

4.1.5 1998: Uma nova lei de Saúde Mental

Em 1998 foi aprovada uma nova Lei da Saúde Mental (Lei 36/98, de 24 de julho), que passou a regular o internamento compulsivo e a determinar que a prestação de cuidados fosse promovida prioritariamente ao nível da comunidade. Foram ainda valorizadas unidades de reabilitação, no cenário da saúde mental, estruturas residenciais para doentes de evolução prolongada e estruturas para formação e reinserção profissional. Foi apenas neste ano que se oficializou a necessidade da criação de uma rede diversificada e articulada, com a colaboração interministerial e das organizações sociais comunitárias. Esta articulação promoveu um debate sobre as contradições e as fragilidades do sistema^(15,20,22). Associada a esta nova lei da Saúde Mental, o Decreto-Lei 35/99 veio estabelecer os princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de psiquiatria e saúde mental⁽¹⁹⁾.

Esta lei divide-se em dois capítulos. O primeiro, desenvolvido por um grupo de trabalho nomeado por um despacho da Ministra da Saúde de 8 de outubro de 1996, além de enunciar os objetivos, os princípios gerais da política, a criação do Conselho Nacional de Saúde Mental, define, pela primeira vez, os direitos e deveres do utente, aplicando aos utentes dos serviços de saúde mental, todos os da generalidade dos utentes dos serviços de saúde, acrescentando-lhes alguns específicos. Quanto ao segundo capítulo, desenvolvido por outro grupo nomeado pelo despacho conjunto 7/96, de 23 de agosto, dos Ministros da Justiça e da Saúde, regula o internamento compulsivo de portadores de anomalia psíquica, designação utilizada nos textos do Direito Civil e Penal⁽²²⁻²⁴⁾.

Ficou assim legislado que o internamento compulsivo, ou seja, por decisão judicial confirmatória de uma avaliação clínica, seja ativado em casos de anomalia psíquica grave que crie uma situação de perigo iminente de bens jurídicos, próprios ou alheios, e se recuse submeter ao necessário tratamento médico. Para além disso, sendo uma medida que impõe a restrição da liberdade do portador de anomalia psíquica – razão pela qual houve que, previamente, alterar o art.º 27.º da Constituição da República –, este internamento só deverá ser aplicado na impossibilidade de qualquer outro tipo de tratamento que não atente contra a liberdade do indivíduo. Nas restantes situações, fica priorizado o modelo do consentimento informado, derivado diretamente pelo princípio da autonomia⁽²²⁻²⁴⁾. A legislação pecava, contudo, por não incluir as questões relacionadas com a tutela dos utentes, a acreditação das estruturas e os mecanismos para aplicar esta mesma legislação⁽¹⁹⁾.

Como mencionado inicialmente, esta nova lei e a legislação subsidiária vieram impor o modelo comunitário na regulação da saúde mental em Portugal, modelo este valorizado pela OMS, pela União Europeia e pelas Nações Unidas. Pretendeu-se, assim, a descentralização dos serviços de prestação de cuidados, a desinstitucionalização, o combate ao estigma e pela reintegração⁽²⁴⁾.

No entanto, em termos práticos, esta integração na comunidade desresponsabilizava os hospitais, sem que essa responsabilidade fosse transferida para qualquer estrutura comunitária para o cuidado dos doentes e assistência dos respetivos familiares. Nesse sentido, também

em 1998, a partir de um despacho do Ministério do Trabalho e Solidariedade e da Saúde (Despacho Conjunto 407/98, de 18 de Junho), criaram-se dispositivos socio-ocupacionais e residências, no âmbito da desinstitucionalização e inserção comunitária. Para além disso, o governo permitiu a criação de programas no âmbito do mercado social de emprego para uma inserção de maior sucesso na sociedade^(20,23).

Neste novo contexto, torna-se possível, com o apoio da família e da comunidade, não só o controlo das anomalias psíquicas, como da reinserção social e profissional dos mesmos⁽²⁴⁾.

Esta reforma dos serviços de saúde mental, agora de base comunitária com a criação de novos departamentos neste foro restringiu-se apenas à região de Lisboa. Por isso, tornou-se necessário desenvolver um plano nacional para expandir estas reformas para o resto do país⁽¹⁹⁾.

4.1.6 Hoje: o Plano Nacional de Saúde Mental e a sua extensão

De forma a colocar a saúde mental na agenda da saúde portuguesa, a Direção Geral da Saúde publicou, em 2004, a Rede de Referência de Psiquiatria e Saúde Mental, promoveu a realização de conferências, assim como passou a incluir a saúde mental no Plano Nacional de Saúde⁽¹⁹⁾.

A par do desenvolvimento de iniciativas da OMS, como a publicação do Relatório Mundial de Saúde, e da preocupação crescente no que concerne aos cuidados de Saúde Mental em Portugal, foi criada a Comissão Nacional para a Saúde Mental em 2006, cujo objetivo era, não só averiguar a situação da prestação de cuidados de saúde mental, mas também criar um plano que reestruturasse e desenvolvesse estes serviços e apresentar recomendações para a sua implementação^(1,19).

Para averiguar a situação da prestação de cuidados, foi necessário recolher todas as informações disponíveis relativamente às necessidades da população e da prestação dos cuidados. Para além disso, foram desenvolvidos diversos estudos: sobre a qualidade dos serviços, o acesso aos serviços de urgência psiquiátrica, integração dos serviços de saúde mental nos hospitais gerais e avaliação da investigação em saúde mental em Portugal. Estes estudos foram fundamentais para obter informação relevante para desenhar novos modelos nos cuidados de saúde mental, e compreender as suas limitações. Por fim, todos os interessados foram consultados pela Comissão, como utentes, familiares, ONG's, etc.^(19,21). Posteriormente, a Comissão desenvolveu, nesse sentido, um relatório para reestruturação dos serviços de saúde mental, com as recomendações necessárias para, então, desenvolver um plano nacional⁽²¹⁾.

Surgiu assim, em 2008, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros 49/2008 o Plano Nacional da Saúde Mental 2007-2016 (PNSM), na linha das orientações da OMS e de outras organizações internacionais com ação nas questões da saúde mental, associada a uma Coordenação Nacional de Saúde Mental e unidades de coordenação regionais⁽¹⁹⁾. Os valores deste plano consistiam essencialmente no facto da saúde mental não ser separada da saúde em geral, na preferência pelos cuidados de saúde mental na comunidade, na proteção dos direitos

humanos de quem sofre de perturbações mentais e na coordenação e integração de cuidados⁽¹⁾. Com os seus valores bem definidos, o PNSM definiu as suas áreas de ação estratégica e respetivos objetivos, condensados na tabela seguinte⁽²⁵⁾:

Tabela 4.1 Áreas de ação estratégica e respetivos objetivos.

Áreas	Objetivos
Organização dos serviços de saúde mental de adultos	Completar a rede nacional de Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM) e promover a diferenciação dos cuidados prestados por estes serviços, desenvolver serviços e programas para a reabilitação e desinstitucionalização de Doentes Mentais Graves (DMG) e os Serviços Regionais de Saúde Mental (SRSM), assim como coordenar a reestruturação dos hospitais psiquiátricos.
Organização dos serviços de psiquiatria e saúde mental da infância e adolescência	Prestação de cuidados a três níveis: Cuidados de Saúde Primários, serviços especializados de nível local e serviços especializados de nível regional e formação avançada a profissionais.
Saúde mental e cuidados de saúde primários	Definir o que é da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários e aquilo que é dos cuidados psiquiátricos especializados e criar um projeto transversal nestes cuidados.
Articulação intersectorial	Com atividades de reabilitação psicossocial, Promoção da Saúde Mental e a Prevenção das Perturbações Mentais, na prevenção e tratamento dos problemas associados ao abuso de álcool e drogas. Assim como a nível de cuidados a grupos vulneráveis (como sem-abrigos) e com a Justiça, em caso de doentes inimputáveis.
Financiamento e gestão	O estabelecimento de um orçamento nacional para a saúde mental.
Sistemas de informação	Sistema de informação que proporcione os meios mais adequados para suporte à tomada de decisão e à ação.

No geral, a implementação deste Plano levou a uma redução de 40% do número de institucionalizados em hospitais psiquiátricos, com o encerramento do hospital mais antigo desta área, assim como a desativação de outros hospitais. Para além disso, foram criados serviços nesta área nos hospitais gerais e na comunidade, associados à formação de profissionais, com particularidade para o desenvolvimento de novas unidades e rede de referência na saúde mental infantil e na adolescência. Também se verificou a criação de serviços de cuidados continuados integrados de saúde mental e programas residenciais e, por fim, o apoio a sem-abrigo e jovens com problemas sociais sempre em cooperação com outros ministérios⁽²⁶⁾.

Não obstante a existência do PNSM e das estratégias europeias e internacionais, relatórios do presente ano revelam que em Portugal a prevalência de doenças mentais de período igual ou superior a 12 meses é de 21,0%⁽²⁷⁾, mais de 80% dos utentes recorre a um médico de família para consultas de saúde mental, mas apenas 15% recorre a médicos psiquiatras e 9% a psicólogos⁽²⁸⁾. Em 2016 existiam 1613 profissionais de saúde mental nos serviços públicos de adultos e apenas estavam integrados no SNS 262 psicólogos. Estatísticas de 2015 do SNS apontam ainda para a existência de 12 médicos psiquiatras por cada 100 000 habitantes. Em termos de consultas de psiquiatria de adultos realizadas, as zonas do Norte e de Lisboa e Vale do Tejo foram as mais abrangidas, perfazendo cerca de 75% de todas as consultas realizadas. Já as zonas do Alentejo e Algarve apresentaram uma percentagem de 4% e 2% do número total de consultas de psiquiatria realizadas, respetivamente⁽²⁹⁾.

Os relatórios de avaliação do PNSM identificam, no entanto, os constrangimentos que explicam, pelo menos até determinado ponto, os obstáculos associados à melhoria dos cuidados de saúde mental e aos números supracitados. Embora o PNSM tenha sido implementado há mais de 10 anos, são identificados problemas considerados crónicos, nomeadamente a baixa autonomia e capacidade de decisão dos responsáveis pela implementação do PNSM e dos centros de decisão locais, o que compromete a melhoria dos cuidados na comunidade, a ausência de coordenação e grande concentração de recursos humanos apenas nos hospitais centrais e a inadequação dos modelos de financiamento e gestão. Adicionalmente, ainda se verificam problemas na articulação com os cuidados de saúde primários, com as administrações regionais de saúde e com a Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental⁽¹⁾.

No sentido de desenvolver estruturas comunitárias de reabilitação psicossocial e programas de desinstitucionalização, o governo decidiu integrar estas pretensões no Programa Nacional de Cuidados Continuados Integrados, apesar da população alvo original deste programa ser diferente das pessoas com perturbações mentais crónicas. Para atingir estes objetivos e planear o processo de desinstitucionalização, foi aprovado o Decreto 8/2010 que define a tipologia das estruturas residenciais baseadas na comunidade, centros de dia e equipas de intervenção, e a resolução do Conselho de Ministros 37/2010, que incluiu no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados o desenvolvimento e aplicação do Decreto mencionado anteriormente^(19,21).

Contudo, entre 2010 e 2014, Portugal foi assolado por uma dramática crise económica. O consequente desemprego elevado, os rendimentos em declínio e a privação financeira tiveram um impacto significativo na saúde mental da população. Nesse sentido, foram delineadas recomendações para uma resposta coordenada, liderada pelo governo, destinada a aliviar e mitigar o impacto da crise económica na saúde mental:

1. Para enfrentar os desafios de saúde mental da crise económica, a saúde mental deve ser considerada uma das prioridades da agenda de saúde pública. A crise económica pode representar uma oportunidade para reformar o sistema de saúde mental por meio de políticas inovadoras e responsivas.
2. A governança e o financiamento dos serviços de saúde mental devem mudar radicalmente para promover a reforma do sistema.
3. Uma estratégia holística e abrangente deve ser adotada com o envolvimento de vários setores, incluindo medidas para melhorar a proteção social, diminuir as desigualdades de rendimentos, mitigar os impactos do desemprego e melhorar a eficiência e a qualidade do sistema de saúde mental.
4. Para abordar o impacto do desemprego, programas de apoio ativo à família e no acesso ao mercado de trabalho devem ser fortalecidos.
5. Os planos nacionais de saúde mental que promovem medidas para melhorar o acesso a cuidados de saúde mental integrados e baseados na comunidade devem ser implementados de forma eficaz.
6. As medidas propostas no plano nacional de saúde mental devem ter como objetivo melhorar o acesso a cuidados mentais integrados e baseados na comunidade, modelos de cuidados colaborativos e programas de reabilitação de longo prazo; o Programa de Cuidados Continuados, modelo de atendimento contínuo deve ser refinado e relançado⁽⁴⁾.

Infelizmente, muitos destes objetivos não foram atingidos, de acordo com a avaliação da Entidade Reguladora da Saúde⁽¹⁹⁾. É de salientar que o PNSM foi criado com objetivo de vigorar até 2016. No entanto, devido à crise económica, houve uma interrupção de 2011 a 2017 resultante dos cortes orçamentais em saúde e da extinção, em 2011, da Coordenação Nacional de Saúde Mental⁽⁷⁾. Como tal, dos 10 anos em que o PNSM deveria ser trabalhado, só foram concluídos quatro, estando apenas a ser retomado apenas desde 2017. O mesmo aconteceu com as estruturas residenciais anteriormente mencionadas, que foram impossíveis de implementar devido a sucessivos adiamentos⁽¹⁹⁾.

Complementar ao Plano Nacional de Saúde Mental, Portugal encontra-se envolvido no projeto *Joint Action for Mental Health and Well Being*, da União Europeia, que pretende desenvolver uma estratégia de ação nas políticas de saúde mental, com o desenvolvimento destes cuidados na comunidade. Este projeto elaborou um relatório em 2015, que analisa o processo português de transição dos cuidados de saúde mental institucionais para a comunidade.

A centralização, a resistência de mudança dos envolvidos, o modelo centrado ainda no hospital, a falta de profissionais nesta área e de coordenação entre todos os envolvidos, o estigma, a monotorização e avaliação da qualidade pouco utilizadas foram identificadas como fraquezas deste processo de transição. Como pontos fortes encontram-se discriminadas a Legislação e o Plano de Saúde Mental, a experiência no desenvolvimento de políticas, a formação dos profissionais existentes, a comunicação com os cuidados de saúde primários, o trabalho científico, as parcerias, sejam privadas, públicas ou com ONG's e o foco nos valores humanos, autónomos e de cidadania⁽¹⁹⁾.

Com os obstáculos identificados e, na mesma linha do PNSM, pretendeu-se estender o mesmo até 2020, priorizando questões organizacionais e políticas, que têm sido o maior entrave no desenvolvimento deste plano. Nesse sentido, para além de persistir no desenvolvimento dos pontos do plano referidos anteriormente, propõe-se a criação de uma equipa que coordene a implementação do plano, assim como se mude o modelo gestão e organizacional dos atuais serviços de saúde. Também se considerou fundamental o desenvolvimento de um novo modelo de pagamento destes serviços, de forma a desbloquear os problemas do atual modelo, tal como a criação de uma carteira de serviços mínimos de prestação de cuidados, para diminuir as assimetrias territoriais a nível nacional⁽¹⁾.

A Implementação e o constante desenvolvimento de políticas de saúde mental são fortemente sustentadas pelos mais recentes estudos nacionais da Direção Geral da Saúde e Estudos Epidemiológicos. Estes apontam para valores de prevalência de perturbações psiquiátricas muito elevadas, mais de 1 em cada 5 pessoas possuiu perturbações psiquiátricas no espaço de um ano (2013), o segundo maior valor da Europa. Para além disso, as perturbações mentais e do comportamento possuem um peso considerável na perda total de anos de vida saudável, na ordem dos 11,75% (2015), e quase 65% das pessoas com perturbação psiquiátrica não teve qualquer tratamento nos 12 meses anteriores à aplicação do estudo epidemiológico (2015)^(8,30).

4.1.7 Conclusões

O sistema de saúde mental em Portugal sempre esteve em atraso em comparação com a evolução da psiquiatria europeia, no que diz respeito ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento da doença mental. Mesmo com legislações que seguem as recomendações internacionais, considerado o modelo da comunidade, as mudanças observadas nunca foram conseguidas de forma rápida e completa, muito devido à orientação política fundamentada em preocupações de cariz económico⁽²³⁾.

Nunca houve um compromisso político sério em investir neste setor, com o objetivo de dotar o Serviço Nacional de Saúde de recursos que permitam melhorar a qualidade de vida do portador de perturbação mental. As comunidades, apesar das melhorias introduzidas no final do século XX e início do século XXI, carecem de melhores apoios que lhes permitam acolher de forma digna os doentes. A importante função de cuidadores, que normalmente recai sobre

as famílias, ainda não é devidamente reconhecida, exigindo-lhes esforços suplementares económicos físicos e mentais que poderiam ser equilibrados com políticas de sustento ao cuidador. Por fim, o acolhimento do indivíduo portador de doença mental nem sempre é bem feito, muitas das vezes em condições de alojamento precário e sem garantias de manutenção das necessidades básicas. Do ponto de vista do Estado, as famílias representam o recurso mais económico.

O estigma, apesar da evolução das políticas de saúde mental, mantém-se muito presente na sociedade, persistindo também o preconceito para com os indivíduos com doença mental no mundo do trabalho, por exemplo. Mesmo a comunicação social persiste também no uso de nomes de doenças com uma conotação fortemente negativa. É por isso necessário continuar a investir na desestigmatização destes doentes para uma inserção bem conseguida na sociedade.

No já citado Relatório de Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020, elaborado pela Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental, foram identificadas uma série de obstáculos à implementação do Plano Nacional 2007-16, os quais justificariam a sua extensão até 2020:

- Escasso grau de autonomia e de capacidade de decisão da estrutura responsável pela implementação do PNSM, tomando em consideração a complexidade das mudanças a implementar;
- Inexistência de coordenação eficaz dos elementos do sistema de saúde mental, que incorporam os cuidados de saúde primários, as equipas comunitárias, os hospitais e os cuidados comunitários de reabilitação.
- Ao fim de 10 anos, mantém-se inalterada uma grande assimetria na afetação de recursos humanos a hospitais centrais, predominantemente os localizados em Lisboa, Porto e Coimbra, impossibilitando o desenvolvimento de atividades nos hospitais mais periféricos, que se deparam com enormes dificuldades de contratação e com um grande desinvestimento por parte da maioria dos conselhos de administração;
- Reduzida autonomia dos centros de decisão a nível local (e.g. SLSM integrados em hospitais gerais), com baixa capacidade de decisão dos Diretores dos Serviços Locais de Saúde Mental e dos Coordenadores Regionais de Saúde Mental, comprometendo o desenvolvimento dos serviços na comunidade;
- Modelo de financiamento e gestão inadequados às necessidades específicas do setor, com inexistência de um orçamento e verbas próprias;
- Dificuldades no desenvolvimento de modelos formais de articulação com os cuidados de saúde primários, agravados pela extinção da Unidade de Missão para os Cuidados de Saúde Primários, com quem existia uma colaboração regular;

- Fraca implementação da Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental;
- Inexistência de incentivos para a realização de intervenções comunitárias, tanto por profissionais médicos como pelos restantes profissionais de saúde mental;
- Inexistência a nível regional (ARS) de mecanismos executivos de monitorização da implementação efetiva dos serviços e das parcerias ao longo do sistema, baseados em *standards* da qualidade.
- A título de exemplo, os serviços em hospitais com regime de PPP não têm assumido integralmente as suas responsabilidades assistenciais nos mesmos moldes exigidos aos restantes SLSM, com impacto em várias áreas concretas de atividades (ex: intervenções comunitárias, serviço de urgência, etc.).

Em suma, cabe aos sucessivos governos estabelecer um compromisso transversal que assegure um investimento sustentável nesta área da Saúde e que permita dotar o SNS das ferramentas que precisa para que os objetivos de melhoria contínua na saúde mental possam ser atingidos, como também garantir, como nas restantes áreas, mas com particular relevância aqui, uma articulação com o Sistema de Solidariedade e Segurança Social, única forma de providenciar respostas integradas, absolutamente determinantes nas intervenções em saúde mental.

Adicionalmente, é importante discutir as opções políticas a tomar com base nas evidências já disponíveis e nos valores consensualizados a nível internacional, dado que existe uma base muito sólida de evidência científica sobre quais são as principais prioridades e quais são os serviços e as estratégias mais efetivas.

4.1.8 Referências

1. Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental. Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020 [Internet]. 2017. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>
2. Lancet T. What can public health do for mental health? Lancet [Internet]. 2016 [citado em 26 jan 2018];387:2576. Disponível em: <http://www.fph>.
3. Jenkins R. Mental Health Policy. Int Encycl Public Heal [Internet]. 2017;9:81–92. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B978012803678500285X>
4. World Health Organization [WHO]. Policy options on mental health: a WHO-Gulbenkian Mental Health Platform collaboration. 2017.

5. World Health Organization. Mental Health Action Plan 2013-2020 [Internet]. 2013 [citado em 7 fev 2019]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=C68479C365FCCE751E823F72192B5952?sequence=1
6. World Health Organization [WHO]. European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing. 2016;(January):21–2.
7. Almeida JMC de. A saúde mental dos portugueses. 1a. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2018. 129 p.
8. Almeida JC de, Xavier M, Cardoso M, Graça Gonçalves Pereira MG, Corrêa R, Gago B, *et al.*. Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental - 1o Relatório. 2013 [citado em 25 jun 2018]; Disponível em: http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
9. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, *et al.*. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. Lancet. 2018;
10. Cid J de MS. Reforma e actualização da Assistência Psiquiátrica em Portugal. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1984. 65 p.
11. José Morgado Pereira. A psiquiatria no tempo da I República. In: O Corpo - Estado, Medicina e Sociedade no Tempo da Primeira República. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda; 2010. p. 135.
12. José Manuel Morgado Pereira. A Psiquiatria em Portugal Protagonistas e história conceptual (1884-1924) [Internet]. Universidade de Coimbra; 2015 [citado em 4 mar 2019]. Disponível em: [https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/29514/1/A Psiquiatria em Portugal.pdf](https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/29514/1/A%20Psiquiatria%20em%20Portugal.pdf)
13. Bombarda M. Projeto de Lei de protecção dos Alienados. A Med Contemp. 1909;(17):129–46.
14. Matos J de. Assistência aos Alienados em Portugal. A Med Contemp. 1919;(19):145–52.
15. Antonio José de Almeida Filho, Fabíola Lisboa da Silveira Fortes, Paulo Joaquim Pina Queirós, Maria Angélica de Almeida Peres, Telma Sofia dos Santos Vidinha, Manuel Alves Rodrigues. Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil. Rev Enferm Ref [Internet]. 2015 [citado em 4 mar 2019];IV(4):117–25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14074>
16. Presidência da República. Lei 2118, de 3 de abril [Internet]. Presidência da República; 1963. Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/94657/lei-2118-de-3-de-abril>
17. Ministério da Saúde e Assistência. Decreto-lei 46102, de 23 de Dezembro [Internet]. Ministério da Saúde e Assistência; 1964. Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/178389/decreto-lei-46102-de-23-de-dezembro>
18. Ministério da Saúde e Assistência. Decreto-Lei no 413/71. 1971 p. 1406–34.

19. European Commission. Joint Action on Mental Health and Well-being (2013-2016). Ment Health (Lond). 2013;
20. Siqueira-Silva R, Nunes JA, Moraes M. Portugal e Brasil no cenário da saúde mental. *Fractal Rev Psicol* [Internet]. 2013 Dec [citado em 4 mar 2019];25(3):475–96. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000300005&lng=pt&tlng=pt
21. Saúde M da. Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. 2007;
22. Assembleia da República. Lei n.º 36/98 [Internet]. Assembleia da República; 1998 p. 3544–50. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/424762/details/maximized>
23. *Psiquiatria e comunidade: Elementos de reflexão*. 1987;56–64.
24. Sofia C. Cidália Sofia Ferreira dos Reis. 2014;
25. Executivo R. Plano nacional de saúde mental 2007–2016. 2016.
26. Políticas de Saúde Mental | SPPSM.
27. Antunes A, Frasilho D, Azeredo-Lopes S, Neto D, Silva M, Cardoso G, *et. al.* Disability and common mental disorders: Results from the World Mental Health Survey Initiative Portugal. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2018 Mar [citado em 16 abr 2018];49:56–61. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29366849>
28. OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators. 2011 [citado em 6 jun 2018]; Disponível em: <https://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf>
29. Entidade Reguladora da Saúde. Acesso e Qualidade nos Cuidados de Saúde Mental. 2015 [citado em 6 jun 2018]; Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1500/Estudo_Saude_Mental__versao_publicar__v.2.pdf
30. DGS. Programa nacional para saúde mental em números – 2014. Direção Geral da Saúde. 2014;1–100.

4.2 ESCASSEZ DE PSICÓLOGOS NO SNS

Marta Estrela, Pedro Lopes Ferreira

A saúde mental em Portugal tem sido amplamente discutida ao longo dos anos, sendo de salientar a criação do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) em 2007 e a sua extensão recente até 2020. Uma das abordagens deste plano consiste na melhoria dos serviços de saúde mental nos cuidados de saúde primários (CSP), sendo que a integração dos mesmos neste sector da saúde deve ser encarada como uma prioridade a nível nacional, envolvendo os agrupamentos de centros de saúde (ACeS) e os serviços locais de saúde mental⁽¹⁾.

Adicionalmente, outro dos pontos cruciais no PNSM consiste na contratação de mais recursos humanos, nomeadamente psicólogos⁽¹⁾. Segundo a avaliação da Organização Mundial de Saúde (OMS), uma das fraquezas nas reformas de saúde mental portuguesas está associada à escassez e à baixa qualificação dos recursos humanos nos serviços de saúde mental, salientando-se o facto de o tratamento indicado ser essencialmente farmacológico, tendo componentes psicossociais pobres. No relatório da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), foram avaliados os níveis de implementação das medidas do PNSM, sendo que o recrutamento de recursos humanos apresenta uma fraca implementação^(2,3).

Dado que a integração da saúde mental nos CSP implica a existência de recursos humanos em número adequado e com competências específicas, verifica-se uma elevada necessidade na contratação de equipas profissionais para um bom funcionamento destes serviços. No que concerne ao número de psicólogos no SNS, verifica-se que, em 2015, existiam apenas 601, o que corresponde a um rácio de 0,285 psicólogos por 5000 habitantes, e consequentemente, um défice de 1618 psicólogos face ao rácio recomendado de um psicólogo por cada cinco mil habitantes^(4,5).

Adicionalmente, a distribuição destes profissionais no país é claramente heterogénea, dado que quase metade destes profissionais se encontram na zona de Lisboa e Vale do Tejo, 26% no Norte e os restantes 26% distribuídos pelo Centro, Alentejo e Algarve. É de salientar ainda que muitos psicólogos no SNS não exercem funções nos CSP nem hospitais, encontrando-se alocados a outros programas, como o combate à toxicod dependência^(2,3).

O investimento em mais psicólogos no SNS, especialmente nos CSP não só representa maior acessibilidade ao apoio psicológico por parte dos pacientes, como possibilita a adoção de tratamentos mais custo-efetivos, a diminuição da prevalência de problemas de saúde mental, a poupança em cerca de 20% a 30% dos custos e diminuição das idas às urgências, das hospitalizações e do tempo de internamento⁽⁵⁾.

Dada a escassez destes profissionais, é importante mencionar a contratação de 40 psicólogos para o SNS em 2018 e a criação de um grupo de trabalho, em 2016, que analisasse os modelos organizativos de prestação de cuidados na área da psicologia no SNS. Resultante da criação desse mesmo grupo de trabalho, foi publicado um Despacho da Secretaria de Estado da Saúde em 2017, que estabelece disposições sobre o modelo de organização e de funcionamento da Psicologia Clínica e da Saúde. Este despacho determina a criação de

serviços autónomos de Psicologia, baseando-se “no princípio da autonomia científica, técnica e funcional, e da colaboração interdisciplinar e interprofissional centrada no utente e no âmbito do trabalho em equipa, assente num modelo de integração de cuidados, que sustenta a prestação dos melhores cuidados de saúde às populações”⁽⁶⁻⁸⁾.

4.2.1 Referências

1. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. Programa Nacional para a Saúde Mental. 2017;19.
2. Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental. Avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020 [Internet]. 2017. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>
3. Entidade Reguladora da Saúde. Acesso e Qualidade nos Cuidados de Saúde Mental. 2015 [citado em 6 jun 2018]; Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1500/Estudo_Saude_Mental__versao_publicar__v.2.pdf
4. DGS. Saúde mental em números [Internet]. Direção Geral da Saúde. 2015. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2015-pdf.aspx>
5. Ordem dos Psicólogos. A Situação da Psicologia no Serviço Nacional de Saúde [Internet]. Lisboa; 2015 [citado em 22 mar 2019]. Disponível em: www.ordemdopsicologos.pt
6. Assembleia da República. Orçamento de Estado 2018 - Lei n.º 114/2017 [Internet]. Lisboa: Assembleia da República; 2017 p. 6768–7010. Disponível em: https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/114768575/201901220823/73517498/diploma/indice?p_p_state=maximized
7. Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Despacho n.º 13278/2016 [Internet]. Lisboa: Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde; 2016 p. 33022–33022. Disponível em: https://dre.pt/home/-/dre/75676512/details/3/maximized?serie=II%2Fen&print_preview=print--preview&drelid=75660870
8. Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Despacho n.º 11347/2017 [Internet]. Lisboa: Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde; 2017 p. 29395–6. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/114412218/details/normal?l=1>

4.3 O CONSUMO DOS PSICOFÁRMACOS

Marta Estrela, Pedro Lopes Ferreira, Teresa Herdeiro

Segundo as estatísticas da OCDE correspondentes ao ano de 2017, o volume de vendas de ansiolíticos em ambulatório correspondia nessa data a 2% de todos os fármacos vendidos em território nacional, representando uma despesa de 51,9M€. Portugal estava em primeiro lugar comparativamente a todos os outros países da OCDE. Em termos de consumo de hipnóticos e sedativos, Portugal situava-se na sétima posição, com um volume de vendas de 0,7%, correspondente a 19M€ de despesa. Já relativamente aos antidepressores, Portugal encontrava-se em terceiro lugar, apenas ultrapassado pelo Canadá e por Espanha, sendo que o volume de vendas se situava nos 3,8%, tendo associada uma despesa de 92,9M€⁽¹⁾.

Quando comparado o somatório do volume de vendas (6,5%) e da despesa destas três classes de fármacos com outras, verifica-se que estes valores ultrapassam diversos grupos farmacoterapêuticos largamente utilizados em doenças altamente prevalentes, nomeadamente hipolipemiantes, com um volume de vendas de 6,3%, anti-inflamatórios não esteroides com um volume de 3,6% e até mesmo medicamentos para doenças respiratórias ou anti-infecciosos, com 5,2% e 4,6% de volume de vendas, respetivamente⁽¹⁾.

Observando os dados relativos às DDD^(a) dispensadas em Portugal Continental desde o início do século, verifica-se uma tendência crescente no consumo de ansiolíticos e antidepressores e uma ligeira diminuição do consumo de sedativos e hipnóticos⁽²⁾.

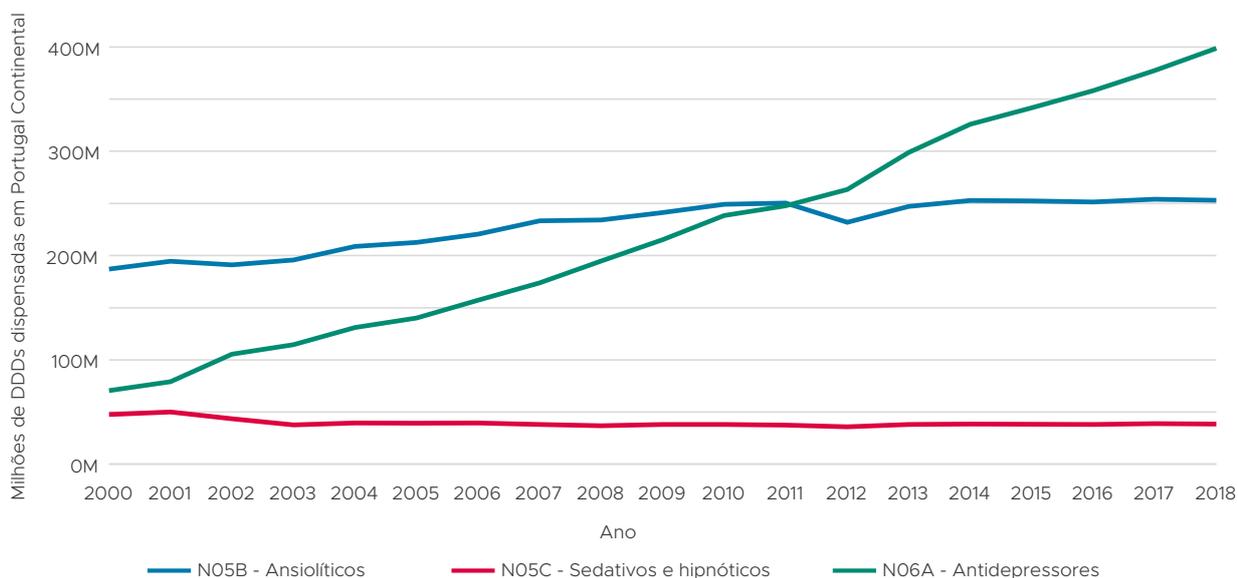


Figura 4.1 DDDs dispensadas em Portugal Continental (2000-2018)⁽²⁾.

(a) DDD – A DDD (dose diária definida), é uma unidade de medida que representa a dose média diária de manutenção, de determinada substância ativa, na sua principal indicação terapêutica, em adultos (7).

O relatório *Health at a Glance* de 2018, realizado pela OCDE salienta os elevados níveis de prescrição de sedativos, hipnóticos e ansiolíticos, especialmente em idosos⁽³⁾. As benzodiazepinas e outros medicamentos semelhantes são frequentemente prescritos para distúrbios de ansiedade e de sono, embora sejam bem documentados os riscos de reações adversas, nomeadamente confusão, fadiga e vertigens^(4,5). Adicionalmente, o uso de benzodiazepinas em idosos representa também um risco adicional de quedas, acidentes e *overdose*, bem como de casos de tolerabilidade e dependência, pseudo-demência e diminuição cognitiva⁽⁵⁾.

Associados aos riscos acrescidos causados pelo uso prolongado de benzodiazepinas, um dos problemas reside na duração da ação das benzodiazepinas prescritas aos idosos, uma vez que as benzodiazepinas de ação prolongada não são recomendadas à população idosa. Apesar das recomendações, Portugal é não só o segundo país com mais idosos a tomar benzodiazepinas, sendo esta classe farmacoterapêutica prescrita a 139 idosos em cada 1000, mas também mais de 60% destes idosos tomam benzodiazepinas de ação prolongada. Estudos apontam ainda que 59,2% dos idosos se encontram polimedicados e 37,0% tomam medicação potencialmente inapropriada^(3,6). Ao associar estes dados à ampla prescrição de antidepressores e ansiolíticos, às elevadas taxas de polimedicação e à prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados, principalmente na população idosa, verifica-se um problema grave em termos de adequação da terapêutica prescrita aos doentes com doença mental.

4.3.1 Referências

1. OECD. Pharmaceutical market [Internet]. OECD Health Statistics (database). 2018 [citado em 27 ago 2018]. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/oecd-health-data-pharmaceutical-market_data-00545-en
2. INFARMED IP. DDDs dispensadas em Portugal Continental (2000-2018) – N05B, N05C, N06A. 2019.
3. OECD. Health at a Glance: Europe 2018. 2018.
4. Airagnes G, Pelissolo A, Lavallée M, Flament M, Limosin F. Benzodiazepine Misuse in the Elderly: Risk Factors, Consequences, and Management. Vol. 18, Current Psychiatry Reports. 2016.
5. INFARMED IP. Utilização de Benzodiazepinas e análogos – Infarmed. 2017;2:15.
6. Eiras A, Teixeira MA, González-Montalvo JI, Castell M-V, Queipo R, Otero Á. Consumo de medicamentos en mayores de 65 años en Oporto (Portugal) y riesgo de prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados. Atención Primaria [Internet]. 2016 Feb 1 [citado em 16 abr 2018];48(2):110–20. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656715001201>
7. INFARMED IP. Monitorização mensal do consumo de medicamentos no ambulatório do SNS [Internet]. 2015 [citado em 21 mai 2019]. Disponível em: http://www.infarmed.pt/documentos/15786/1182575/Relatório_Ambulatório_Dez15.pdf/f7ab0bde-27ed-4d48-8da1-b203b5f23950?version=1.0

CAPÍTULO 5

MEDICAMENTO

INÊS TEIXEIRA¹

FERNANDO FERNANDEZ-LLIMOS²

ROGÉRIO SÁ GASPAR²

1 | CEFAR-ANF

2 | Departamento de Sócio-Farmácia, Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

MEDICAMENTO

5.1 INTRODUÇÃO

Rogério Sá Gaspar

Este ano, o capítulo do medicamento do “Relatório Primavera” preocupou-se em manter uma análise do mercado, como vem sendo norma com apoio do CEFAR, à qual se adicionou a continuação de um estudo iniciado no ano passado sobre desigualdades geográficas em Portugal, tendo-se ainda iniciado um novo ciclo de avaliação futura da introdução da inovação terapêutica. Este ano com uma introdução ao problema com algumas das suas variáveis macro, análise que continuaremos em anos futuros centrado em grupos terapêuticos ou tecnologias específicas.

A mudança de paradigma irá também necessitar que se incorporem cada vez mais processos de análise centrados no acesso do cidadão a cuidados (e tecnologias) de saúde, de forma integrada e com centralidade focada no estadio concreto de desenvolvimento/progressão da doença. Não faz muito sentido insistir em análises demasiado centradas apenas na variável medicamento, ou no custo deste, sem avaliar o impacto em saúde, separando inovação incremental de inovação disruptiva, e ainda descoberta científica de real impacto na saúde do cidadão. O sistema de saúde centrado no cidadão (*citizen-centric*) necessita de adequação das ferramentas utilizadas a um novo paradigma de cuidados de saúde integrados.

Em anos e relatório futuros iremos proceder a uma monitorização especializada sobre o acesso a medicamentos e tecnologias inovadoras, debruçando-nos particularmente sobre as melhorias a introduzir no quadro de procedimentos nacionais. Os cidadãos portugueses têm direito a obter maior transparência nestes processos, com aumento de eficiência dos procedimentos de decisão, disponibilização de um leque alargado de instrumentos de análise, previsão e construção de um sistema justo, sustentável e capaz de dar resposta a necessidades terapêuticas, face a avanços tecnológicos significativos e a custos associados que colocam em questão modelos tradicionais de decisão.

5.2 DESPESA COM MEDICAMENTOS EM PORTUGAL

Inês Teixeira

Os níveis de despesa em saúde variam consideravelmente entre os países da União Europeia (UE), em termos de despesa *per capita* (ajustada a paridade do poder de compra) e da proporção da despesa no seu Produto Interno Bruto (PIB), influenciados por determinantes sociais e económicos, bem como pelas estruturas dos sistemas de saúde e de financiamento dos mesmos (Figura 5.1). Em 2017, Portugal apresentava uma despesa em saúde de 2066 euros *per capita* e de 9,0% do PIB, abaixo dos valores da União Europeia (UE28) de 2773 euros *per capita* e de 9,6% do PIB⁽¹⁾.

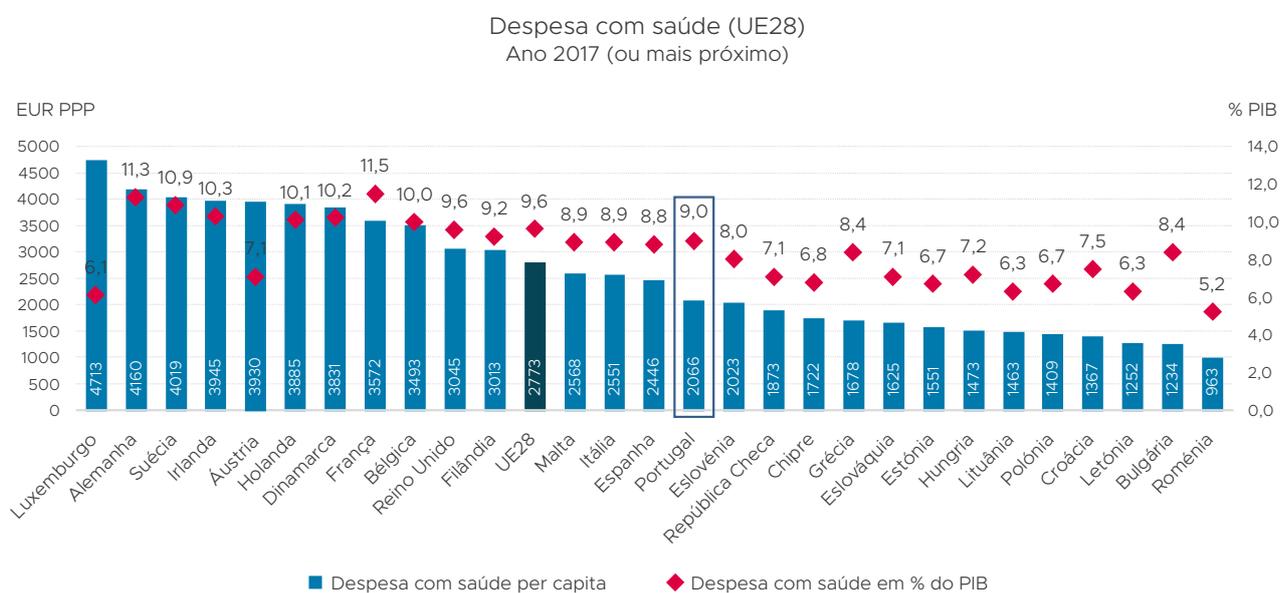


Figura 5.1 Despesa com Saúde *per capita* e em percentagem do PIB nos países UE28 (2017).

Fonte: OECD Health Statistics 2018; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database.

Verifica-se semelhante variabilidade na despesa com medicamentos *per capita*, podendo refletir diferenças nos preços, nas práticas de prescrição e dispensa, no consumo, bem como nas quotas de genéricos dos diversos países⁽²⁾. Portugal surge como um dos países com menor despesa em medicamentos *per capita* (308 euros), situando-se 26% abaixo do valor da UE (417 euros *per capita*), conforme evidenciado na Figura 5.2.

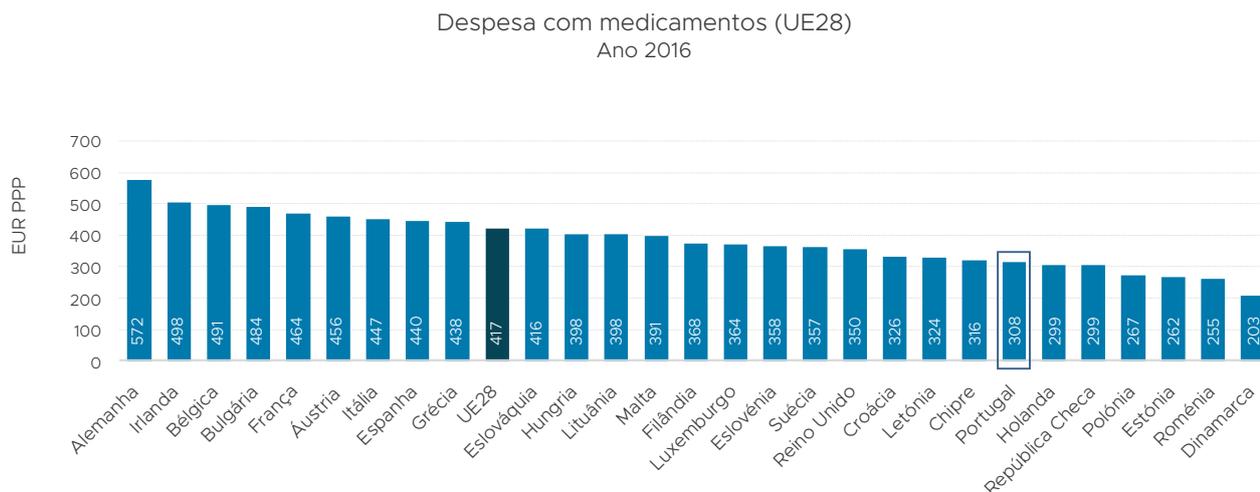


Figura 5.2 Despesa com Medicamentos *per capita* nos países UE28 (2016).

Fonte: OECD Health Statistics 2018; Eurostat Database.

Conforme referido no anterior Relatório de Primavera⁽³⁾, nos últimos anos, Portugal destaca-se dos demais países da OCDE pela redução na despesa em saúde, sobretudo via redução dos encargos com medicamentos.

Efetivamente, quando analisada a evolução da despesa com medicamentos em ambulatório em percentagem do PIB (Figura 5.3), os dados internacionais⁽¹⁾ evidenciam uma elevada redução da despesa em Portugal de 1,56% em 2012 para 1,37% em 2016 (-0,19 pontos percentuais), com destaque comparativamente à quebra observada na média da União Europeia (-0,09 pontos percentuais) e na média da OCDE (-0,07 pontos percentuais). Estes gastos incluem a totalidade da despesa com medicamentos (MSRM e MNSRM), sendo considerados os encargos (IVA incluído) das entidades públicas e privadas e dos utentes, excluindo, contudo, a despesa hospitalar com medicamentos.

Quando analisados os encargos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com medicamentos (Figura 5.4), observa-se que a despesa com medicamentos nas farmácias comunitárias foi reduzida em 23,5% nos últimos 8 anos, ao invés da despesa hospitalar que aumentou 17,4% (sem incluir os medicamentos para o tratamento da Hepatite C), de acordo com os dados do INFARMED⁽⁴⁾.

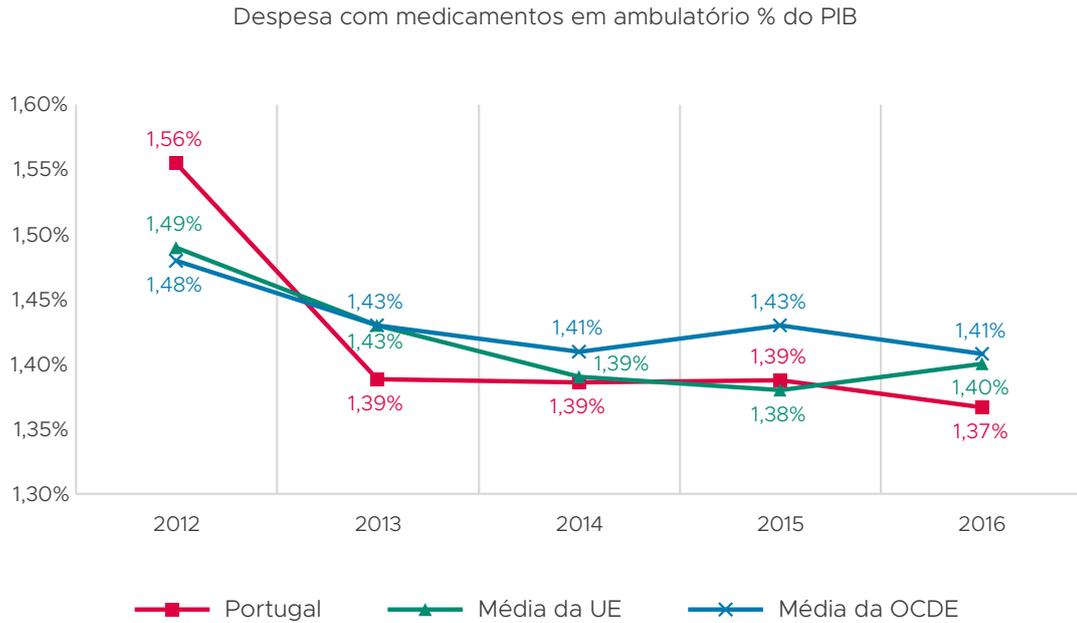


Figura 5.3 Despesa com medicamentos em ambulatório em percentagem do PIB (2012-2016).
 Fonte: OECD (2018), Pharmaceutical spending (indicator). Extração: Setembro 2018.

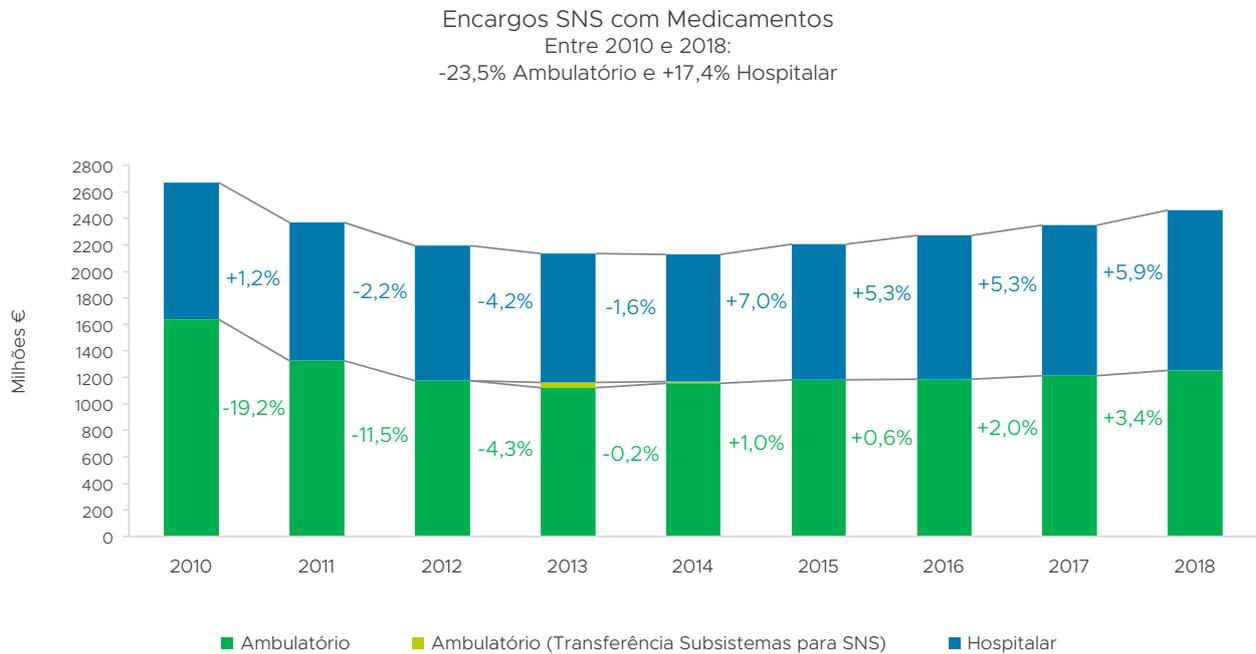


Figura 5.4 Evolução encargos SNS com medicamentos ambulatório versus hospital (2010-2018).
 Fonte: INFARMED (elaboração própria).
 [Despesa Hospitalar: não inclui medicamentos para o tratamento da Hepatite C].

Em 2018, o **peso dos encargos hospitalares** representa já praticamente metade da despesa total do SNS com medicamentos, sendo as áreas terapêuticas com maior aumento anual na despesa as seguintes⁽⁵⁾: oncologia (+20,5%), artrite reumatoide/psoríase/doença inflamatória do intestino (+13,3%) e imunoglobulinas (12,4%).

A Estratégia Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde 2016-2020 contempla, aliás, o desenvolvimento de programas que permitam a dispensa de medicamentos hospitalares através da farmácia comunitária para melhor acesso do doente ao medicamento de forma controlada e segura, nas suas metas referentes à valorização do papel das farmácias comunitárias, apostando na proximidade com os cidadãos, na promoção de literacia em saúde e na utilização racional do medicamento.

No que concerne à diminuição **da despesa em ambulatório**, esta tendência é explicada sobretudo pela redução do preço dos medicamentos (-26,8% no preço médio SNS, ponderado pelas dispensas), nesse período temporal⁽⁶⁾, com corte muito acentuado nos genéricos (-52,8%) em comparação com as marcas (-7,4%).

Acresce que o mercado concorrencial de Grupos Homogêneos continua a aumentar desde 2010 (+26,9%), atingindo 68,7% das unidades dispensadas em ambulatório SNS no ano 2018 (Figura 5.5), ampliando o potencial de poupança através dos medicamentos genéricos mais baratos⁽⁷⁾. Por sua vez, a quota de genéricos atingiu os 48,4% do volume total dispensado nas farmácias comunitárias com participação SNS (mercado concorrencial e não concorrencial), em 2018.

Peso dos Grupos Homogêneos no Mercado SNS

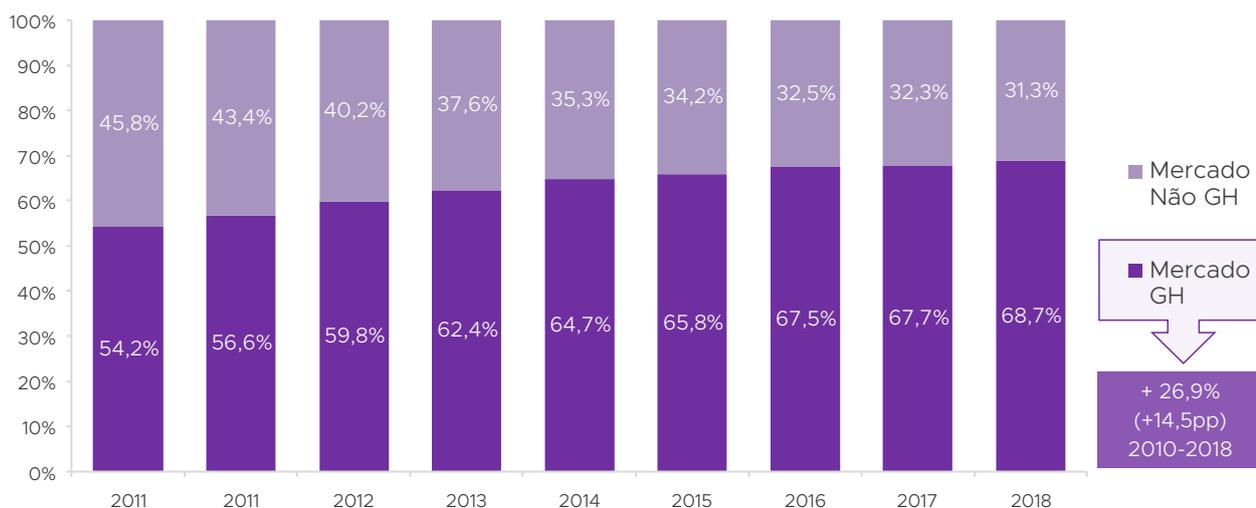


Figura 5.5 Evolução do peso (em unidades) do mercado dos GHs no mercado ambulatório SNS (2010-2018).

Fonte: CEFAR (2019).

A partilha de valor associada ao contributo das farmácias na poupança obtida pelo Estado através do aumento da dispensa de genéricos e, entre estes, os mais baratos⁽⁸⁾, gerou ganhos económicos diretos de 27,7 milhões de euros para o Estado, dos quais 19,4 milhões de euros foram partilhados como incentivos às farmácias comunitárias, entre 2017 e 2018⁽⁶⁾. No âmbito do aprofundamento de políticas de incentivo à dispensa de medicamentos genéricos, será ainda importante considerar os ganhos em saúde por eventual melhoria no acesso e adesão à terapêutica, bem como os ganhos reais económicos para o Estado e utentes pelo efeito da redução concorrencial de preços ao longo do tempo, limitação inerente ao mecanismo de partilha em vigor.

Um relatório internacional sobre combate ao desperdício da despesa em saúde, sistematiza instrumentos de promoção dos genéricos em 33 países⁽⁹⁾, na sua maioria da União Europeia. O estudo mostra que a prescrição por DCI e a substituição dos genéricos são instrumentos comuns à maioria dos países e mesmo obrigatórios em alguns. Por outro lado, o estudo refere que os incentivos económicos estão muitas vezes desalinhados com o objetivo de promoção do mercado dos genéricos, existindo necessidade de mecanismos compensatórios para a dispensa de medicamentos mais baratos. Dos países elencados, 13 têm incentivos financeiros aos farmacêuticos (Austrália, Canadá, Coreia, França, Holanda, Japão, Nova Zelândia, Noruega, Portugal, algumas regiões da Suécia, Suíça, Reino Unido e EUA variando de acordo com os planos). Por exemplo, na Suíça e na Bélgica, os farmacêuticos recebem um incentivo (*fee*) adicional pela substituição de genéricos, enquanto em França foi introduzido um esquema de pagamento por desempenho (P4P) para atingir metas de genéricos.

Quanto ao ligeiro crescimento da despesa do SNS observado recentemente, as novas moléculas comparticipadas em ambulatório ajudam a explicar parte do impacto (cerca de 56 novas moléculas, nos últimos 4 anos), representando mais de 40 milhões de euros de encargos em 2018⁽⁶⁾. A título de exemplo, no último ano foram comparticipados novos antidiabéticos (Cagliflozina) a 90%, novos dopaminomiméticos (Opicapona e Apomorfina) a 90%, medicamento usado para o tratamento da gota (Febuxostate) a 69%, ou associação fixa de antilipídicos (Rosuvastatina + Ezetimiba) e antagonista dos recetores da angiotensina (Rosuvastatina + Valsartan), já comparticipados isoladamente.

Somente os novos anticoagulantes orais (NACOS), comparticipados a 69% e para os quais não existem medicamentos genéricos, representaram um crescimento na despesa, em 2017, de 20 milhões de euros e, novamente, 20 milhões de euros incrementais em 2018⁽¹⁰⁾. Este crescimento é resultado do aumento da utilização de NACOS, intensificada a partir de 2014 (Rivaroxabano), da introdução de novas comparticipações (Apixabano em 2014, e Edoxabano em 2017), a que acresce o alargamento de indicações terapêuticas após 2014 (para prevenção de acidentes vasculares cerebrais e da formação de coágulos sanguíneos noutros órgãos em adultos com fibrilhação auricular; tratamento da trombose venosa profunda e embolia pulmonar).

Por constituir outro exemplo de despesa relevante para o cidadão e para o SNS, foi igualmente publicado um estudo⁽¹¹⁾ sobre a comparticipação do medicamento indicado para cessação tabágica (Vareniclina, a 37%), em Janeiro de 2017. Observou-se um aumento de 17% na dispensa deste medicamento e de 19% na despesa do SNS (+1,2 milhões de euros), em 2018, justificado como investimento na prevenção antitabágica, a par de outras medidas com impacto direto e indireto na saúde pública.

Acresce que a taxa média de comparticipação do SNS continua a crescer, atingindo em 2018 o valor mais elevado dos últimos 6 anos, resultando numa diminuição da proporção do copagamento a ser suportado pela população.

A prossecução de uma política sustentável que concilie rigor orçamental e inovação, reforça o papel central dos processos de avaliação e decisão de financiamento público das tecnologias da saúde em Portugal, que não só o medicamento. Acresce a contínua necessidade de perspetivar uma regulação mais eficiente, com instrumentos e incentivos apropriados aos agentes, bem como sistemas de informação eficazes, que potenciem o combate ao desperdício e à fraude, e que promovam a monitorização de resultados em saúde.

A capacitação dos cidadãos surge como uma prioridade, com eixos fundamentais e transversais de promoção da saúde e prevenção da doença⁽¹²⁾. O desígnio de reforçar a equidade no acesso e a qualidade dos serviços prestados, numa perspetiva de proximidade aos cidadãos e coesão territorial, reconhece já as sinergias necessárias entre os diversos níveis de cuidados e agentes do sistema.

Com a aproximação do término da atual legislatura será relevante uma avaliação das várias políticas seguidas, com transparência e idoneidade, sendo certo que nem todas as políticas produzem efeitos imediatamente visíveis, mas cujo exercício deve ser uma prática, em prol da sustentabilidade do sistema e do ajustamento às reais necessidades de saúde da população.

5.2.1 Referências

1. OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, 2018. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
2. OECD. Pharmaceutical spending (indicator). doi: 10.1787/998febf6-en <https://data.oecd.org/healthres/pharmaceutical-spending.htm#> Extração em Setembro/2018
3. Observatório Português dos Sistemas de Saúde – OPSS. *Relatório de Primavera 2018 – Meio Caminho Andado*. Lisboa 2018.
4. INFARMED. Meio Ambulatório – Monitorização do Consumo de Medicamentos (Relatório de Dezembro 2018). Lisboa, 2019.
5. INFARMED. Meio Hospitalar – Monitorização do Consumo de Medicamentos (Relatório de Dezembro 2018). Lisboa, 2019.

6. CEFAR. Observatório do Mercado SNS Ambulatório (Indicadores de Dezembro/2018). Lisboa, 2019.
7. Teixeira I, Amaral JM, Guerreiro JP. Pharmaceutical Policies in Portugal – Trends and Impact. *Value in Health*, Vol 21, Number 3, 2018, pp.S178-S178(1).
8. Resolução do Conselho de Ministros n.º 56/2016, publicada em Diário da República no dia 13 de Outubro, que aprova a: *Estratégia Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde 2016-2020*.
9. OECD. Tackling Wasteful Spending on Health, OECD Publishing, Paris, 2017. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>
10. INFARMED. Anticoagulantes Orais – Rivaroxabano, Dabigatran, Apixabano e Edoxabano – Utilização e Despesa. Lisboa, Abril 2019.
11. INFARMED. Medicamentos Antitabágicos – Monitorização do consumo de medicamentos: Nicotina e Vareniclina. Lisboa, Março 2019.
12. Ministério da Saúde, Retrato da Saúde em Portugal. Lisboa: Ministério da Saúde; 2018.

5.3 ASSIMETRIAS GEOGRÁFICAS NA DESPESA COM MEDICAMENTOS

Fernando-Fernandez-LLimos

No Relatório Primavera⁽¹⁾ de 2018, realizou-se uma análise inicial das assimetrias geográficas na despesa com medicamentos comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde em Portugal Continental, dispensados em farmácias comunitárias. Nessa análise observou-se uma despesa de aproximadamente 200 euros por habitante e por ano que se manteve estável durante todo o período estudado. Verificou-se também que as regiões do Alentejo e Centro apresentavam valores de despesa superiores à média nacional. Contrariamente, o Algarve foi a região que apresentou a menor despesa *per capita*. Quando se analisaram os dados de forma mais desagregada, todas as NUTS III (*Nomenclature of Territorial Units for Statistics*) do Centro e Alentejo superavam a média nacional. A região Norte, embora com um valor de despesa *per capita* inferior ao da média nacional, apresentou uma elevada assimetria ao nível das NUTS III.

Uma vez que existe uma relação entre o consumo de medicamentos e a idade⁽²⁾, poderia considerar-se como uma limitação desta análise o fato de não se ter ajustado a despesa por faixa etária, embora se tenha demonstrado a existência de uma ampla dispersão sobre a regressão destas duas variáveis. Deste modo, com o objetivo de colmatar esta limitação, pretende-se nesta edição do Relatório Primavera efetuar uma análise mais aprofundada que explore as possíveis assimetrias geográficas em relação à despesa com medicamentos.

Para tal, voltou a analisar-se a despesa com medicamentos, selecionando vários grupos terapêuticos que representam um elevado encargo para o SNS, são conhecidos por mostrarem diferentes perfis de associação entre consumo e idade. Segundo o relatório de Monitorização do Consumo de Medicamentos do INFARMED, de dezembro de 2018 e em meio ambulatorio os sete grupos terapêuticos que atingem 48,5% dos mais de 1250 milhões de euros de encargos do SNS, foram: antidiabéticos, anticoagulantes, modificadores do eixo renina-angiotensina, insulinas, antipsicóticos, antiasmáticos e broncodilatadores e antidislipidémicos.

Os dados referentes ao ano de 2018 solicitados à Health Market Research (hMR) sobre a despesa em farmácias comunitárias, dos grupos terapêuticos que representavam os sete anteriores conclui-se que estes eram : medicamentos hipoglicemiantes orais (A10B), agentes anticoagulantes (incluindo apenas B01AA, B01AE e B01AF), antihipertensores (incluindo apenas C07, C08 e C09), antipsicóticos (N05), antiasmáticos de inalação (incluindo apenas R03AC, R03AK e R03AL), e agentes antidislipidémicos (C10). Os dados utilizados estavam desagregados ao nível de município, com exceção daqueles em que existia um restrito número de farmácias onde, por questões de confidencialidade foram agrupados. Num total de 177 municípios, dos 308 existentes no país, foram assim agrupados em 70 entidades, o que resultou num total de 201 entidades geográficas analisadas, agrupadas em 20 distritos. Para cada uma destas entidades geográficas, foi disponibilizada informação referente ao número de embalagens de medicamentos dispensadas para o ano de 2018, o PVP (Preço de Venda ao Público) e o número de unidades de administração contidas em cada embalagem. A popu-

lação residente em cada uma destas entidades geográficas, assim como a proporção de maiores de 65 anos, foi obtida da base de dados de população residente disponibilizada no portal do Instituto Nacional de Estatística.

Começou-se por calcular para cada medicamento o número total de unidades dispensadas, entendidas estas como a relação entre o número de embalagens dispensadas e o número de unidades em cada embalagem (p.e. comprimidos, cápsulas, inalações). Para além disso, também se calculou o encargo total por medicamento para cada entidade geográfica. Calcularam-se depois as duas razões: PVP por Unidade Dispensada e Unidade Dispensada por habitante, para cada entidade geográfica.

Os seis grupos terapêuticos analisados representaram uma despesa total de 982.540.302,41 euros. Os valores para cada distrito e grupo terapêutico encontram-se detalhados na tabela 5.1.

Tabela 5.1 Despesa total PVP por distrito e grupo terapêutico.

Distrito	Antihipertensores	Anticoagulantes	Antipsicóticos	Antiasmáticos	Antidiabéticos	Antidislipidémicos
Açores	5.711.942,92	2.606.313,44	2.074.804,53	2.266.685,53	7.122.034,12	3.470.761,90
Aveiro	18.668.101,91	9.937.483,38	4.669.558,06	6.229.529,18	17.642.028,51	10.843.732,43
Bragança	4.028.342,32	2.429.553,05	893.000,63	1.294.026,21	4.560.176,72	2.322.839,27
Beja	4.040.640,95	1.495.807,92	1.167.854,64	888.844,98	3.569.246,99	2.124.975,90
Braga	19.167.052,40	8.611.312,61	5.854.968,71	7.425.913,18	19.756.681,57	11.201.692,17
Castelo Branco	5.897.895,16	3.610.519,61	1.447.219,66	1.973.406,35	4.935.808,44	3.082.501,81
Coimbra	12.896.328,40	9.629.804,83	4.610.084,83	4.181.978,07	11.465.553,55	7.710.054,62
Évora	5.227.231,37	2.528.033,40	1.573.989,55	1.198.296,03	4.340.717,12	2.949.517,83
Faro	11.860.754,84	5.694.322,70	3.571.969,94	3.457.443,16	9.962.072,30	6.218.779,03
Guarda	4.159.251,35	2.369.984,17	749.135,18	1.094.477,85	3.739.385,68	2.314.071,97
Leiria	13.233.481,05	7.387.306,34	4.778.285,67	4.375.352,43	12.246.516,78	7.206.769,49
Lisboa	54.571.760,13	29.398.675,50	19.103.487,56	20.702.098,58	46.733.816,12	31.077.136,17
Madeira	6.731.800,34	2.693.757,28	3.988.356,02	1.870.181,50	6.397.720,36	3.244.210,40

Tabela 5.1 Despesa total PVP por distrito e grupo terapêutico (cont.).

Distrito	Antihipertensores	Anticoagulantes	Antipsicóticos	Antiasmáticos	Antidiabéticos	Antidislipídicos
Porto	37.469.057,07	17.492.315,56	9.814.195,64	15.651.694,44	44.742.316,64	23.503.346,84
Portalegre	3.619.026,07	1.301.116,73	1.228.114,60	944.191,97	2.947.751,79	1.806.891,05
Santarém	13.635.460,29	6.761.484,79	4.152.268,85	3.962.218,53	12.423.809,75	6.502.352,95
Setúbal	21.233.916,12	10.421.242,38	7.385.176,13	6.743.985,73	18.905.083,93	11.621.905,84
Viana do Castelo	7.120.698,72	3.850.793,69	2.166.675,27	2.642.273,60	7.008.016,49	4.240.131,65
Vila Real	5.689.360,69	2.937.097,26	1.847.326,83	1.833.851,48	6.376.703,35	3.742.889,31
Viseu	9.807.335,43	6.273.970,67	2.565.096,36	2.775.454,87	9.210.607,65	5.915.888,75
Portugal	264.769.437,53	137.430.895,31	83.641.568,66	91.511.903,67	254.086.047,86	151.100.449,38

Calcularam-se também os valores da despesa *per capita* para cada um dos grupos terapêuticos em análise, que se apresentam na tabela 5.2. Aqui aparecem já as primeiras assimetrias geográficas, referem-se como exemplo uma despesa com Antipsicóticos de 15,68 e 5,53 Euros *per capita* no distrito da Madeira e do Porto, respetivamente; ou de 23,1 e 9,85 Euros *per capita* na despesa com Anticoagulantes Oraís no distrito de Coimbra e Porto, respetivamente. Também se verificou uma assimetria no total da despesa *per capita* para em cada um dos seis grupos, sendo de 95,61 euros para o total do país, atingiu os 121,11 euros no distrito de Coimbra e apenas 83,71 euros no do Porto.

Tabela 5.2 Despesa per capita PVP por distrito e grupo terapêutico.

Distrito	População	Mais 65	Antihipertensores	Anticoagulantes	Antipsicóticos	Antiasmáticos	Antidiabéticos	Antidislipidémicos
Açores	229.169	32.899	24,92	11,37	9,05	9,89	31,08	15,14
Aveiro	697.322	143.730	26,77	14,25	6,70	8,93	25,30	15,55
Bragança	132.029	40.133	30,51	18,40	6,76	9,80	34,54	17,59
Beja	142.609	36.080	28,33	10,49	8,19	6,23	25,03	14,90
Braga	836.993	145.402	22,90	10,29	7,00	8,87	23,60	13,38
Castelo Branco	181.163	51.958	32,56	19,93	7,99	10,89	27,25	17,02
Coimbra	416.949	104.958	30,93	23,10	11,06	10,03	27,50	18,49
Évora	154.536	39.808	33,83	16,36	10,19	7,75	28,09	19,09
Faro	439.617	94.094	26,98	12,95	8,13	7,86	22,66	14,15
Guarda	135.029	39.416	30,80	17,55	5,55	8,11	27,69	17,14
Leiria	457.280	102.326	28,94	16,15	10,45	9,57	26,78	15,76
Lisboa	2.259.886	492.711	24,15	13,01	8,45	9,16	20,68	13,75
Madeira	254.368	41.656	26,46	10,59	15,68	7,35	25,15	12,75
Porto	1.776.037	337.796	21,10	9,85	5,53	8,81	25,19	13,23
Portalegre	107.057	29.214	33,80	12,15	11,47	8,82	27,53	16,88
Santarém	432.822	106.853	31,50	15,62	9,59	9,15	28,70	15,02
Setúbal	851.919	179.620	24,92	12,23	8,67	7,92	22,19	13,64
Viana do Castelo	232.178	57.786	30,67	16,59	9,33	11,38	30,18	18,26
Vila Real	186.017	49.087	30,59	15,79	9,93	9,86	34,28	20,12
Viseu	353.354	85.995	27,75	17,76	7,26	7,85	26,07	16,74
Portugal	10.276.334	2.211.522	25,76	13,37	8,14	8,91	24,73	14,70

Para efetuar uma análise comparativa entre as diferentes entidades geográficas, investigou-se a posição relativa de cada uma delas em relação à mediana da distribuição das razões calculadas (PVP por unidade dispensada e Unidades em cada embalagem por habitante). Deste modo, cada entidade podia situar-se num dos quatro quadrantes apresentados na figura 5.6. Assim, no primeiro quadrante situam-se as entidades geográficas nas quais se dispensaram um número de unidades superior à mediana do país, tendo estas um PVP superior ao da mediana do PVP dispensado no país. Pelo contrário no quarto quadrante situam-se as entidades geográficas que dispensavam menor número de unidades e que também eram as mais baratas.



Figura 5.6 Representação dos quadrantes das dispersões de PVP por unidade de administração e Unidades de administração por habitante. Os eixos representam as medianas das duas distribuições.

A figura 5.7 contém, para cada um dos seis grupos terapêuticos, as dispersões das entidades geográficas por PVP por unidade dispensada e Unidades dispensadas por habitante. Em cada um dos gráficos diferenciaram-se cinco cores para as entidades geográficas, representando estas o número de vezes que entidade geográfica aparecia no primeiro quadrante (>PVP/unidades e >Unidades/habitante) nos restantes cinco grupos terapêuticos. As entidades marcadas com um círculo sólido vermelho no gráfico de um grupo terapêutico situam-se no primeiro quadrante das dispersões dos cinco outros grupos terapêuticos; por sua vez, as entidades identificadas com círculos sólidos azuis e círculos sólidos laranjas situam-se respetivamente no primeiro quadrante em quatro ou três das dispersões dos cinco grupos terapêuticos restantes. No extremo contrário, as entidades representadas por círculos azuis ocos nunca se situam no primeiro quadrante das outras cinco dispersões. Como pode verificar-se na mesma figura, as entidades geográficas marcadas com cores sólidas, tendem em agrupar-se no primeiro quadrante ou nas proximidades deste. Pelo contrário, as entidades representados com círculos ocos, especialmente os de cor azul situam-se no quarto quadrante ou nas suas proximidades. Quer isto dizer, que o perfil de cada entidade geográfica, em relação à quantidade e valor dos medicamentos dispensados, mantém-se relativamente constante nos seis grupos terapêuticos analisados.

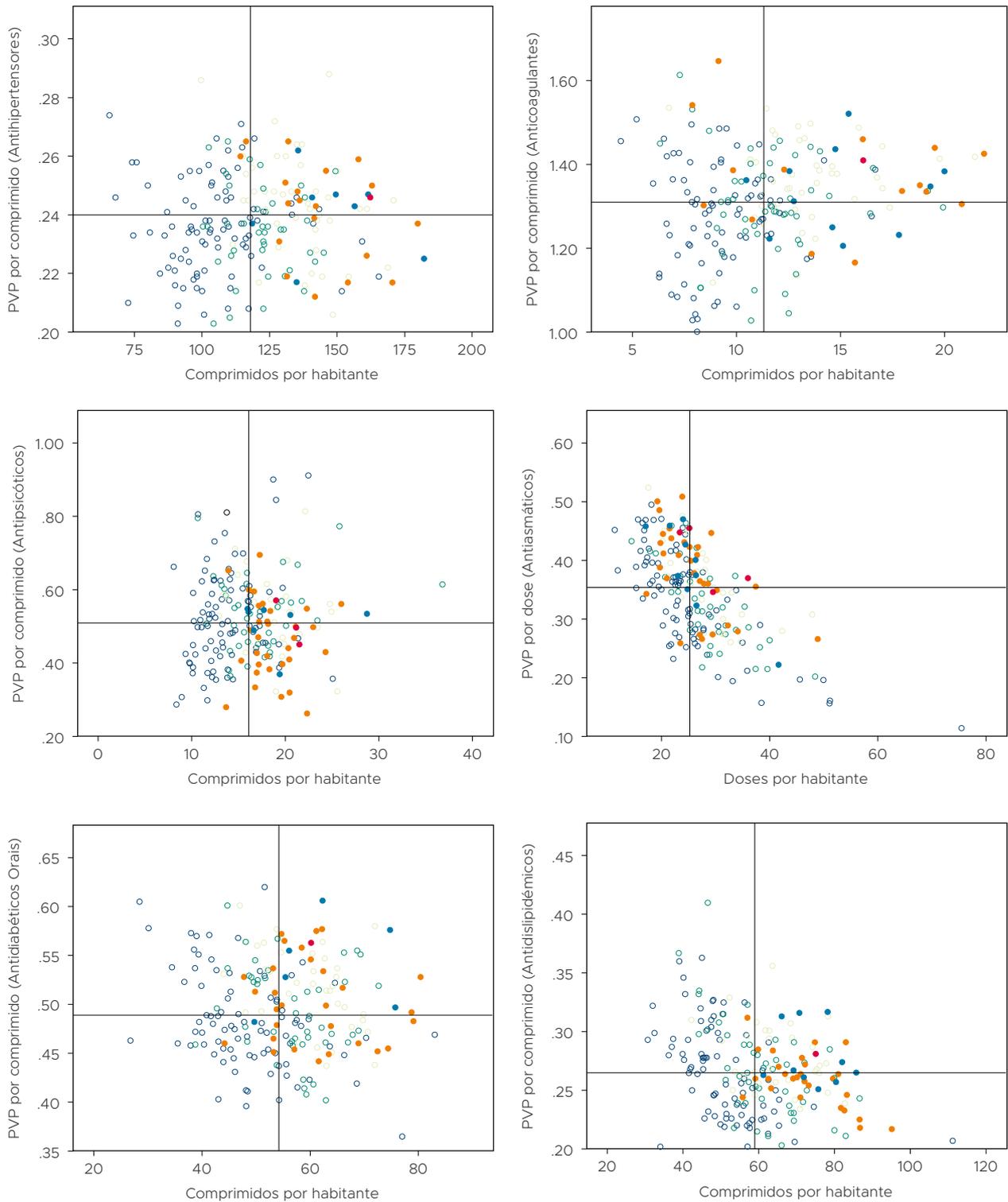


Figura 5.7 Dispersões das entidades geográficas por PVP/unidade dispensada e Unidades dispensadas/habitante.

Número de vezes que aparece no primeiro quadrante nos restantes 5 grupos terapêuticos: círculo sólido vermelho 5 vezes; círculos sólidos azuis 4 vezes; círculos sólidos laranjas 3 vezes; círculos azuis bege 2 vezes; círculos verdes ocos 1 vez; círculos azuis ocos 0 vezes.

Na figura 5.8, encontra-se, para cada grupo terapêutico, um mapa de Portugal com cada município marcado numa das quatro cores que representam os quatro quadrantes da dispersão de PVP por unidade dispensada e Unidades dispensadas por habitante na figura 5.6. Apresenta-se ainda, a análise de associação entre a proporção do valor da despesa de cada um dos grupos terapêuticos em cada entidade geográfica, em relação à despesa total com medicamentos e a percentagem de habitantes com mais de 65 anos. Apenas se observou uma correlação positiva nos Anti-hipertensores e nos Antidislipidémicos e negativa nos Antipsicóticos.

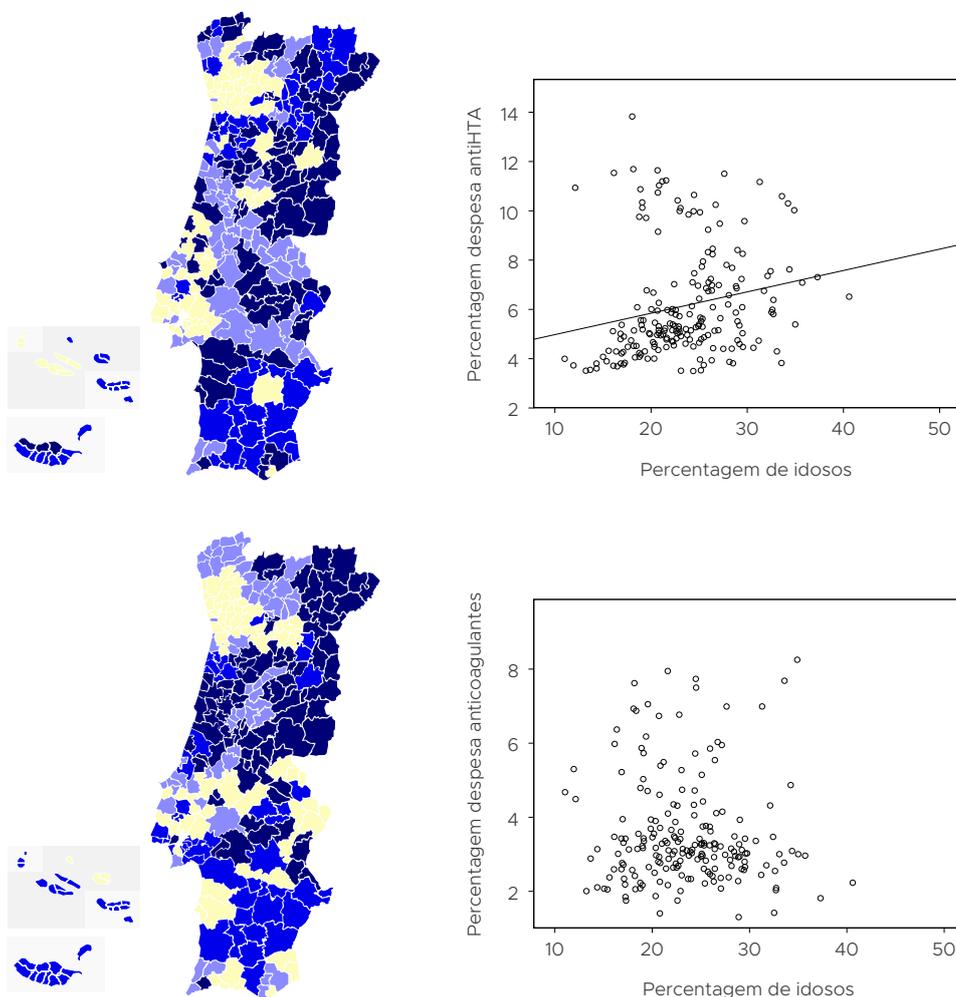


Figura 5.8 Mapas representativos dos quatro quadrantes da dispersão de PVP/unidade dispensada e Unidades dispensada/habitante.

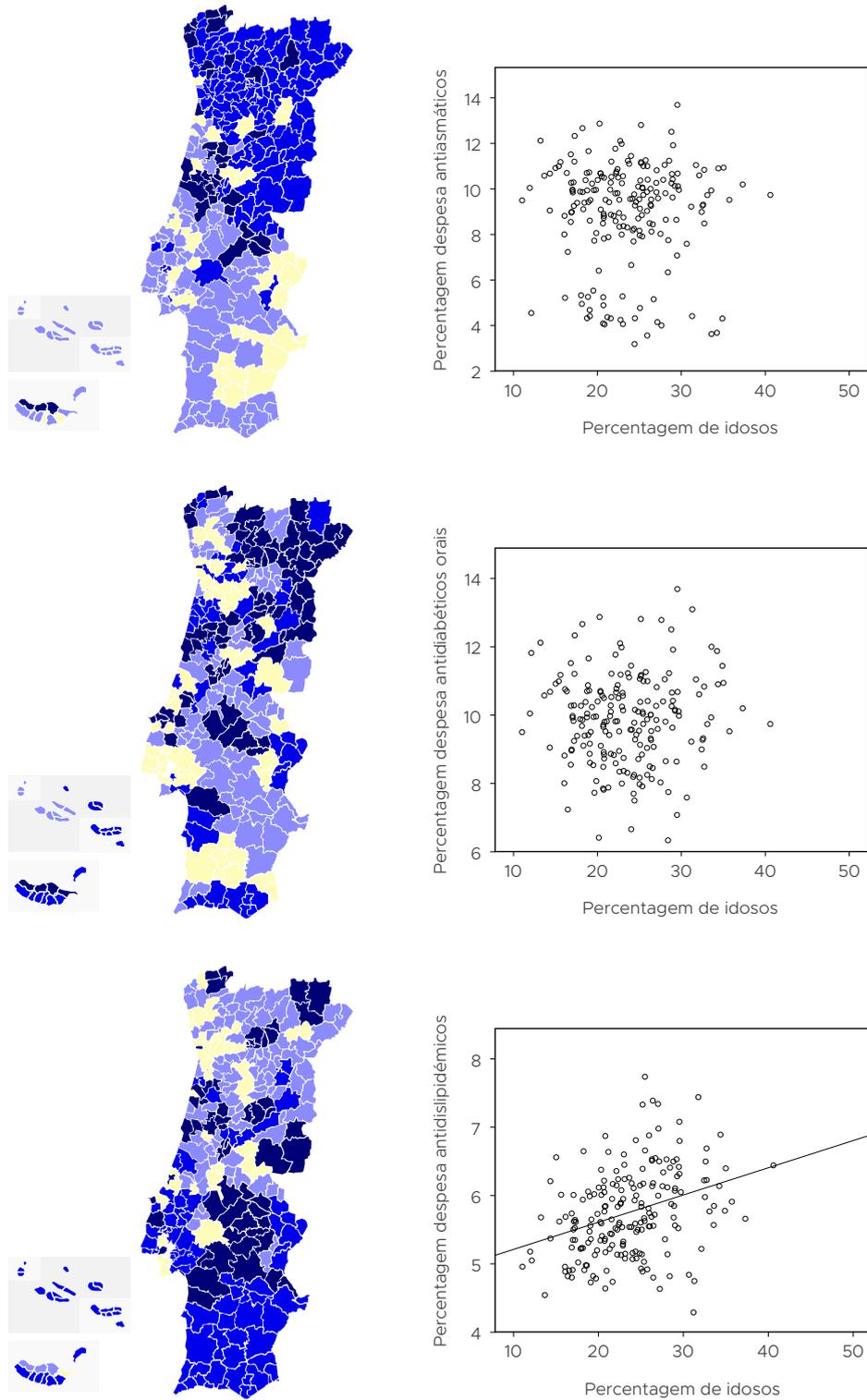


Figura 5.8 Mapas representativos dos quatro quadrantes da dispersão de PVP/unidade dispensada e Unidades dispensada/habitante (*cont.*).

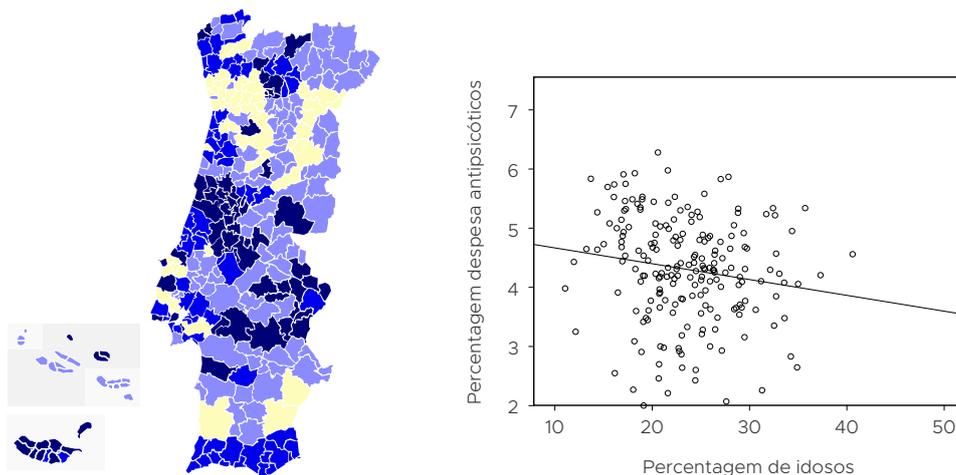


Figura 5.8 Mapas representativos dos quatro quadrantes da dispersão de PVP/unidade dispensada e Unidades dispensada/habitante (cont.).

Na tabela 5.3 apresentam-se as entidades geográficas que mais vezes aparecem no primeiro quadrante (>PVP/unidades dispensadas e >Unidades dispensadas/habitante) e no quarto quadrante (<PVP/unidades dispensadas e <Unidades dispensadas/habitante). É de salientar, a concentração das últimas no distrito do Porto e das primeiras na região centro.

Tabela 5.3 Entidades geográficas situadas nos extremos da distribuição de quadrantes de consumo de medicamentos *per capita*.

Entidades geográficas situadas 5 ou 6 vezes no primeiro quadrante

Entidade	Distrito	Veze
Figueira da Foz	Coimbra	6
Mealhada	Aveiro	5
Penacova, Vila Nova de Poiares, Mortágua	Coimbra e Viseu	5
Figueiró dos Vinhos, Pedrogão Grande, Castanheira de Pêra	Leiria	5
Abrantes	Santarém	5
Peso da Régua	Vila Real	5

Tabela 5.3 Entidades geográficas situadas nos extremos da distribuição de quadrantes de consumo de medicamentos *per capita* (cont.).

Entidades geográficas situadas 5 ou 6 vezes no quarto quadrante

Entidade	Distrito	Vezes
Maia	Porto	6
Matosinhos	Porto	6
Vila Nova de Gaia	Porto	6
Vila Verde	Braga	5
Loures	Lisboa	5
Felgueiras	Porto	5
Paredes	Porto	5
Penafiel	Porto	5
Valongo	Porto	5

Em resumo, este estudo pôde identificar importantes assimetrias na despesa dos medicamentos mediante a utilização de duas variáveis que mitigam o efeito das diferentes composições etárias das entidades geográficas analisadas, mais ainda quando se utilizaram seis grupos terapêuticos com associações entre consumo e proporção de idosos claramente diferentes. No geral, observou-se um menor consumo de medicamentos e menor gasto no distrito do Porto. Pelo contrário maior consumo com valor mais elevado na despesa em municípios da região Centro.

Tal como no Relatório Primavera de 2018, reitera-se a necessidade de dispor da informação das Doses Diárias Definidas (DDD) como métrica padrão de consumo de medicamentos. O presente estudo utilizou dados de dispensa fornecidos pela hmR, que não representam exatamente os encargos do SNS, já que os dados que tinham sido solicitados às entidades do SNS não foram cedidos atempadamente.

5.3.1 Referências

1. Mendes, F; Duarte-Ramos, F.; Barros, H.; Ferreira, P.L; Gaspar, R. & Santana, R. (2018). Meio Caminho Andado. *Relatório de Primavera 2018*. OPSS. Disponível em: <http://opss.pt/relatorio-primavera/>
2. Mair A, Fernandez-Llimos F, Alonso A, Harrison C, Hurding S, Kempen T, Kinnear M, Michael N, McIntosh J, Wilson M. The Simpathy consortium. Polypharmacy management by 2030: a patient safety challenge. Coimbra SIMPATHY Consort. 2017.

5.4 INOVAÇÃO TERAPÊUTICA: O ACESSO AOS NOVOS MEDICAMENTOS E O QUADRO DE PREVISIBILIDADE NECESSÁRIA

Rogério Sá Gaspar

5.4.1 Inovação terapêutica

O acesso à inovação terapêutica é um assunto cada vez mais atravessado por posições apaixonadas, determinadas por legítimos interesses: (i) de natureza financeira associada a empresas e “pagadores” (públicos ou privados); (ii) necessidades legítimas de acesso a novas soluções terapêuticas (sentidas pelos doentes e suas famílias), (iii) determinantes culturais e sociais (atravessadas por correntes doutrinárias e convicções *tech-friendly* ou *tech-adverse*). Estas correntes são ainda atravessadas por fluxos de informação na opinião pública em que estando, os meios de comunicação social de massas ou redes sociais, sob pressão intensa, acabam por refletir, demasiadas vezes, situações de desconhecimento total do que está em causa. É por isso importante esclarecer dúvidas e explicar contextos de processos de I&D+i, procedimentos de decisão e contextos de financiamento.

Em primeiro lugar dizer o óbvio de que, na área do medicamento, a inovação é determinada por um longo ciclo de descoberta científica, desenvolvimento e inovação terapêutica e clínica que, em casos de sucesso, pode demorar de 6 a 12 anos e carregar custos agregados superiores a 2,5 mil milhões de dólares⁽¹⁾. Contribui para este custo elevadíssimo uma elevada taxa de falha (*attrition rate*), particularmente na fase clínica de desenvolvimento, determinada por, entre outros, três ordens de fatores: (i) insuficiências na translação (questões científicas relacionadas com a inadequação de modelos na passagem para a investigação clínica); (ii) determinantes organizacionais nas empresas (as empresas de maior dimensão não são necessariamente mais eficientes); e ainda (iii) inadequação de alguns aspetos da regulação pré-AM, muito determinada historicamente por um comportamento quase exclusivamente reativo, com deficiente incorporação de novas dimensões associadas à investigação “*de ponta*”, déficit claro quanto a uma maior proatividade regulamentar, e por isso mesmo sofrendo de alguma desadequação sistémica, relativamente a certas áreas científicas e/ou avanços tecnológicos.

Uma análise histórica, na área do medicamento, olhando para as últimas sete décadas, permite ver melhor a relativa estagnação do processo de I&D+i, face a outros sectores tecnológicos com, apesar de tudo, uma assinalável regularidade nos “picos” e “vales”. Estes dados, referidos na Figura 5.9 referem-se ao fator de produtividade do processo utilizando o fator “*número de novas moléculas aprovadas para comercialização*”^(2,3,4,5,6). Os custos médios do processo podem ainda ser analisados olhando para duas dimensões diferentes: em função do custo relativo de cada fase do ciclo de I&D+i; ou ainda por análise da variação histórica do custo total projetado (ver Tabela 5.4)⁽⁷⁾.

FDA 1993-2018

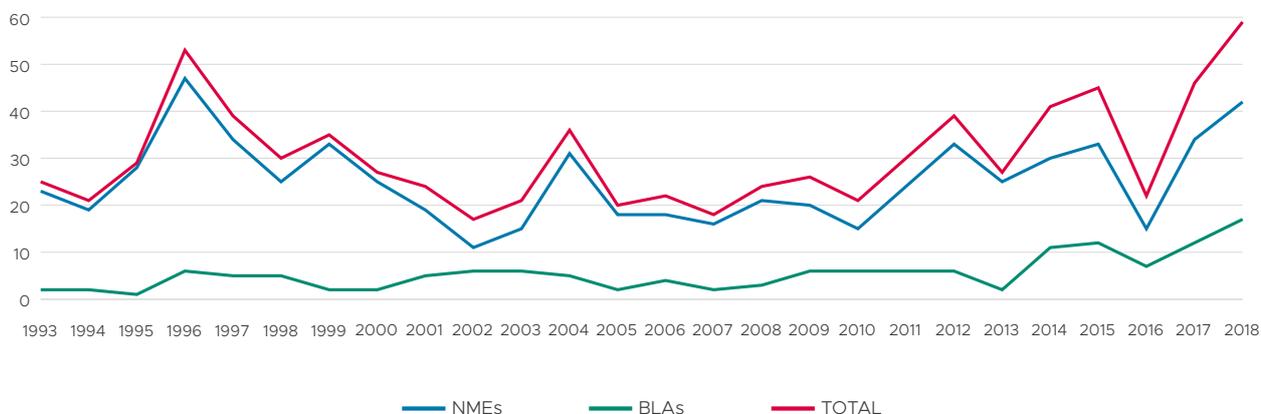


Figura 5.9 Avaliação do “factor de produtividade” do processo utilizando como factor de análise o “número de novas moléculas aprovadas para comercialização” (NMEs novas moléculas de síntese química e BLAs correspondente a “*biotech drugs*”).

Fonte: Asher Mullard, “2018 FDA drug approvals”, Nature Reviews in Drug Discovery, 18: 85-89 (2019).

Tabela 5.4 Custo relativo de cada fase do ciclo de I&D+i; ou ainda por análise da variação histórica do custo total projetado (valores em milhões de USD, dólares US).

Ano versus Tipo de custo	Descoberta científica e fase Pré-clínica	Fase I	Fase II	Fase III	Submissão até introdução no mercado	Total
2010	USD 824	USD 273	USD 319	USD 314	USD 48	USD 1778*
2016	USD 1098	USD 1460			USD 312	USD 2870**

(*) Incluindo 11% de custos com capital

(**) Incluindo 10,5% de custos com capital

Fonte:

(*) Steven M. Paul, Daniel S. Mytelka, Christopher T. Dunwiddie, Charles C. Persinger,, Bernard H. Munos, Stacy R. Lindborg and Aaron L. Schacht, “How to improve R&D productivity: the pharmaceutical industry’s grand challenge”, Nature Reviews Drug Discovery, 9 (3): 203-214 (2010)

(**) Joseph A. DiMasi, Henry G. Grabowski, Ronald W. Hansen, “Innovation in the pharmaceutical industry: New estimates of R&D costs”, Journal of Health Economics 47: 20–33 (2016).

Sabendo que o preço final depende fortemente dos custos de I&D+i e ainda de importantes variáveis de mercado (como tempo máximo para recuperação do investimento, determinado pelo aparecimento de “genéricos” e/ou outros medicamentos concorrentes na mesma área terapêutica), estes números não podem ser negligenciados.

Uma análise atualizada permite também perceber a importância relativa de diferentes áreas terapêuticas (ver Tabela 5.5)⁽²⁻⁶⁾.

Tabela 5.5 Importância relativa de diferentes áreas terapêuticas, avaliada tendo como fonte as autorizações de AIM emitidas pela FDA.

Área/Ano	2014	2015	2016	2017	2018
Oncologia	22%	31%	18%	26%	27%
Doenças Infecciosas	22%	9%	18%	17%	20%
Neurologia	10%	-	18%	13%	14%
Metabolismo e Endocrinologia	12%	9%	5%	9%	-
Erros de metabolismo/doenças lisossomais	5%	7%	-	4%	5%
Hematologia	-	7%	5%	2%	8%
Pulmonar	7%	4%	5%	2%	5%
Gastroenterologia	7%	7%	5%	7%	5%
Oftalmologia	-	-	5%	4%	2%
Dermatologia	7%	4%	9%	7%	2%
Psiquiatria	-	7%	5%	-	-
Cardiologia	3%	9%	-	4%	2%
Outros	5%	6%	7%	5%	10%

Fontes:

- Asher Mullard, “2014 FDA Approvals”, Nature Reviews in Drug Discovery, 14: 77-81 (2015)
- Asher Mullard, “2015 FDA Approvals”, Nature Reviews in Drug Discovery, 15: 73-76 (2016)
- Asher Mullard, “2016 FDA Approvals”, Nature Reviews in Drug Discovery, 16: 73-76 (2017)
- Asher Mullard, “2017 FDA Approvals”, Nature Reviews in Drug Discovery, 17: 81-85 (2018)
- Asher Mullard, “2018 FDA Approvals”, Nature Reviews in Drug Discovery, 18: 85-89 (2019)

Variáveis de contexto determinaram também um impacto histórico relevante nas áreas da oncologia (novos medicamentos biotecnológicos), doenças raras (medicamentos órfãos), doenças infecciosas (HPV, Hepatite C) ou ainda a acumulação com o peso crescente da cronicidade da doença em áreas muito relevantes (HIV/SIDA, Cancro, Diabetes, Cardiovasculares, Neurodegenerativas, Asma e DOPC, Hemodialisados, Saúde mental).

Os próximos anos serão palco de uma pressão crescente sobre a despesa pública em medicamentos e outras tecnologias inovadoras na saúde, continuando o caminho já percorrido nas áreas dos medicamentos órfãos, terapias avançadas e terapêuticas personalizadas^(8,9).

5.4.2 Medicamentos inovadores em Portugal

Os números relativos à introdução de medicamentos inovadores no mercado português nos últimos dez anos mostram flutuações significativas, determinadas por um lado pela pressão da introdução da inovação (associada em particular a algumas áreas terapêuticas mais diferenciadas), mas igualmente por ciclos de contenção de custos no SNS, associados ao “memorando de entendimento” no período da TROIKA e suas consequências diferidas no tempo.

Uma análise superficial da aprovação de utilização em Portugal da inovação terapêutica, evidencia desde logo o impacto de um quadro legal evolutivo. As consequências das alterações normativas e das determinantes relacionadas com controlo de custos mostram para uma janela temporal fixa uma evolução assimétrica (ver Tabela 5.6)⁽¹⁰⁾.

Tabela 5.6a Evolução das decisões sobre aprovação de utilização da inovação terapêutica, em Portugal, nos últimos dez anos. Números relativos a medicamentos com novas substâncias ativas/novas indicações terapêuticas.

	Ambulatório	Avaliação Prévia	Total
2009	17	14	31
2010	16	13	29
2011	12	11	23
2012	5	13	18
2013	24	7	31
2014	22	23	45
2015	24	13	37
2016	24	27	51
2017	18	42	60
2018	9	31	40

Fonte: INFARMED, 2019.

Tabela 5.6b Decisões sobre aprovação de utilização da inovação terapêutica, em Portugal, no período 2016-2018. Números relativos a medicamentos com novas substâncias ativas/novas indicações terapêuticas.

2016		2017		2018	
Nome Comercial	DCI	Nome Comercial	DCI	Nome Comercial	DCI
Trulicity	Dulaglutido	NovoEight	Turoctocog alfa	Darzalex	Daratumumab
Jardiance	Empagliflozina	Stelara	Ustekinumab	Darzalex	Daratumumab
XTANDI	Enzalutamida	Taptiqom	Tafprost + Timolol	Symtuza	Darunavir + Cobicistate + Emtricitabina + Tenofovir alafenamida
ENBREL	Etanercept	Keytruda	Pembrolizumab	Prolia	Denosumab
Lixiana	Edoxabano	Victoza	Liraglutido	Soliris	Eculizumab
Spiolto Respimat; Yanimo Respimat	Olodaterol + Brometo de tiotrópio	Zalviso	Sufentanilo	Soliris	Eculizumab
Olbete	Oxicodona	Zykadia	Ceritinib	Cerdelga	Eliuglusto
Targin	Oxicodona + Naloxona	Tagrisso	Osimertinib	Repatha	Evolocumab
Velphoro	Oxihidróxido sucroférico	Taltz	Ixecizumab	Cresemba	Isavuconazol
Xadago	Safinamida	Actikerall	Ácido salicílico + Fluorouracilo	Blocan	Losartan + Amlodipina
Champix	Vareniclina	Lynparza	Olaparib	Vargatef	Nintedanib
Roactemra	Tocilizumab	Vectibix	Panitumumab	Refixia	Nonacog beta pegol
Exviera	Dasabuvir	Procoralan	Ivabradina	Spinraza	Nusinersen
Viekirax	Ombitasvir + Paritaprevir + Ritonavir	Entresto	Sacubitril + Valsartan	Gazyvaro	Obinutuzumab
Imbruvica	Ibrutinib	Adenuric	Febuxostate	Xolair	Omalizumab
Rezolsta	Darunavir + Cobicistate	Cosentyx	Secucinumab	Ongentys	Opicapona
Triumeq	Dolutegravir + Abacavir + Lamivudina	Cosentyx	Secucinumab	Abraxane	Paclitaxel

Tabela 5.6b Decisões sobre aprovação de utilização da inovação terapêutica, em Portugal, no período 2016-2018. Números relativos a medicamentos com novas substâncias ativas/novas indicações terapêuticas (*cont.*).

2016		2017		2018	
Nome Comercial	DCI	Nome Comercial	DCI	Nome Comercial	DCI
Orencia	Abatacept	APO-GO	Apomorfina	Lemtrada	Alemtuzumab
Zytiga	Abiraterona	Movin	Cinarizina + dimenidrinato	Volibris	Ambrisentano
Trinomia	Ácido acetilsalicílico + Atorvastatina + Ramipril	Colobreathe	Colistimetato de sódio	Trinalion	Amlodipina + Atorvastatina
Humira	Adalimumab	Tafinlar	Dabrafenib	Zolnor e Sevikar HCT	Amlodipina + Olmesartan medoxomilo + Hidroclorotiazida
SYCREST	Asenapina	Daklinza	Daclatasvir	Bilaxten e Lergonix	Bilastina
Stapressial; Triveram	Atorvastatina + Perindopril + Amlodipina	Zepatier	Elbasvir + Grazoprevir	Blinicyto	Blinatumomab
Edarclor	Azilsartan medoxomilo + Clorotalidona	Nucala	Mepolizumab	Kyntheum	Brodalumab
Cosyrel	Bisoprolol + Perindopril	Ofev	Nintedanib	Kyprolis	Carfilzomib
Incruse	Brometo de umeclidínio	Keytruda	Pembrolizumab	NovoThirteen	Catridecacog
Simbrinza	Brimonidina + Brinzolamida	Nuwiq	Simoctocog alfa	Zerbaxa	Ceftolozano + Tazobactam
Cimzia	Certolizumab pegol	Epclusa	Sofosbuvir + Velpatasvir	Mavenclad	Cladribina
Cimzia	Certolizumab pegol	Mekinist	Trametinib	Celsior	Cloreto de magnésio hexa- hidratado + Cloreto de potássio + Cálcio, cloreto di-hidratado + Glutaciona + Hidróxido de sódio + Histidina + Manitol + Ácido glutâmico + Ácido lactobiónico

Tabela 5.6b Decisões sobre aprovação de utilização da inovação terapêutica, em Portugal, no período 2016-2018. Números relativos a medicamentos com novas substâncias ativas/novas indicações terapêuticas (cont.).

2016		2017		2018	
Nome Comercial	DCI	Nome Comercial	DCI	Nome Comercial	DCI
Cosentyx	Secucinumab	Cotellic	Cobimetinib	Oncaspar	Pegaspargase
Aprokam	Cefuroxima	Entyvio	Vedolizumab	Keytruda	Pembrolizumab
Cluvot	Factor XIII da coagulação humana	Firdapse	Amifampridina	Isentress	Raltegravir
Respreeza	Antitripsina alfa-1	Velcade	Bortezomib	Ramipril + Amlodipina Krka	Ramipril + Amlodipina
Kadcyla	Trastuzumab emtansina	Velcade	Bortezomib	Stivarga	Regorafenib
Gazyvaro	Obinutuzumab	Zostavax	Vacina viva contra a zona (Herpes zoster)	Stivarga	Regorafenib
Erivedge	Vismodegib	Invokana	Canagliflozina	Cinquaero	Reslizumab
Giotrif	Afatinib	Rapiscan	Regadenosona	Kisqali	Ribociclib
Hemangirol	Propranolol	Entyvio	Vedolizumab	Rozor e Lipocomb	Rosuvastatina + Ezetimiba
Esbriet	Pirfenidona	Sylvant	Siltuximab	Valarox	Rosuvastatina + Valsartan
Lucentis	Ranibizumab	Signifor	Pasireotido	Uptravi	Selexipag
Lucentis	Ranibizumab	Translarna	Atalureno		
Ilaris	Canacinumab	Opdivo	Nivolumab		
Eylea	Aflibercept	Sirturo	Bedaquilina		
Eylea	Aflibercept	Esmya	Ulipristal		
Monofar	Complexo ferro-dextrano	Pixuvri	Pixantrona		
Praxbind	Idarucizumab	Opdivo	Nivolumab		
Adcetris	Brentuximab vedotina	Genvoya	Elvitegravir + Cobicistate + Emtricitabina + Tenofovir Alafenamida		

Tabela 5.6b Decisões sobre aprovação de utilização da inovação terapêutica, em Portugal, no período 2016-2018. Números relativos a medicamentos com novas substâncias ativas/novas indicações terapêuticas (*cont.*).

2016		2017		2018	
Nome Comercial	DCI	Nome Comercial	DCI	Nome Comercial	DCI
Iclusig	Ponatinib	Elocta	Efmoroctocog alfa		
Xofigo	Dicloreto de rádio (223Ra)	Kovaltry	Octocog alfa		
Tafinlar	Dabrafenib	Descovy	Emtricitabina + Tenofovir alafenamida		
Zydelig	Idelalisib	Xalkori	Crizotinib		
Orencia	Abatacept	Opdivo	Nivolumab		
		Lonsurf	Trifluridina + Tipiracilo		
		Odefsey	Emtricitabina + Rilpivirina + Tenofovir alafenamida		
		Galafold	Migalastate		
		Stovadis	Carvedilol + Ivabradina		
		Ocaliva	Ácido obeticólico		

Fonte: INFARMED, 2019.

A introdução da inovação terapêutica é muito assimétrica na União Europeia (ver Figura 5.10a e 5.10b)⁽¹¹⁾, determinada por decisões nacionais relativas a preço e reembolso, considerando que as questões de qualidade, segurança e eficácia, resolvidas em sede de AIM, são forçosamente enquadradas de forma similar em toda a UE. O papel crescente da *avaliação de tecnologias de saúde* (HTA) não é negligenciável e o seu carácter ainda nacional é fonte de debate no espaço comunitário^(12,13).

Estudos EFPIA 2017 e 2018

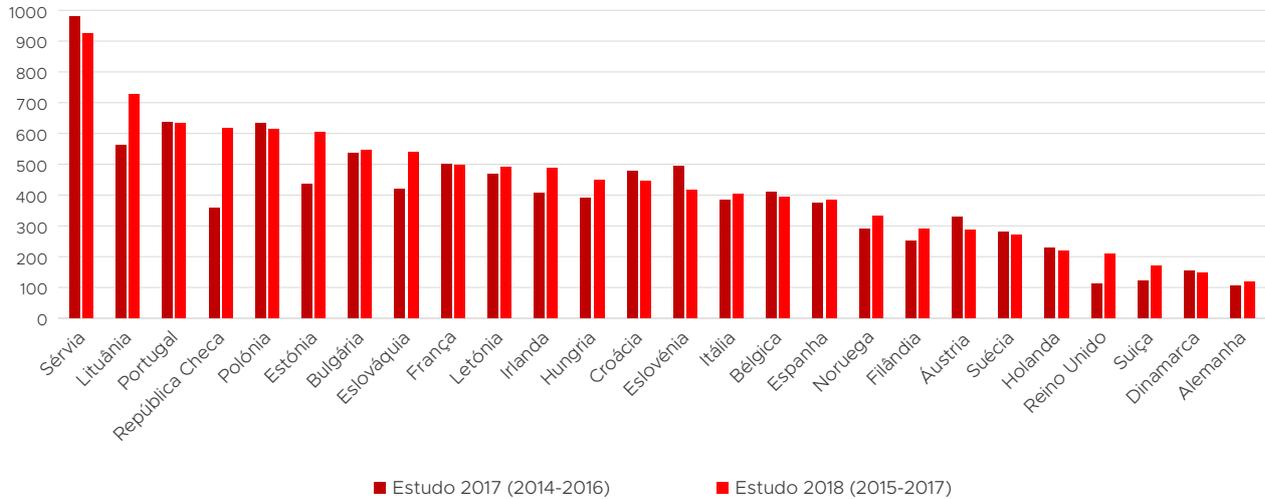


Figura 5.10a A velocidade de introdução da inovação terapêutica é muito assimétrica na União Europeia, como evidenciado em estudo comparativo realizado para a associação europeia da indústria farmacêutica (EFPIA), mostrando o número de dias que decorrem entre a autorização de introdução no mercado (AIM) e o acesso pelos doentes.

No caso português o tempo para acesso pelos doentes é 6x mais longo do que o melhor resultado europeu no período de 2014-2016 (Alemanha com 106 dias), baixando para 5x mais longo do que o melhor resultado europeu no período de 2015-2017 (Alemanha com 119 dias), mas mantendo no caso português tempos comparáveis de 637 e 634 dias respetivamente.

Quando se compara com Espanha (mercados comparáveis e próximos), Portugal tem um desempenho 1,7x pior em 2014-2016 e 1,6x pior em 2015-2017.

De notar que os dados não explicitam quais os principais fatores que contribuem para esses atrasos, pelo que se torna imperativo uma avaliação mais fina dos diferentes segmentos do processo de acesso à inovação terapêutica.

Fonte: EFPIA Patient W.A.I.T. Indicator 2018 survey, 3 April 2019 in <https://www.efpia.eu/media/412747/efpia-patient-wait-indicator-study-2018-results-030419.pdf>

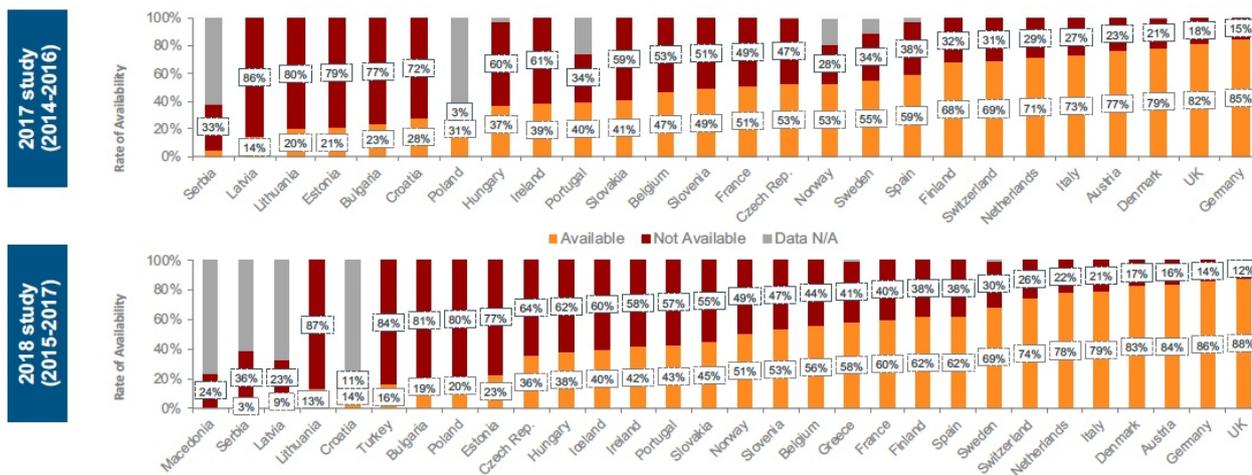


Figura 5.10b Taxa de disponibilização de novos medicamentos, comparação entre 2017 e 2018, utilizando um grupo de países avaliados em estudo da EFPIA. Portugal aparece neste estudo com apenas 40% ou 43% dos medicamentos aprovados já disponíveis no mercado. De novo, o estudo carece de uma análise metodológica mais detalhada, medicamento a medicamento e avaliando o valor da real inovação terapêutica introduzida mas evidencia um problema no acesso à inovação quando comparado com outros países europeus, quer se compare com o melhor resultado (Alemanha) ou apenas com o caso de Espanha.

Fonte: EFPIA Patient W.A.I.T. Indicator 2018 survey, 3 April 2019 in <https://www.efpia.eu/media/412747/efpia-patient-wait-indicator-study-2018-results-030419.pdf>

Relatórios oriundos da indústria farmacêutica (EFPIA e APIFARMA) evidenciam um quadro assimétrico na introdução de medicamentos inovadores na União Europeia e questões críticas sobre o valor adicional da introdução de novos medicamentos (ver na EU relatório EFPIA⁽¹¹⁾ e em Portugal relatório APIFARMA 2018⁽¹⁴⁾). Apesar da crítica das autoridades públicas nacionais de que estes números não refletem a totalidade dos factos, a verdade é que estabelecem o único comparador, publicamente disponível, entre diferentes Estados membros da União Europeia e uma perspetiva de análise sobre áreas críticas para a sustentabilidade futura do sistema de saúde público (SNS).

A excessiva interferência do quadro de decisão orçamental imediato no acesso à inovação, resulta de um insuficiente exercício de antecipação e previsão dos ciclos de inovação, em áreas críticas do sistema de saúde. *Um exemplo paradigmático e extremo foi o do tempo para decisões no âmbito da introdução das terapêuticas inovadoras da Hepatite C, mas outros poderiam ser frequentemente apontados.* Isto acontece com uma frequência excessiva, incompreensível no âmbito de uma área de intervenção dos poderes públicos em que a previsibilidade é muito elevada. Basta agregar informação disponível para as entidades decisoras, que permitiria um melhor trabalho capaz de antecipar os ciclos de introdução de novos medicamentos/tecnologias. De facto, a informação necessária está disponível para o sector público, no quadro nacional, e ainda no quadro da participação nacional nas instituições europeias relevantes (permitindo olhar para todo o ciclo de I&D+i após a entrada em investigação clínica). Neste âmbito, existe ampla oportunidade para melhoria de planeamento e processos

de decisão, utilizando o papel central do INFARMED no sistema europeu de avaliação e supervisão do medicamento, mas também na cooperação reforçada entre Estados membros da União Europeia em matéria de HTA. Certamente com um quadro de recrutamento que permita a fixação de quadros competentes. Mas também melhorando a capacidade de análise de informação acessível, permitindo tomadas de decisão, assentes em exercícios de “*horizon scanning*” muito antecipados, balanceando vários equilíbrios, no momento de decisão sobre opções, relativas a várias áreas terapêuticas hoje críticas para a sustentabilidade do financiamento público.

Em anos e relatório futuros iremos proceder a uma monitorização especializada sobre o acesso a medicamentos e tecnologias inovadoras, debruçando-nos particularmente sobre as melhorias a introduzir no quadro de procedimentos nacionais. Os cidadãos portugueses têm direito a obter maior transparência nestes processos, com aumento de eficiência dos procedimentos de decisão, disponibilização de um leque alargado de instrumentos de análise, previsão e construção de um sistema justo, sustentável e capaz de dar resposta a necessidades terapêuticas, face a avanços tecnológicos significativos e a custos associados que colocam em questão modelos tradicionais de decisão.

5.4.3 Proposta de quadro de debate/decisão

No quadro de decisões a implementar nesta área devem-se considerar desde logo três determinantes *major*: o quadro europeu, o quadro institucional português (incluindo a sustentabilidade financeira do SNS) e a transparência e eficiência dos procedimentos.

Assim, e sujeito a atualização em próximos relatórios propõe-se desde já, para debate, o seguinte quadro alargado de medidas a considerar no debate e processo de planeamento de novo quadro institucional e decisão:

- i. **Garantir ambiente propício à inovação**, com sustentabilidade das políticas públicas, na totalidade do quadro de políticas comunitárias e nacionais, desde a I&D+i até ao mercado;
- ii. **Abrir espaço para decisões tecnicamente harmonizadas no quadro comunitário**, não apenas no período pré-AIM, mas durante todo o ciclo de vida da inovação (envolvendo maior coordenação de entidades e grupos de trabalho, ex. EMA, EUnetHTA, Grupo de Valetta e outros);
- iii. **Atribuir maior papel dos doentes** (ou *patient advocacy groups*) **em todo o processo de decisão** e não apenas no quadro pré-AIM como atualmente acontece;
- iv. **Incrementar transparência dos procedimentos de harmonização de fixação de preço** quer do lado das empresas quer do lado dos “pagadores”, face a imperiosa necessidade de garantir acesso equitativo no espaço comunitário;

- v. **Planear com antecipação razoável os ciclos de introdução da inovação**, impedindo a repetição cíclica de casos de decisão por “necessidade imperiosa e urgente” (ex. Hepatite C);
- vi. **Realizar exercícios regulares de “horizon-scanning”**, realizados em conjunto entre autoridades reguladoras, “pagadores” públicos e privados e empresas proprietárias da inovação, afim de garantir previsibilidade e sustentabilidade ao quadro de decisão;
- vii. **Incrementar o papel de “stakeholders”** na discussão pública e transparente no período pós-ALM, incluindo as revisões periódicas de preço e comparticipação, matéria que não diz respeito apenas ao Estado e empresas mas também a utilizadores do sistema de saúde, SNS e sub-sistemas públicos ou privados;
- viii. **Normalizar os preços de decisão assentes na contratualização de objetivos em Saúde**, com revisão periódica de indicadores em monitorização nos termos de contratos transparentes;
- ix. **Ligar os aspetos relativos à introdução da inovação no âmbito do SNS à sustentabilidade do seu financiamento**, determinada por vasos comunicantes entre vários tipos de decisões com impacto orçamental (ex. genéricos, preços de referência, avaliação e reavaliação das tecnologias de saúde utilizadas), assente num quadro orçamental de decisão plurianual;
- x. Dotar Portugal de um sistema de decisão público, com um quadro institucional estabilizado, com a **passagem do atual INFARMED a entidade reguladora independente**, assumindo a supervisão de medicamentos e outras tecnologias de saúde (incluindo a ligação com entidade promotora da investigação clínica), parte da rede europeia que já integra (estendendo competências a HTA), incluindo avaliação técnica com impacto no preço e reembolso, e deixando para o Governo (separando procedimentos), no quadro das competências estabelecidas em sede de OE, a decisão final sobre preço e comparticipações para poder assegurar o necessário equilíbrio da despesa pública.

Relativamente a este último ponto devem ainda afastar-se tabus incompreensíveis e, sem complexos culturais, permitir uma discussão, de forma construtiva e aberta, da vantagem na concentração das competências técnicas aqui discutidas (medicamentos e outras tecnologias de saúde) com as atuais competências da ERS (Entidade Reguladora da Saúde), agregando o vasto leque de opções de análise e preparação técnica dos processos de decisão, no quadro de uma instituição regulamentar comum, única e dotada de autonomia adequada (entidade reguladora independente).

5.4.4 Referências

1. Joseph A. DiMasi, Henry G. Grabowski, Ronald W. Hansen, “Innovation in the pharmaceutical industry: New estimates of R&D costs”, *Journal of Health Economics* 47: 20-33 (2016). <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2016.01.012>
2. Mullard A, “2014 FDA Approvals”, *Nature Reviews in Drug Discovery*, 14: 77-81 (2015) <https://doi.org/10.1038/nrd4545>
3. Mullard A, “2015 FDA Approvals”, *Nature Reviews in Drug Discovery*, 15: 73-76 (2016) <https://doi.org/10.1038/nrd.2016.15>
4. Mullard A, “2016 FDA Approvals”, *Nature Reviews in Drug Discovery*, 16: 73-76 (2017) <https://doi.org/10.1038/nrd.2017.14>
5. Mullard A, “2017 FDA Approvals”, *Nature Reviews in Drug Discovery*, 17: 81-85 (2018) <https://doi.org/10.1038/nrd.2018.18>
6. Mullard A, “2018 FDA Approvals”, *Nature Reviews in Drug Discovery*, 18: 85-89 (2019) <https://doi.org/10.1038/d41573-019-00014-x>
7. Paul S.M., Mytelka D.S., Dunwiddie C.T., Persinger C.C., Munos B.H., Lindborg S.R. and Schacht A.L., “How to improve R&D productivity: the pharmaceutical industry’s grand challenge”, *Nature Reviews Drug Discovery*, 9 (3): 203-214 (2010) <https://doi.org/10.1038/nrd3078>
8. EMA Regulatory Science to 2025: Strategic Reflection, EMA 2018, https://www.ema.europa.eu/en/documents/regulatory-procedural-guideline/ema-regulatory-science-2025-strategic-reflection_en.pdf
9. Nimmegern E., Benediktsson I. and Norstedt I., “Personalized Medicine in Europe”, *Clin Transl Sci* 10, 61–63 (2017) <https://doi.org/10.1111/cts.12446>
10. Fonte: INFARMED
11. EFPIA Patient W.A.I.T. Indicator 2018 survey, 3 April 2019 in <https://www.efpia.eu/media/412747/efpia-patient-wait-indicator-study-2018-results-030419.pdf>
12. Mapping of HTA national organisations, programmes and processes in EU and Norway, Written by Julia Chamova, Stellalliance AB – May, 2017. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/technology_assessment/docs/2018_mapping_npc_en.pdf
13. Proposal for a REGULATION OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL on health technology assessment and amending Directive 2011/24/EU, Brussels, 31.1.2018 COM(2018) 51 final, 2018/0018 (COD), https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/technology_assessment/docs/com2018_51final_en.pdf

14. “Apifarma – perspectiva holística sobre o valor dos medicamentos em Portugal”, Outubro de 2018, https://www.apifarma.pt/Documentos%20ENews/Estudo_Valor_Medicamento_Portugal_25.10.2018.pdf

CONCLUSÃO

FELISMINA MENDES¹

FILIPA DUARTE-RAMOS²

HENRIQUE BARROS³

PEDRO LOPES FERREIRA⁴

ROGÉRIO SÁ GASPAR²

1 | Universidade de Évora

2 | Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

3 | Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto

4 | Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

CONCLUSÃO

O tema selecionado para sustentar o Relatório de Primavera (RP) 2019 afirma-se e justifica-se pela necessidade, por vezes adormecida, de se continuar a assumir a Saúde como um direito humano, tal como o consagra a Declaração Universal do Direitos Humanos. No mesmo sentido, importa também afirmar claramente que o SNS está bem melhor do que muitos pretendem fazer crer – a evolução dos indicadores de saúde do país é apenas um exemplo. A questão é se, apesar disso, continua com capacidade para dar resposta ao constante aumento da procura, às atuais necessidades de uma população cada vez mais envelhecida e também cada vez mais exigente e se tem total capacidade para enfrentar e/ou pelear com um setor privado cada vez mais pujante, em termos de recursos técnicos/tecnológicos e humanos e ao nível da qualidade que se exige nos cuidados e serviços oferecidos.

Este ano mais uma vez o RP coincide com o fim de um ciclo legislativo. Um **balanço sobre a atividade governativa** do setor impôs-se desde logo. Foi realizado por três visões politicamente engajadas e assumidas. Delas, ressalta o tempo perdido em reformas que se impunham e ficaram mais uma vez por concretizar. Dos diferentes grupos criados pelo primeiro titular da pasta da saúde, da Reforma do SNS à Lei de Bases da Saúde, o que ficou para memória futura é manifestamente pouco, face às expetativas geradas. Sobre a Lei de Bases da Saúde, os constantes avanços e recuos estratégicos traduziram-se na aparente incapacidade de promover consensos para a sua aprovação nesta legislatura. Salientou-se que as preocupações e orientações políticas resultaram numa ação dominada pela procura da sustentação financeira do SNS no imediato, sem se poder centrar na sustentabilidade técnica, estrutural, humana e financeira do SNS, a longo prazo. Criticou-se a liberdade de escolha, considerando-se que serviu principalmente para tentar mascarar a ausência de respostas de proximidade e criticaram-se os CSP a duas velocidades (USF e UCSP) e as dinâmicas associadas à criação e organização das USF. Também a escassez de criação de lugares em CCI, nomeadamente na área domiciliária e de saúde mental, revelam que esta foi uma aposta perdida na atual legislatura. Os pontos positivos associados à análise deste ciclo governativo da saúde centram-se na Estratégia Integrada para a Alimentação Saudável, no Plano Nacional para a Atividade e no Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados (que se deseja ver implementado). Sugerem-se reformas de fundo no SNS que promovam garantias uniformes de continuidade temporal e geográfica; de segurança clínica universal; de efetividade medida por resultados em saúde a nível individual e populacional; de eficiência máxima, combatendo o desperdício a montante e incluindo a procura constante das prescrições baseadas na melhor evidência disponível e em análises de relação custo/ganhos em saúde que garantam a resposta às áreas anteriores.

Repensar o SNS é defendido como uma obrigação e defende-se que o seu principal problema e o seu desafio primordial, são os profissionais de saúde. Afirma-se a necessidade de remunerar a qualidade, recompensar as boas práticas e valorizar e reconhecer o trabalho diferenciado. A qualificação dos recursos humanos, a sua satisfação, a clara definição das carreiras profissionais e remunerações adequadas, a par do trabalho de equipa, da *skill mix* da

força de trabalho, da regulação do pluriemprego, de ambientes de trabalho saudável e do planeamento e informação sobre RHS, são fatores essenciais para a boa governação em saúde. Para além da questão dos recursos humanos, os principais pontos a serem consagrados na mudança são o planeamento estratégico integrado, a equidade, a clarificação da responsabilidade do SNS enquanto financiador e prestador, a definição clara de fronteiras entre público e privado, a gestão do SNS e a centralidade do cidadão no sistema de saúde.

A análise detalhada da **reforma dos Cuidados de Saúde Primários** apresenta uma perspetiva que permite evidenciar as virtudes e vícios das USF, mas também apresentar dados que revelam pontos essenciais do seu desempenho a nível nacional e a sua dimensão no combate às desigualdades em saúde. Destaca-se a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados e o desempenho de todas as unidades funcionais, fruto do processo de contratualização.

Como fatores menos positivos afirma-se a necessidade de uma gestão mais descentralizada e a organização assente em ACeS com grandes dimensões o que dificulta a proximidade com os utentes. Também o carácter voluntário da organização dos profissionais de saúde em USF, fez com que estas se estabelecessem em concelhos com uma população mais favorecida, situação que deve ser tida em conta na realização de comparações de desempenho e/ou de resultados em saúde entre UCSP, USF-A e USF-B, que podem ser influenciadas pelas características inerentes à população que servem.

Quando analisa a efetividade dos CSP nos internamentos evitáveis, alerta ainda este capítulo para a importância de incluir diferentes variáveis, quer do lado do sistema de saúde e da necessidade de melhoria da integração de cuidados quer do lado do utente incluindo as suas características demográficas e socioeconómicas e a sua capacidade de autogestão da doença crónica.

Relativamente aos episódios das urgências hospitalares, verificou-se que os utentes inscritos numa USF-A ou numa USF-B têm uma menor utilização dos serviços de urgência em comparação com os utentes inscritos numa UCSP, situação que pode ser explicada por um melhor (mais rápido) acesso dos utentes inscritos nas USF ou por uma maior facilidade de marcação de uma consulta e/ou menores tempos de espera.

O modelo de contratualização tem caminhado no sentido de se descentrar da atividade assistencial para evoluir para um modelo sustentável e abrangente que concilia a centralidade do cidadão com dimensões que valorizam a progressão para a excelência das equipas. Tem também o mérito de alargar os incentivos institucionais a todas as unidades que alcancem melhores resultados de desempenho, independentemente do modelo organizativo, ao mesmo tempo que introduz algumas medidas de contenção financeira.

Sobre o papel dos programas de incentivos para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados nos CSP, considera-se que no aumento da efetividade deste tipo de programas deve ser dada especial atenção à regular revisão dos indicadores ao ajustamento pelo risco e ao desenho dos incentivos relativamente ao *timing*, dimensão e distribuição dentro das equipas.

Partindo dessa análise minuciosa, os autores apelam à necessidade de um novo impulso na reforma dos Cuidados de Saúde Primários dirigido essencialmente para um novo modelo de contratualização assente nas seguintes **recomendações**:

- Garantir que todas unidades funcionais usufruam de condições de trabalho essenciais de qualidade (estruturais, meios humanos, autonomia de gestão dum orçamento local base), de segurança e justas, de forma a responder às necessidades da população pela qual são responsáveis.
- Manter o foco sobre a melhoria continua de qualidade, com construção de indicadores complexos, num processo de revisão dinâmico para incluir novos indicadores, apoiando estratégias e políticas que respondam às necessidades reais (grande impacto sobre a qualidade de vida das pessoas e das suas famílias), embora menos mediatizadas.
- Tornar as unidades mais eficientes na utilização dos recursos, através de medidas de fomento à cooperação e inclusão de outras profissões de saúde, em complementaridade de funções.
- Refletir as especificidades organizacionais de cada unidade (e.g., conferir grau de autonomia que permita adequar-se às necessidades da população que servem).
- Repensar os cuidados aos utentes sem equipa de saúde, para não agravar as desigualdades em saúde desta população, nem prejudicar o desempenho das unidades funcionais afetas.

O capítulo dedicado ao **HIV: O que estará para mudar** começa por alertar para o facto de internacionalmente se viver um período de entusiasmo e mobilização em torno do objetivo definido pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/Sida (ONUSIDA): que até 2030 a Sida deixe de ser uma ameaça à saúde pública, enquanto em Portugal reina o mais profundo silêncio sobre esta matéria, quer a nível mediático, quer nas políticas de saúde ou no debate sobre a promoção da saúde e de prevenção de doença, quanto à ameaça que infeção VIH ainda representa (tal como outras infeções transmitidas sexualmente). Apesar do trabalho desenvolvido e com resultados claramente visíveis na progressão da epidemia no país, Portugal continua a ser um dos países europeus com maior número de novos diagnósticos por 100 000 habitantes, tendo simultaneamente uma coorte de doentes em tratamento de volume muito superior à média europeia. Estas e outras características da epidemia, configuram desafios específicos em termos de planeamento da resposta nacional, que requerem e exigem o delineamento de estratégias que permitam alcançar as metas preconizadas para a próxima década. Os números apresentados revelam uma trajetória descendente lenta da epidemia, com alguma aparente estagnação e ligeiras flutuações nas populações diagnosticadas, de ano para ano. Destaca-se o trabalho realizado pelas duas estruturas de investigação comunitárias (CheckpointLX e Rede de Rastreio Comunitária) que têm demonstrado capacidade de chegar aos grupos prioritários e de detetar um número considerável de novas infeções, numa abordagem próxima da comunidade e ativamente articulada com o SNS. Ao nível da prevenção, destaca-se que com mais de um milhar de novas infeções diagnosticadas

anualmente, a prevenção permanece um desafio fundamental e que é reduzida a cobertura de prevenção no território nacional, quer no que concerne às populações-chave quer a que se dirige à população geral. Também se desconhece quanto se investe no país em promoção da saúde e prevenção dirigida à infeção VIH. Em termos de diagnóstico, estima-se que em Portugal existam mais de 3000 casos por diagnosticar, o que pode representar um dos números de casos por diagnosticar por 100 000 habitantes mais elevado entre os países da Europa Ocidental. Destaca-se, na ótica de maximização da eficiência do sistema de diagnóstico precoce, o trabalho exímio de Portugal no diagnóstico de mulheres grávidas, cuja cobertura se aproxima dos 100% e que permitiu a eliminação em território nacional de transmissão mãe-filho. Por fim, a referência ao estigma e à discriminação que continuam presentes face ao VIH. Apesar das melhorias registadas, continuam sem ser implementadas respostas efetivas.

A partir da análise realizada e no sentido de introdução de melhorias significativas ao nível da prevenção e diagnóstico do VIH, os autores destacam as seguintes **recomendações**:

- Desenvolver e melhorar a articulação entre as estruturas de base comunitária e o SNS;
- Caracterizar, de forma anónima quando necessário, o percurso das pessoas rastreadas em meio comunitário, desde o teste reativo, até ao seguimento clínico;
- Gerar informação relevante para avaliar constrangimentos no acesso, adesão e retenção, tempos de espera, sobre diagnóstico precoce e tardio;
- Melhorar acessibilidade, em termos nacionais, à PrEP;
- Implementar estratégias de rastreio combinadas de base comunitária, que consigam chegar às populações-chave;
- Reforçar o rastreio para a infeção VIH em intervenções de proximidade (nos CSP), junto de núcleos populacionais com maiores dificuldades sociais e económicas;
- Aumentar a produção de conhecimento sobre os determinantes de abandono de seguimento e de abandono terapêutico (retenção nos cuidados, e adesão terapêutica);
- Reforçar o funcionamento do SI.VIDA e o seu uso adequado e correto, para facilitar a análise e publicação de informação detalhada sobre as pessoas em seguimento médico;
- Criar um processo simples de notificação automática redundante e integrador de fontes variadas que reduza o significativo atraso nas notificações.

No capítulo sobre as **Políticas de Saúde Mental**, o parente pobre da saúde em Portugal, apresentou-se o traçado histórico da sua evolução e da produção legislativa associada e destacou-se o facto de o sistema de saúde mental em Portugal sempre ter permanecido atrasado em comparação com a evolução da psiquiatria europeia, no que diz respeito ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento da doença mental. O mesmo tem acontecido com a aplicação das recomendações internacionais (nomeadamente o modelo da comunidade) que nunca foram conseguidas de forma rápida e completa, fruto de uma orientação

política sempre sustentada em preocupações de cariz economicista, que não confere dignidade a estes cidadãos.

Salientou-se nunca ter existido um compromisso político em investir nesta área, com recursos que permitam melhorar a qualidade de vida do portador de perturbação mental. Da mesma forma, a importante função de cuidadores, que normalmente recai sobre as famílias, não é devidamente reconhecida, exigindo-lhes esforços suplementares económicos, físicos e mentais apesar de, para o Estado, as famílias representam um importante recurso económico. Nesse sentido, defende-se a necessidade de um compromisso transversal que assegure um investimento sustentável nesta área da Saúde e que permita dotar o SNS das ferramentas que precisa para que os objetivos de melhoria contínua na saúde mental possam ser atingidos.

Nas evoluções mais recentes destacou-se o PNSM, implementado há mais de 10 anos. A análise dos diferentes relatórios que o avaliam permitiram identificar constrangimentos que explicam muitos dos obstáculos associados à melhoria dos cuidados de saúde mental. Entre eles, destaca-se a baixa autonomia e capacidade de decisão dos responsáveis pela implementação do PNSM e dos centros de decisão locais, que compromete a melhoria dos cuidados na comunidade, a ausência de coordenação e a grande concentração de recursos humanos apenas nos hospitais centrais e a inadequação dos modelos de financiamento e gestão. A estes, juntam-se os problemas na articulação com os cuidados de saúde primários, com as administrações regionais de saúde e com a Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental.

A análise realizada deu origem às seguintes **recomendações**:

- Priorizar as questões organizacionais e políticas, que têm sido o maior entrave no desenvolvimento deste plano;
- Criar uma equipa de coordenação para a efetiva implementação do PNSM;
- Alterar o modelo de gestão e organizacional dos atuais serviços de saúde mental;
- Desenvolver/repensar um novo modelo de pagamento destes serviços;
- Criar uma carteira de serviços mínimos de prestação de cuidados, para diminuir as assimetrias territoriais a nível nacional.

O capítulo sobre as Políticas de Saúde Mental debruçou-se também sobre a escassez de psicólogos no SNS, partindo da avaliação da Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera que uma das fraquezas nas reformas portuguesas de saúde mental está associada à escassez e à baixa qualificação dos recursos humanos nos serviços de saúde mental, assente essencialmente no tratamento farmacológico, e apresentando componentes psicossociais pobres. Conclusões semelhantes podem ser encontradas no relatório da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), que na sua avaliação dos níveis de implementação das medidas do PNSM, salienta a fraca implementação do recrutamento de recursos humanos.

Assim **recomenda-se**:

- Investimento na contratação de maior número de psicólogos no SNS, especialmente nos CSP, pois a evidência associa a uma redução em cerca de 20% a 30% dos custos e diminuição das idas às urgências, das hospitalizações e do tempo de internamento.

Ainda no capítulo das Políticas de Saúde Mental fez-se uma breve *análise* sobre o consumo de psicofármacos, ocupando Portugal o primeiro lugar comparativamente a todos os outros países da OCDE, no ano de 2017. Apesar de estes fármacos representarem apenas 2% do total de medicamentos consumidos em Portugal, esta é uma questão que deve merecer a atenção dos decisores pelos impactos presentes e futuros que pode representar a nível de saúde individual e de impactos financeiros e das tendências mais recentes revelarem um consumo crescente.

No capítulo do **Medicamento** o primeiro estudo analisou a despesa com medicamentos, evidenciando um ligeiro aumento em anos recentes, explicado em parte pelas novas moléculas comparticipadas em ambulatório (cerca de 56 novas moléculas, nos últimos 4 anos), que representaram mais de 40 milhões de euros de encargos em 2018.

Um dos exemplos que contribuíram para este aumento da despesa foram os novos anticoagulantes orais (NACOS), comparticipados a 69% e para os quais não existem medicamentos genéricos, que representaram um crescimento 20 milhões de euros em 2018. Outro exemplo de despesa relevante para o cidadão e para o SNS, veio do medicamento indicado para cessação tabágica (Vareniclina, a 37%), que teve em 2018 um aumento de 17% na dispensa deste medicamento e de 19% na despesa do SNS (+1,2 milhões de euros), justificado como investimento na prevenção antitabágica, a par de outras medidas com impacto direto e indireto na saúde pública.

Ressalta-se ainda que a taxa média de comparticipação do SNS continuou a crescer, atingindo em 2018 o valor mais elevado dos últimos 6 anos, resultando numa diminuição da proporção do copagamento a ser suportado pela população.

Perante os dados analisados, **recomenda-se**:

- A prossecução de uma política sustentável que concilie rigor orçamental e inovação e que reforce o papel central dos processos de avaliação e de decisão de financiamento público das tecnologias da saúde em Portugal, que não só o medicamento;
- Perspetivar uma regulação mais eficiente, com instrumentos e incentivos apropriados aos agentes, bem como sistemas de informação eficazes, que potenciem o combate ao desperdício e à fraude, e que promovam a monitorização de resultados em saúde;
- Reforçar a equidade no acesso e a qualidade dos serviços prestados, numa perspetiva de proximidade aos cidadãos e coesão territorial, reconhecendo as sinergias necessárias entre os diversos níveis de cuidados e agentes do sistema.

No capítulo do medicamento foram também analisadas as assimetrias geográficas na despesa com medicamentos, tendo-se detetado importantes assimetrias. Observou-se um menor consumo de medicamentos e conseqüente menor gasto no distrito do Porto. O maior consumo com valor mais elevado na despesa registou-se em municípios da região Centro.

Deste estudo emana uma **recomendação**, já apresentada no RP de 2018:

- Necessidade de disponibilização de informação das Doses Diárias Definidas (DDD) como métrica padrão de consumo de medicamentos.

O terceiro estudo no âmbito da temática do medicamento centrou-se na análise da inovação terapêutica, do acesso aos novos medicamentos e do quadro de previsibilidade necessária. A primeira questão que se destacou sobre esta temática foi a assimetria da introdução da inovação terapêutica na União Europeia, determinada por decisões nacionais relativas a preço e reembolso, tal como por questões de qualidade, segurança e eficácia, enquadradas de forma similar em toda a UE.

Ressaltou também a excessiva interferência do quadro de decisão orçamental imediato no acesso à inovação, resultado de um insuficiente exercício de antecipação e previsão dos ciclos de inovação, em áreas críticas do sistema de saúde. Um exemplo paradigmático e extremo foi o do tempo de decisão no âmbito da introdução das terapêuticas inovadoras da hepatite C, mas outros poderiam ser frequentemente apontados. Este é o tipo de situações que ocorrem com demasiada e incompreensível frequência, no âmbito de uma área de intervenção dos poderes públicos em que a previsibilidade é muito elevada. Neste âmbito, considera-se existirem amplas oportunidades para melhoria de planeamento e processos de decisão, utilizando o papel central do INFARMED no sistema europeu de avaliação e supervisão do medicamento, mas também na cooperação reforçada entre Estados membros da União Europeia em matéria de HTA. Importa igualmente melhorar a capacidade de análise de informação acessível, permitindo tomadas de decisão, assentes em exercícios de *horizon scanning* muito antecipados, balanceando vários equilíbrios, no momento de decisão sobre opções, relativas a várias áreas terapêuticas hoje críticas para a sustentabilidade do financiamento público.

Considera-se ainda que os cidadãos portugueses têm direito a obter maior transparência nestes processos, com aumento de eficiência dos procedimentos de decisão, disponibilização de um leque alargado de instrumentos de análise, previsão e construção de um sistema justo, sustentável e capaz de dar resposta a necessidades terapêuticas, face a avanços tecnológicos significativos e a custos associados que colocam em questão modelos tradicionais de decisão.

Perante o quadro de análise realizado e no âmbito das decisões a implementar nesta área devem-se considerar três determinantes *major*: o quadro europeu, o quadro institucional português (incluindo a sustentabilidade financeira do SNS) e a transparência e eficiência dos procedimentos. As **recomendações**, apresentadas são as seguintes:

-
- Garantir ambiente propício à inovação, com sustentabilidade das políticas públicas, na totalidade do quadro de políticas comunitárias e nacionais, desde a I&D+i até ao mercado;
 - Abrir espaço para decisões tecnicamente harmonizadas no quadro comunitário, não apenas no período pré-AIM, mas durante todo o ciclo de vida da inovação (envolvendo maior coordenação de entidades e grupos de trabalho, ex. EMA, EUnetHTA, Grupo de Valetta e outros);
 - Atribuir maior papel dos doentes (ou *patient advocacy groups*) em todo o processo de decisão e não apenas no quadro pré-AIM como atualmente acontece;
 - Incrementar transparência dos procedimentos de harmonização de fixação de preço quer do lado das empresas quer do lado dos “pagadores”, face à imperiosa necessidade de garantir acesso equitativo no espaço comunitário;
 - Planear com antecipação razoável os ciclos de introdução da inovação, impedindo a repetição cíclica de casos de decisão por “necessidade imperiosa e urgente” (ex. hepatite C);
 - Realizar exercícios regulares de *horizon scanning*, realizados em conjunto entre autoridades reguladoras, “pagadores” públicos e privados e empresas proprietárias da inovação, afim de garantir previsibilidade e sustentabilidade ao quadro de decisão;
 - Incrementar o papel de “*stakeholders*” na discussão pública e transparente no período pós-AIM, incluindo as revisões periódicas de preço e participação, matéria que não diz respeito apenas ao Estado e à indústria, mas também a utilizadores do sistema de saúde, SNS e subsistemas públicos ou privados;
 - Normalizar os preços de decisão assentes na contratualização de objetivos em Saúde, com revisão periódica de indicadores em monitorização nos termos de contratos transparentes;
 - Ligar os aspetos relativos à introdução da inovação no âmbito do SNS à sustentabilidade do seu financiamento, determinada por vasos comunicantes entre vários tipos de decisões com impacto orçamental (ex. genéricos, preços de referência, avaliação e reavaliação das tecnologias de saúde utilizadas), assente num quadro orçamental de decisão plurianual;
 - Dotar Portugal de um sistema de decisão público, com um quadro institucional estabelecido, com a passagem do atual INFARMED a entidade reguladora independente, assumindo a supervisão de medicamentos e outras tecnologias de saúde (incluindo a ligação com entidade promotora da investigação clínica), parte da rede europeia que já integra (estendendo competências a HTA), incluindo avaliação técnica com impacto no preço e reembolso, e deixando para o Governo (separando procedimentos), no quadro das competências estabelecidas em sede de OE, a decisão final sobre preço e participações para assegurar o necessário equilíbrio da despesa pública.

CONCLUSÃO

Ao longo dos 19 anos da sua existência o RP enumerou anualmente um conjunto de recomendações à tutela sobre cada um dos temas analisados. A realização do *follow-up* dessas recomendações é uma medida simples e que se impõe. Este ano, por constrangimentos internos ao próprio OPSS não foi possível concretizar este acompanhamento. Nos próximos anos o RP passará a contar na sua edição com o *follow-up* das recomendações efetuadas à tutela no ano anterior. Este devia ser um trabalho do interesse do próprio MS, mas claramente já se percebeu o desinteresse dos decisores que parecem não olhar sequer para propostas/recomendações concretas que anualmente são enunciadas pelos diferentes colaboradores do RP.

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 estão 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 complementariedade 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, 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.

ANEXO 2 – 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 governação;
- 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 2019:

Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS)

Associação Nacional das Farmácias (ANF)

Health Market Research (HmR)

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

Fundação Calouste Gulbenkian

ANEXO 3 – 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

Vítor Ramos

ANEXO 4 – 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.

Em particular, na elaboração do Relatório de Primavera 2019, 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. Todos os autores do Relatório de Primavera 2019 preencheram declaração abaixo anexada, que estará disponível mediante pedido.



Declaração de Interesses

A presente declaração visa prevenir conflitos de interesse com vista a que seja assegurada a integridade técnica e a imparcialidade da atividade desenvolvida pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), no quadro das atribuições que lhe estão cometidas.

Eu, abaixo assinada/o _____ (nome) com a categoria profissional de _____ (especificar) na qualidade de:

- Observador do OPSS
- Co-autor de capítulo do RP 2018
- Perito/revisor de capítulo do RP 2018
- Outro. Qual

Declaro que fui informado da obrigação de proceder a declaração de interesses face às matérias específicas sobre as quais sou solicitado a pronunciar-me no âmbito do contributo para a elaboração do Relatório Primavera 2019 do OPSS.

Declaro que as informações aqui fornecidas são corretas e que não há qualquer situação de conflito de interesses efetiva, aparente ou possível que seja de meu conhecimento.

Procedo à seguinte declaração de interesses referente às minhas actividades nos 5 últimos anos:

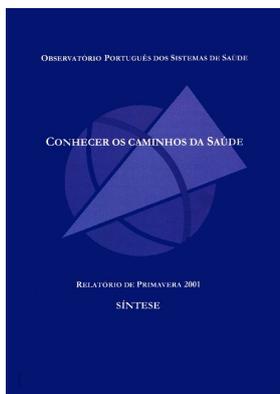
- Não identifiquei conflito de interesses
- Declaro os seguintes conflitos de interesse:

(Instituição do respondente)

(Data)

Assinatura: _____

ANEXO 5 – RELATÓRIOS DE PRIMAVERA ANTERIORES



RP 2001 Conhecer os Caminhos da Saúde



RP 2002 O estado da Saúde e a Saúde do Estado



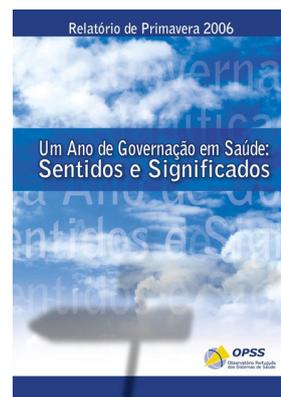
RP 2003 Saúde – que rupturas?



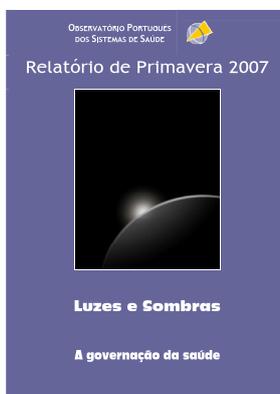
RP 2004 Incertezas... Gestão da mudança na saúde



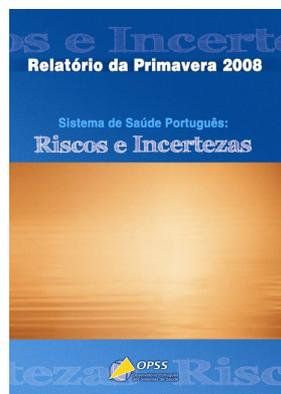
RP 2005 Novo serviço público de saúde – Novos desafios



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

Observatório Português dos Sistemas de Saúde

Relatório de Primavera 2012



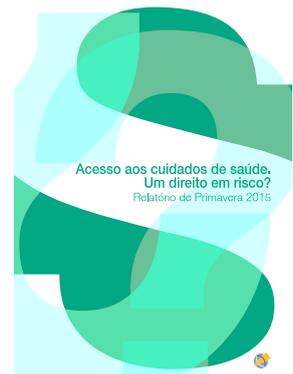
RP 2012 Crise & Saúde
Um país em sofrimento



RP 2013 Duas faces da Saúde



RP 2014 Saúde.
Síndrome de negação



RP 2015 Acesso aos cuidados de saúde.
Um direito em risco?



RP 2016 Saúde.
Procuram-se novos caminhos



RP 2017 Viver em tempos de incerteza:
Sustentabilidade e equidade na saúde



RP 2018 Meio caminho andado

Contribuíram para a realização deste relatório:

Coordenação:

Felismina Mendes
Filipa Duarte-Ramos
Henrique Barros
Pedro Lopes Ferreira
Rogério Gaspar

Equipa Técnica:

Marta Salavisa

Design:

Paulo Teles

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – INTERVENÇÕES (INICIAL E FINAL) DO REPRESENTANTE DA COORDENAÇÃO DO OPSS NA AR/2018

Intervenção inicial

Exmo. Sr. Presidente da Comissão Parlamentar de Saúde

Exmos. Srs. Deputados

Gostaria em primeiro lugar de agradecer o convite que nos foi endereçado e justificar a ausência de outros membros da coordenação do OPSS que só não estão aqui hoje por inultrapassáveis dificuldades de agenda, impedidos de estar fisicamente presentes mas bem presentes através da representação que me conferiram neste momento e do imenso trabalho realizado ao longo do processo de elaboração do “Relatório Primavera”, principal atividade atual do OPSS.

Importa em primeiro lugar, tornar claro para V.Exas a natureza do OPSS e do processo que conduz em cada ano à elaboração do “Relatório Primavera”, bem como as alterações introduzidas nos últimos anos ou em curso.

Existe desde 2000, tendo emitido o seu primeiro “Relatório Primavera” (RP) em 2001. Ao longo destes 18 anos, contou com um notável grupo de colaboradores de diferentes áreas do sistema de saúde e para além das instituições que constituem formalmente o Observatório.

Constituem hoje o OPSS, a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, a Universidade de Évora, o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, a Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, e ainda o Instituto de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Ao longo do tempo foram sendo introduzidas alterações nos procedimentos e orientações internas, em função das circunstâncias de cada momento, sempre com o objetivo de ir, gradualmente, melhorando a sua intervenção enquanto Observatório permanente do sistema português de saúde. As naturais dificuldades, resultantes de se recorrer a um conjunto de académicos e peritos não dedicados a tempo inteiro a esta função, bem como a inexistência de financiamento externo dedicado, têm impedido o objetivo inicial de ter uma atividade permanente visível. Essa atividade permanente permitiria certamente uma maior dinâmica com incorporação a cada momento de novas dimensões geradas por dados objetivos que vão sendo conhecidos ao longo do ano. Nesse sentido, reconhecemos que a realização de um único Relatório anual, amarrado a um único momento temporal, carrega em si mesmo algumas limitações metodológicas e dificuldade de atualização *a posteriori*, alargando as “janelas temporais” após o momento de conclusão dos textos a incluir no “Relatório Primavera” em cada ano.

O OPSS está igualmente aberto a peritos que, não fazendo parte das equipas das instituições participantes, são ainda assim solicitados a colaborar de forma ocasional e em função das suas competências específicas, considerados os tópicos selecionados para desenvolvimento

em cada “Relatório Primavera”, sendo a decisão relativamente aos temas a desenvolver (capítulos do RP), bem como a selecção dos autores dos trabalhos incluídos da exclusiva responsabilidade dos membros da coordenação do OPSS sem qualquer pressão quer das lideranças institucionais das entidades participantes ou de quaisquer outras entidades.

A Coordenação do OPSS não exerce qualquer função de crítica quanto à natureza do trabalho livremente realizado pelos peritos por si convidados, tendo sido prática estabelecida, desde há muito tempo, a emissão de parecer externo, prévio à publicação dos textos incluídos no RP. Esse parecer externo é assim emitido por peritos independentes, selecionados pela coordenação do OPSS, em função das suas competências mas que, não tendo participado na redacção dos textos a publicar, exercem uma função independente de revisão externa da qualidade dos mesmos.

Assim, para cada capítulo do RP há sempre uma validação externa realizada por peritos independentes, seguida de uma análise interna orientada para a coerência da escrita entre os vários capítulos.

No processo de avaliação relativo à elaboração do RP2018 foram convidados e aceitaram participar 18 peritos. À coordenação do OPSS não foram comunicadas quaisquer falhas graves ou dignas de intervenção extraordinária, quer quanto à falta de qualidade do trabalho realizado, quer quanto a deficiências de carácter metodológico. Este sistema estará sempre em processo de melhoria contínua e é concebível que entre vários cenários possíveis, possa no futuro vir a estar mais aproximado de um sistema tradicional de “peer-review” vinculativo. Essa é uma questão em aberto bem como a questão ainda em debate interno quanto à constituição de um Conselho Científico permanente, independente da coordenação institucional do OPSS e com intervenção na definição das áreas de intervenção.

Na sua configuração atual, e após o novo protocolo estabelecido em 2017, o OPSS definiu a finalidade de *“proporcionar a todos aqueles que, de uma maneira ou outra, podem influenciar a saúde em Portugal, uma análise precisa, periódica e independente da evolução do sistema de saúde português e dos fatores que a determinam. O propósito é facilitar a formulação e implementação de políticas de saúde efetivas.”*

Os principais objetivos do OPSS, aquilo que nos tem motivado, são os seguintes:

- analisar prospetivamente a evolução do sistema de saúde português;
- tornar essa análise facilmente acessível a todos os interessados;
- constituir e melhorar continuamente uma base de conhecimentos sobre a gestão e políticas da saúde, de forma a estimular a análise dos sistemas de saúde e a investigação sobre serviços de saúde;
- reforçar as relações de trabalho com outras instituições e projetos Europeus similares.

O OPSS não toma posição em relação às agendas políticas da saúde. Procura antes analisar objetivamente o que tem estado a acontecer no sistema de saúde, desde os processos de governação até às ações dos principais atores da saúde, reunindo a evidência que suporta esses processos, ações e os seus resultados.

Tal como referimos na edição de 2018, a cada ano, quando iniciamos a preparação do Relatório de Primavera, confrontamo-nos com dois dilemas.

Por um lado, como é conhecido, a maioria dos autores do Relatório são académicos, com forte experiência de investigação. Por isso, o nosso ímpeto inicial é sempre o de fazer um estudo aprofundado, precedido de uma extensa revisão da literatura, para fundamentar uma opinião sobre determinado tema. Estes estudos, no entanto, não cabem no objetivo de um relatório que deve ser realizado em poucos meses, focar os diversos temas relevantes do sistema de saúde e, sobretudo, tomar posição – o que é pouco habitual em cientistas habituados a questionar posicionamentos e ideologias. No entanto, a alternativa seria também para nós contranatura: redigir um panfleto político, baseado nos *faits divers* recentes, com pouco sustento de análise e muita política à mistura, para apoiar quem apreciamos ou atacar quem não gostamos. O desafio com que nos deparamos a cada ano é encontrar um ponto intermédio entre estes dois mundos onde conseguirmos ser cientistas que opinam com base em análises fundamentadas, e não cientistas que “*brincam aos políticos*”, nem cientistas que nunca opinam porque “*não se querem comprometer*”.

O nosso segundo dilema está relacionado com o tempo. Qual o espaço temporal sobre o qual devemos debruçar a nossa análise? Podemos optar pelo período mais recente, opinando sobre a capacidade resolutiva dos atuais dirigentes da saúde durante o último ano, ou na atual legislatura. O foco, nesta opção, recairia nos temas mais quentes do momento que talvez mais preocupem os cidadãos e decisores, como o acesso ao médico de família e aos cuidados continuados, a dívida dos hospitais, os tempos de espera, ou a melhor localização geográfica para o INFARMED. Outra opção seria analisar as grandes questões da saúde e dos cuidados de saúde dos portugueses, numa perspetiva longitudinal e, em última instância, observar como os atuais decisores têm lidado com as grandes problemáticas do envelhecimento, dos estilos de vida, ou da articulação entre os setores público e privado na saúde. Mais uma vez, a solução do dilema passa por encontrar um equilíbrio: escrever sobre o que acontece hoje, mas sem nunca esquecer a perspetiva a longo prazo, de onde viemos e para onde pretendemos ir, sabendo que a perspetiva longa diz respeito à saúde e bem-estar da população, que depende de muitos aspetos além do desempenho do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O “Relatório Primavera 2018”, tal como edições em anos anteriores, reflete estes dilemas, por vezes mais opinativos, por vezes mais analíticos, por vezes falando do presente, e outras focando o que seria importante pensar para preparar o futuro.

Ainda assim um esforço importante tem vindo a ser introduzido visando tornar o RP2018 mais sustentado na análise de dados validados e disponíveis sobre o sistema de Saúde, para tal tendo melhorado a colaboração com entidades oficiais tal como aconteceu no presente ano.

A este propósito é de destacar a colaboração estreita com o Ministério da Saúde e, em particular, com entidades como o INFARMED, a ACSS e os SPMS ao longo da construção do RP2018.

Algumas das alterações introduzidas nos últimos dois anos dizem respeito a identificação pública da autoria dos textos, anteriormente existia apenas uma listagem no final do RP não se identificando quem era responsável pelo capítulo ou temática considerada. Hoje todos os textos têm a sua autoria publicamente assumida e identificada. Está em curso um processo de publicação no sítio online do OPSS das declarações de interesse de todos os envolvidos no OPSS, quer relativamente aos representantes institucionais e peritos permanentes, quer relativamente aos peritos ocasionais com apenas uma participação esporádica, em função de tópicos específicos.

A independência do OPSS prevalece, assim, a qualquer tema da moda, seja ele motivado por interesses internos ou externos ao sistema de saúde.

Tem sido prática seguida há muitos anos distribuir uma versão final do RP ao Ministro da Saúde em funções (alguns dias antes da apresentação pública) bem como à comunicação social (com embargo acordado para não prejudicar a apresentação pública). A apresentação pública decorre tradicionalmente, e desde há vários anos, na Fundação Calouste Gulbenkian graças ao apoio que esta sempre tem dado a este processo facilitando a utilização das suas instalações.

No âmbito do “Relatório Primavera 2018” foi lançado o processo de distribuição de temas e seleção de autores no Outono de 2017, tendo o trabalho decorrido até final de abril de 2018, com apreciação externa, revisões e edição final durante o mês de maio e, finalmente, apresentação pública em 19 de junho passado no Auditório III da Fundação Calouste Gulbenkian.

A apresentação introdutória a cargo do Professor Pedro Lopes Ferreira da Universidade de Coimbra consta do ficheiro que vos foi facultado previamente, realizando uma sinopse do RP2018, cujo ficheiro completo também foi fornecido a esta Comissão Parlamentar, previamente a esta reunião, para garantir que toda essa informação estaria atempadamente na posse dos senhores deputados e dos respetivos grupos parlamentares.

Na apresentação pública de dia 19 de junho participaram ainda o Presidente do Health Cluster Portugal, um painel de especialistas moderado por jornalista de reputado prestígio profissional na área, tendo sido os trabalhos encerrados pelo Sr. Ministro da Saúde.

Antes de passar à abordagem de algumas das questões previamente colocadas pelos senhores deputados nos respetivos requerimentos, bem como de quaisquer outras questões que nos desejem colocar, gostaria de realçar, em nome da Coordenação do OPSS a nossa inteira disponibilidade para uma colaboração reforçada no futuro com a Assembleia da República através desta Comissão Parlamentar. Consideramos importante, se assim o desejarem, passarmos a incluir esta Comissão Parlamentar nas entidades (para além do Ministro da Saúde, comunicação social e preletores na sessão pública) a quem é antecipadamente enviado (sob

embargo de divulgação generalizada antes do momento de apresentação pública), a fim de melhorar a informação que permita maior rapidez na intervenção desta Comissão Parlamentar, respetivos grupos Parlamentares e em geral da Assembleia da República, nos aspetos relativos às temáticas consideradas em cada “Relatório de Primavera”.

Audiência na Comissão Parlamentar de Saúde da Assembleia da República
OPSS, Lisboa, 11 de julho de 2018

Intervenção final

Exmo Sr. Presidente da Comissão Parlamentar de Saúde

Exmos Srs. Deputados

Para terminar, gostaríamos de mais uma vez agradecer a oportunidade de prestar os esclarecimentos, pretendidos pelos grupos parlamentares e, através desta Comissão Parlamentar, ao órgão de soberania Assembleia da República.

Existem alguns aspetos identificados ao longo do “Relatório Primavera 2018” em que é difícil quantificar com valores o impacto do funcionamento do sistema, designadamente quanto às limitações constatadas no exercício de cargos de gestão com adequados níveis de autonomia e responsabilização. Estamos certos de que é necessário realizar um trabalho transformador neste domínio, aumentando os níveis de autonomia de gestão, no quadro de contratos de gestão adequados, com monitorização permanente e responsabilização severa sempre que necessário. A ausência de um claro contexto em torno de binómio contratualizado de autonomia/responsabilização é provavelmente um dos maiores problemas do sistema de saúde público e também deveria ser um instrumento permanente na relação entre o sistema público e as interfaces com o sistema social e privado.

Existe necessidade de ter informação passível de ser utilizada. Muitos passos e decisivos têm sido dados nesse sentido, mas é um caminho a completar. A avaliação para ser realizada de forma séria e independente também precisa de dados validados. Reconhecemos a melhoria verificada nos últimos anos mas mantemo-nos exigentes quanto à necessidade de ir mais longe e disponibilizar de forma fácil e transparente a totalidade dos dados necessários para os processos de decisão e escolha, quer dos decisores, dos investigadores, mas acima de tudo pelos próprios cidadãos utilizadores do sistema de saúde. A começar pelo sector público mas certamente a alargar também ao sector social e privado.

O “Relatório Primavera 2018” contém um conjunto de propostas e recomendações que convocam a intervenção dos vários “*stakeholders*”, incluindo o Governo e o Parlamento e estamos disponíveis para a continuação de um diálogo que deve ser permanente e centrado na análise factual dos dados (contexto em que nos situamos), nas opções estratégicas de políticas de saúde, competência determinante do poder político aos seus diferentes níveis e ainda na implementação de políticas, responsabilidade dos diferentes operadores do sistema de

saúde, a começar pelos responsáveis do sector público como representante primeiro das opções legítimas operadas pelos cidadãos no quadro político democrático e constitucional.

O Observatório Português de Sistemas de Saúde vai continuar o seu trabalho, como até aqui centrado na análise da realidade e apresentação de propostas e recomendações. Iniciaremos ainda este mês os trabalhos de seleção das temáticas a abordar no “Relatório Primavera 2019”. Um RP2019 que surgirá num ano de eleições parlamentares europeias, nacionais e regionais e ainda de celebração do SNS. Saberemos perceber esse contexto, mas manteremos uma firme independência e autonomia na análise do que é permanente procurando ajudar à construção de soluções, mas não nos substituindo aos que em cada momento, representando os eleitores e de um modo geral os cidadãos, devem tomar as decisões finais sobre as políticas de saúde a serem implementadas.

Renovamos ainda a proposta de colaboração futura com o Parlamento, quer no contexto da apresentação de futuros “Relatório Primavera” quer no contexto de outras atividades que possamos vir a realizar no quadro da nossa missão, de acordo com a decisão livre das cinco instituições académicas que constituem hoje o OPSS.

Audiência na Comissão Parlamentar de Saúde da Assembleia da República
OPSS, Lisboa, 11 de julho de 2018

Audição do Observatório Português dos Sistemas de Saúde:

<http://canal.parlamento.pt?cid=3102&title=audicao-do-observatorio-portugues-dos-sistemas-de-saude>

APÊNDICE 2 – LEGISLAÇÃO COM IMPACTO NO SECTOR DO MEDICAMENTO 2018

Sérgio Vilão – FFUL

Despacho n.º 120/2018, de 3 de janeiro

Designa, em regime de substituição, para exercer o cargo de Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P., o licenciado Luís Augusto Pisco.

Despacho n.º 121/2018, de 3 de janeiro

Designa, em regime de substituição, para exercer o cargo de Vice-Presidente do Conselho Diretivo da ARSLVT, I. P., a licenciada Laura Maria Figueiredo de Sousa Dâmaso da Silveira.

Despacho n.º 283/2018, de 5 de janeiro

Determina a organização da rede para a prestação de cuidados de saúde hospitalares no SNS, no âmbito da infeção por vírus da imunodeficiência humana e das hepatites virais, para a população reclusa.

Portaria n.º 15/2018, de 11 de janeiro

Altera o regime de comparticipação do Estado no preço máximo dos reagentes para determinação de glicemia, cetonemia e cetonúria e das agulhas, seringas, lancetas e de outros dispositivos médicos para a finalidade de auto monitorização de pessoas com diabetes, a beneficiários do SNS.

Portaria n.º 35/2018, de 12 de janeiro

Revê o regime especial de comparticipação para medicamentos destinados ao tratamento da hepatite C.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 6/2018, de 15 de janeiro

Nomeia os vogais do conselho de administração da Entidade Reguladora da Saúde.

Circular Informativa Conjunta n.º 009/CD/INFARMED/100.20.200, de 16 de janeiro

Retificação da Portaria n.º 15/2018, de 11 de janeiro - comparticipação dos dispositivos médicos para a Diabetes Mellitus (Declaração de Retificação n.º 2/2018, de 18 de janeiro).

Resolução da Assembleia da República n.º 15/2018, de 22 de janeiro

Recomenda ao Governo medidas que promovam a prevenção da Doença dos Legionários, a qualidade do ar de edifícios climatizados e a isenção do pagamento de taxas moderadoras em casos de surtos de infeção por Legionella.

Portaria n.º 62/2018, de 22 de janeiro

Autoriza a ARSLVT, I.P., a assumir um encargo plurianual até ao montante de 1.000.000 EUR, acrescido de IVA, decorrentes dos procedimentos para conceção e projeto do Hospital de Proximidade do Seixal.

Declaração de Retificação n.º 57/2018, de 22 de janeiro

Retifica o Despacho que cria um Grupo de Trabalho ao qual compete a avaliação dos cenários alternativos para a implementação da deslocalização do INFARMED, I. P.

Despacho n.º 860/2018, de 22 de janeiro

Determina que os serviços e estabelecimentos do SNS apenas podem adquirir os dispositivos médicos objeto de codificação pelo INFARMED, I. P., e que constem da respetiva base de dados.

Portaria n.º 36/2018, de 26 de janeiro

Estabelece um regime excecional de comparticipação para as medidas de tratamento da ictiose.

Despacho n.º 1181/2018, de 1 de fevereiro

Altera a composição da Comissão Externa para o Acompanhamento do Programa Estratégico Nacional de Fracionamento de Plasma Humano 2015-2019.

Portaria n.º 94/2018, de 1 de fevereiro

Altera a Portaria que constitui a Comissão Técnica de Vacinação.

Despacho n.º 1194-A/2018, de 1 de fevereiro

Determina o número de unidades de saúde familiar (USF) de modelo A a constituir e o número de USF a transitar do modelo A para o modelo B no ano de 2018. Ratifica o número de USF de modelo A em 2017.

Despacho n.º 1222-A/2018, de 2 de fevereiro

Cria a Comissão de Revisão da Lei de Bases da Saúde e designa os membros que a integram e Maria de Belém Roseira sua Presidente.

Despacho n.º 1225/2018, de 5 de fevereiro

Altera o Despacho que determina o desenvolvimento, no âmbito do Plano Nacional de Saúde, de programas de saúde prioritários a prosseguir pela Direção-Geral da Saúde.

Despacho n.º 1226/2018, de 5 de fevereiro

Determina que os serviços de sangue devem integrar e utilizar nos seus sistemas de informação, a codificação ISBT 128 como método de identificação única da dádiva e dos componentes obtidos.

Despacho n.º 1380/2018, de 8 de fevereiro

Cria um Grupo de Trabalho para o Acompanhamento do Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório, com o objetivo de proceder à avaliação nos últimos 10 anos e identificar áreas de intervenção prioritária.

Despacho n.º 1569/2018, de 14 de fevereiro

Composição e competências da Comissão Nacional para a Normalização da Hormona do Crescimento.

Orientação CNFT n.º 05 fevereiro 2018

Utilização de medicamentos biossimilares e mudança de medicamento biológico de referência.

Despacho n.º 1643/2018, de 16 de fevereiro
Produção de medicamentos pelo Laboratório Militar.

Despacho n.º 1695/2018, de 19 de fevereiro
Altera o Despacho que 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.

Despacho n.º 1696/2018, de 19 de fevereiro
Cria e determina a composição de uma Comissão com o objetivo de elaborar uma Estratégia Nacional para a Saúde da Visão.

Despacho n.º 1772/2018, de 20 de fevereiro
Nomeia a Diretora Executiva do Plano Nacional de Saúde e os membros da Coordenação Técnica da Estratégia e do Plano Nacional de Saúde.

Despacho n.º 1773/2018, de 20 de fevereiro
Nomeia Diretora dos Programas para a área das Hepatites Virais e para a área da Infecção VIH/SIDA a Maria Isabel Beato Viegas Aldir, Médica do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.

Despacho n.º 1774/2018, de 20 de fevereiro
Nomeia Diretora do Programa para a Área da Tuberculose a Professora Doutora Raquel Duarte Bessa de Melo, Assistente Graduada de Pneumologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Espinho, EPE.

Resolução da Assembleia da República n.º 53/2018, de 23 de fevereiro
Eleição para o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida.

Resolução da Assembleia da República n.º 55/2018, de 27 de fevereiro
Recomenda ao Governo que agilize os processos de avaliação de dispositivos e equipamentos para controlo e tratamento da Diabetes Mellitus.

Despacho n.º 2123/2018, de 28 de fevereiro
Membros que integram a Comissão Coordenadora do Tratamento da Doença Fibrosa Quística.

Despacho n.º 2407/2018, de 8 de março
Determina a criação de um grupo de trabalho com o objetivo de apresentar uma proposta de Plano de Ação para a Gestão das Instalações e Equipamentos de Saúde.

Portaria n.º 71/2018, de 8 de março
Altera o modelo do regulamento interno dos serviços ou unidades funcionais das Unidades de Saúde do SNS, com a natureza de entidades públicas empresariais, dotadas de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, que se organizem em Centros de Responsabilidade Integrados.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 27/2018, de 9 de março

Autoriza a constituição da AICIB - Agência de Investigação Clínica e Inovação Biomédica.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 28/2018, de 9 de março

Aprova as orientações estratégicas para a criação de uma unidade de saúde para o tratamento de doentes com cancro com recurso a terapias de feixes de partículas de elevada energia.

Despacho n.º 2522/2018, de 12 de março

Autoriza a realização de testes rápidos (testes "point of care") de rastreio de infeções por VIH, VHC e VHB nas farmácias comunitárias e nos laboratórios de patologia clínica/análises clínicas.

Portaria n.º 76/2018, de 14 de março

Estabelece um regime excecional de comparticipação do Estado no preço das tecnologias de saúde para crianças com sequelas respiratórias, neurológicas e/ou alimentares secundárias à prematuridade extrema

Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2018, de 15 de março

Cria uma Estrutura de Missão para a Sustentabilidade do Programa Orçamental da Saúde.

Despacho n.º 2715/2018, de 15 de março

Grupo de Trabalho para Requalificação do Programa Nacional de Desfibrilhação Automática Externa.

Circular Normativa Conjunta n.º 02/2018/INFARMED/ACSS/DGS/SPMS

Programa de Acesso Precoce para Profilaxia de Pré-exposição da infeção por VIH-1 no Adulto.

Despacho n.º 3026/2018, de 23 de março

Cria a distinção de mérito do Ministério da Saúde e aprova o respetivo Regulamento.

Despacho n.º 3028/2018, de 23 de março

Alteração da estrutura orgânica da Direção-Geral da Saúde.

Despacho n.º 3109-A/2018, de 26 de março

Coordenador da Estrutura de Missão para a Sustentabilidade do Programa Orçamental da Saúde.

Portaria n.º 210/2018, de 27 de março

Estabelece o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição eletrónica de medicamentos a utentes em regime de ambulatório hospitalar no âmbito do SNS.

Despacho n.º 3387/2018, de 5 de abril

Determina a implementação, através de projetos-piloto, de um programa de gestão do sangue do doente, denominado internacionalmente Patient Blood Management (PBM).

Despacho n.º 3459/2018, de 6 de abril

Determina a criação de uma Comissão com o objetivo de promover uma análise técnica e uma reflexão estratégica sobre o presente e o futuro do SNS, integrando na ação política em curso contribuições multissetoriais nos diferentes domínios de intervenção e estabelece a sua constituição e competências.

Portaria n.º 97/2018, de 9 de abril

Altera a portaria que define os serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas farmácias.

Resolução da Assembleia da República n.º 101/2018, de 10 de abril

Recomenda ao Governo a contratação definitiva de profissionais de saúde e a sua integração ao abrigo dos planos de contingência no quadro de pessoal das instituições de saúde.

Circular Informativa n.º 059/CD/100.20.200

Período transitório aplicável aos novos Regulamentos dos Dispositivos Médicos e dos Dispositivos Médicos para Diagnóstico In Vitro.

Despacho n.º 3691/2018, de 12 de abril

Revoga o despacho que determina que os hospitais e as unidades locais de saúde, integrados no SNS, devem assegurar a existência de uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos.

Deliberação n.º 481/2018, de 17 de abril

Altera a lista de Notificação Prévia de transações de medicamentos para o exterior do país.

Decreto-Lei n.º 26/2018, de 24 de abril

Altera o regime jurídico dos medicamentos de uso humano, transpondo a Diretiva (UE) 2017/1572.

Portaria n.º 111/2018, de 26 de abril

Altera as portarias relativas à atividade da dispensa de medicamentos ao domicílio e através da Internet e ao regime de comparticipação dos dispositivos médicos.

Despacho n.º 4306/2018, de 30 de abril

Determina a aplicação da Tabela Nacional de Funcionalidade, no setor da saúde.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 53/2018, de 4 de maio

Aprova medidas de promoção da saúde global e cria um grupo de trabalho para a elaboração do Plano de Ação para a Saúde Global 2018-2019.

Despacho n.º 4411/2018, de 4 de maio

Cria e determina a composição de uma Comissão com o objetivo de elaborar uma proposta de Estratégia Nacional para a Alimentação do Latente e da Criança Pequena.

Despacho n.º 4429/2018, de 7 de maio

Estabelece o modelo de governação aplicável ao Plano Nacional de Saúde e aos Programas de Saúde Prioritários integrados neste Plano.

Resolução da Assembleia da República n.º 121/2018, de 8 de maio

Recomenda ao Governo que disponibilize aos doentes com atrofia muscular espinhal os tratamentos e o acompanhamento mais adequados no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.

Portaria n.º 126/2018, de 8 de maio

Define as regras de prescrição, registo e disponibilização de resultados de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e regula a faturação dos respetivos prestadores ao Serviço Nacional de Saúde.

Despacho n.º 4583/2018, de 10 de maio

Cria grupo de trabalho para avaliar o conjunto de medidas a implementar para melhorar a prestação de cuidados de saúde no âmbito da insuficiência cardíaca e estabelece a sua constituição e competências.

Despacho n.º 4629/2018, de 11 de maio

Cria e determina a composição de um grupo de trabalho para definir os requisitos que visam garantir a melhor prática e a mais segura no reprocessamento de dispositivos médicos de uso único para utilização pelos serviços e estabelecimentos do SNS.

Atualização das normas de prescrição e dispensa de medicamentos e produtos de saúde

Na sequência da publicação da Portaria n.º 284-A/2016, de 4 de novembro, o INFARMED, I.P. e a ACSS, I.P. aprovaram uma nova versão (versão 5.0) das Normas de Prescrição e das Normas de Dispensa, destinadas a todos os prescritores e farmacêuticos comunitários.

Portaria n.º 163/2018, de 7 de junho

Regula os termos e condições da colaboração do Hospital das Forças Armadas com o Sistema Nacional de Saúde no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos em Cirurgia.

Decreto-Lei n.º 38/2018, de 11 de junho

Transfere para a Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E. P. E., as atribuições de gestão e exploração direta do Centro de Conferência de Faturas do Serviço Nacional de Saúde.

Despacho n.º 5754/2018, de 11 de junho

Nomeia diretor de programa para a área da Diabetes o Dr. Diogo Nuno Fonseca da Cruz, assistente hospitalar de medicina interna do Hospital de Santa Maria, a exercer funções, em regime de substituição, como subdiretor-geral da Saúde.

Decreto-Lei n.º 44/2018, de 18 de junho

Procede à constituição do Centro Hospitalar do Oeste, E. P. E.

Despacho n.º 5988/2018, de 19 de junho

Aprova a Estratégia da Saúde na Área das Demências e determina a constituição e a composição da Coordenação do Plano Nacional da Saúde para as Demências.

Despacho n.º 6280/2018, de 28 de junho

Determina que a referenciação para a primeira consulta de especialidade hospitalar de dermato-venereologia, realizada pelos cuidados de saúde primários do SNS, é efetuada obrigatoriamente através da utilização de telerrastreio dermatológico.

Portaria n.º 188/2018, de 29 de junho

Altera a portaria que regulamenta a remuneração específica atribuída às farmácias, por dispensa de medicamentos comparticipados, em função da redução dos preços de referência.

Portaria n.º 191/2018, de 3 de julho

Atualiza o programa de formação da área de especialização de imuno-hemoterapia.

Despacho n.º 6556/2018, de 4 de julho

Determina que em cada instituição do SNS deverá existir um núcleo/unidade/serviço de Nutrição.

Resolução da Assembleia da República n.º 156/2018, de 6 de julho

Recomenda ao Governo maior autonomia às entidades do SNS para substituição de trabalhadores.

Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho

Determina as ferramentas a utilizar para a identificação do risco nutricional, com vista à implementação, nos estabelecimentos hospitalares do SNS, de uma estratégia de combate à desnutrição hospitalar.

Resolução da Assembleia da República n.º 165/2018, de 10 de julho

Consagra o dia 15 de junho como Dia Nacional da doença de Huntington e recomenda ao Governo que aprove medidas, no âmbito do SNS, para reduzir o impacto desta doença e apoiar os seus portadores.

Resolução da Assembleia da República n.º 168/2018, de 11 de julho

Recomenda ao Governo um plano de emergência para o SNS.

Resolução da Assembleia da República n.º 169/2018, de 11 de julho

Recomenda ao Governo a adoção de medidas para melhoria do SNS.

Resolução da Assembleia da República n.º 170/2018, de 11 de julho

Recomenda ao Governo medidas para o bom funcionamento do SNS.

Resolução da Assembleia da República n.º 184/2018, de 12 de julho

Recomenda ao Governo que pessoas portadoras da doença de Huntington, qualificadas para acesso ao diagnóstico genético pré-implantação, possam efetuar três tentativas de gravidez no âmbito do SNS.

Resolução da Assembleia da República n.º 185/2018, de 12 de julho
Recomenda ao Governo que reforce o acesso à saúde dos doentes de Huntington no âmbito do SNS.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 88/2018, de 12 de julho
Designa os membros do conselho diretivo do Instituto de Oftalmologia do Dr. Gama Pinto.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 89/2018, de 12 de julho
Designa os membros do conselho de administração do IPO de Coimbra, E. P. E.

Despacho n.º 6780/2018, de 12 de julho
Designa o Dr. José Martins Nunes para Alto-Comissário para a Saúde Global.

Portaria n.º 212/2018, de 17 de julho
Atualiza o programa de formação da área de especialização de Ortopedia.

Despacho n.º 6885/2018, de 17 de julho
Altera e adequa a organização interna da Direção-Geral da Saúde. Cria a Divisão de Epidemiologia e Estatística no âmbito da Direção de Serviços de Informação e Análise e define as suas competências.

Lei n.º 31/2018, de 18 de julho
Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida.

Lei n.º 33/2018, de 18 de julho
Utilização de medicamentos, preparações e substâncias à base da planta canábica, para fins medicinais.

Despacho n.º 6916/2018, de 18 de julho
Determina os modelos de prescrição de MCDT cujos encargos devam ser suportados pelo orçamento de serviços e estabelecimentos do SNS, bem como o modelo de Guia de Prestação.

Lei n.º 34/2018, de 19 de julho
Altera o regime jurídico da formação médica pós-graduada, designada de internato médico.

Resolução da Assembleia da República n.º 191/2018, de 19 de julho
Recomenda ao Governo um modelo de intervenção na área das dependências com respostas mais integradas e articuladas e uma aposta na redução de riscos e minimização de danos.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 99/2018, de 20 de julho
Designa Sofia Maria Lopes Portela para o cargo de presidente do conselho diretivo da ADSE, I. P.

Resolução da Assembleia da República n.º 197/2018, de 23 de julho
Recomenda ao Governo que adote medidas de apoio a doentes com esclerodermia.

Resolução da Assembleia da República n.º 201/2018, de 23 de julho

Recomenda ao Governo a implementação de medidas de apoio aos portadores de doenças raras e de deficiência e seus cuidadores.

Resolução da Assembleia da República n.º 203/2018, de 23 de julho

Recomenda ao Governo a adoção de medidas na área das doenças raras e da deficiência.

Resolução da Assembleia da República n.º 205/2018, de 23 de julho

Recomenda ao Governo a abertura imediata do concurso público para construção do novo centro pediátrico do Hospital de São João, no Porto.

Resolução da Assembleia da República n.º 206/2018, de 23 de julho

Recomenda ao Governo o reforço dos meios humanos e materiais do INEM, I. P.

Resolução da Assembleia da República n.º 211/2018, de 25 de julho

Recomenda ao Governo medidas de apoio às pessoas com doenças raras.

Despacho n.º 7059/2018, de 25 de julho

Determina o modelo de respostas de saúde mental no SNS e no âmbito do Sistema Integrado de Emergência Médica a implementar em caso de acidente grave ou catástrofe.

Despacho n.º 7082/2018, de 26 de julho

Define as zonas geográficas carenciadas para efeitos de atribuição dos incentivos à mobilidade.

Resolução da Assembleia da República n.º 222/2018, de 31 de julho

Recomenda ao Governo a agilização dos processos de recrutamento de profissionais para o SNS.

Despacho n.º 7299/2018, de 1 de agosto

Alargamento do modelo de funcionamento do sistema de informação de suporte à gestão de transporte não urgente de doentes e sua implementação em todas as instituições do SNS.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 104/2018, de 2 de agosto

Designa vogal do conselho diretivo do Instituto de Proteção e Assistência na Doença, I. P.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 105/2018, de 2 de agosto

Designa vogal executiva com funções de diretora clínica do conselho de administração do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E. P. E.

Decreto-Lei n.º 60/2018, de 3 de agosto

Simplificação de procedimentos administrativos necessários à prossecução de atividades de investigação e desenvolvimento.

Decreto-Lei n.º 61/2018, de 3 de agosto

Cria o regime jurídico dos centros académicos clínicos e dos projetos-piloto de hospitais universitários.

Despacho n.º 7431/2018, de 6 de agosto

Nomeia membro da Comissão de Avaliação de Medicamentos o Professor Doutor Frederico Simões do Couto Oliveira Fernandes.

Despacho n.º 7432/2018, de 6 de agosto

Estabelece disposições no sentido de tornar os estabelecimentos do SNS livres de fumo de tabaco.

Resolução da Assembleia da República n.º 240/2018, de 8 de agosto

Recomenda ao Governo que tome medidas para melhorar os riscos psicossociais e os problemas de saúde psicológica no trabalho.

Resolução da Assembleia da República n.º 245/2018, de 9 de agosto

Recomenda ao Governo que promova a segurança e a saúde no trabalho e elabore um programa nacional de prevenção de acidentes de trabalho e doenças profissionais.

Resolução da Assembleia da República n.º 247/2018, de 9 de agosto

Recomenda ao Governo a construção célere do Hospital Central do Algarve.

Resolução da Assembleia da República n.º 253/2018, de 9 de agosto

Recomenda ao Governo a presença obrigatória de nutricionistas e dietistas nas instituições do setor social e solidário que prestam cuidados a idosos.

Circular Normativa Conjunta n.º 01/ACSS/INFARMED/SPMS

Implementação dos dispositivos de segurança nos medicamentos de uso humano nos hospitais do SNS.

Resolução da Assembleia da República n.º 265/2018, de 13 de agosto

Recomenda ao Governo que tome medidas para iniciar, em 2018, a construção do novo hospital central público de Évora.

Resolução da Assembleia da República n.º 267/2018, de 13 de agosto

Recomenda ao Governo a construção célere do novo Hospital de Lagos.

Resolução da Assembleia da República n.º 271/2018, de 13 de agosto

Recomenda ao Governo que implemente medidas para facilitar o acesso a suplementos nutricionais com fins medicinais específicos aos doentes que necessitam de nutrição parentérica ou entérica.

Resolução da Assembleia da República n.º 273/2018, de 13 de agosto

Recomenda ao Governo que adote medidas para se dar início à remodelação e ampliação do Hospital de Beja.

Despacho n.º 7879/2018, de 16 de agosto

Designa o licenciado Paulo José Dias Morgado, em regime de comissão de serviço, por um período de cinco anos, para exercer o cargo de presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Algarve.

Despacho n.º 7880/2018, de 16 de agosto

Designa o licenciado João Paulo Gaspar de Almeida e Sousa, em regime de comissão de serviço, por um período de cinco anos, para exercer o cargo de Presidente do Conselho Diretivo do Instituto Português do Sangue e da Transplantação.

Lei n.º 52/2018, de 18 de agosto

Estabelece o regime de prevenção e controlo da doença dos legionários e procede à quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 118/2013, de 20 de agosto.

Lei n.º 55/2018, de 18 de agosto

Estabelece a obrigatoriedade de procedimento concursal para recrutamento dos médicos recém-especialistas que concluíram com aproveitamento a formação específica.

Decreto Legislativo Regional n.º 16/2018/M, de 20 de agosto

Cria incentivos à fixação de médicos no Serviço Regional de Saúde na Região Autónoma da Madeira.

Deliberação n.º 943/2018, de 22 de agosto

Extinção da Unidade de Gestão do Centro de Conferência de Faturas; extinção da Unidade de Compras e Gestão de Contratos; criação da Unidade de Gestão de Contratos e Monitorização da Conta do Medicamento e Dispositivos Médicos.

Despacho n.º 8323/2018, de 27 de agosto

Término dos contratos de gestão dos hospitais de Vila Franca de Xira e de Loures.

Portaria n.º 245/2018, de 3 de setembro

Aprova o regulamento que estabelece as condições de acesso de doentes e entidades, bem como preços e prestações de saúde a realizar, no âmbito do Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade.

Despacho n.º 8543/2018, de 5 de setembro

Designa novos membros da Comissão de Avaliação de Tecnologias de Saúde.

Portaria n.º 249/2018, de 6 de setembro

Altera as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório, bem como as equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Despacho n.º 8586/2018, de 6 de setembro

Designa novos membros da Comissão de Avaliação de Tecnologias de Saúde.

Despacho n.º 8587/2018, de 6 de setembro

Determina a cessação de funções de membros da Comissão de Avaliação de Tecnologias de Saúde.

Despacho n.º 8589/2018, de 6 de setembro

Determina que deve ser disponibilizado o acesso aos dados administrativos dos sistemas de informação hospitalar, para que possa ser integrado automaticamente o número de vagas por unidade de cuidados.

Portaria n.º 254/2018, de 7 de setembro

Altera os Regulamentos e as Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no SNS, procede à regulamentação do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia, que passa a integrar o Sistema Integrado de Gestão do Acesso ao SNS, e define os preços e as condições em que se pode efetuar a remuneração da produção adicional realizada pelas equipas.

Portaria n.º 255/2018, de 7 de setembro

Estabelece os medicamentos destinados aos doentes insuficientes renais crónicos e transplantados renais que beneficiam do regime excecional de comparticipação.

Despacho n.º 8807/2018, de 17 de setembro

Designa o licenciado Delfim Pereira Neto Rodrigues como responsável pela implementação e dinamização das Unidades de Hospitalização Domiciliária nos estabelecimentos hospitalares do SNS.

Despacho n.º 8861-A/2018, de 18 de setembro

Define os objetivos para a promoção da saúde oral nos cuidados de saúde primários, no quadro da revisão do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral.

Despacho n.º 8875-A/2018, de 19 de setembro

Autoriza o conselho de administração do Centro Hospitalar Universitário de São João, E. P. E., a lançar o procedimento concursal para conceção e projeto de novas instalações para o Centro Pediátrico.

Portaria n.º 277-A/2018, de 8 de outubro

Determina a comparticipação dos medicamentos utilizados na indicação terapêutica da doença de Parkinson.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 132/2018, de 10 de outubro

Aprova o apoio financeiro à construção, fiscalização da empreitada e aquisição de equipamento médico e hospitalar estrutural do futuro Hospital Central da Madeira.

Decreto-Lei n.º 79/2018, de 15 de outubro

Permite a disponibilização diretamente ao público dos dispositivos de autodiagnóstico das infeções por VIH, VHC e VHB.

Decreto-Lei n.º 80/2018, de 15 de outubro

Estabelece os princípios e regras aplicáveis às comissões de ética que funcionam nas instituições de saúde, nas instituições de ensino superior e em centros de investigação biomédica que desenvolvam investigação clínica.

Decreto do Presidente da República n.º 72-C/2018, de 15 de outubro
Exonera, a seu pedido e sob proposta do Primeiro-Ministro, Adalberto Campos Fernandes do cargo de Ministro da Saúde.

Decreto do Presidente da República n.º 72-D/2018, de 15 de outubro
Nomeia, sob proposta do Primeiro-Ministro, Marta Alexandra Fartura Braga Temido de Almeida Simões para o cargo de Ministra da Saúde.

Decreto do Presidente da República n.º 72-V/2018, de 17 de outubro
Nomeia, sob proposta do Primeiro-Ministro, Francisco Ventura Ramos para o cargo de Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.

Decreto do Presidente da República n.º 72-W/2018, de 17 de outubro
Nomeia, sob proposta do Primeiro-Ministro, Raquel de Almeida Ferreira Duarte Bessa de Melo para o cargo de Secretária de Estado da Saúde.

Decreto do Presidente da República n.º 80/2018, de 12 de novembro
Ratifica a Convenção do Conselho da Europa Relativa à Contrafação de Medicamentos e Infrações Semelhantes que Envolvam Ameaças à Saúde Pública.

Resolução da Assembleia da República n.º 305/2018, de 12 de novembro
Aprova a Convenção do Conselho da Europa Relativa à Contrafação de Medicamentos e Infrações Semelhantes que Envolvam Ameaças à Saúde Pública.

Portaria n.º 302/2018, de 26 de novembro
Altera a Portaria que estabelece o regime excecional de comparticipação nos medicamentos destinados ao tratamento de doentes com Esclerose Múltipla.

Despacho n.º 11011/2018, de 26 de novembro
Delegação de competências da Ministra da Saúde no Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, licenciado Francisco Ventura Ramos, e na Secretária de Estado da Saúde, doutorada Raquel de Almeida Ferreira Duarte Bessa de Melo.

Despachos n.º 11005/2018 e n.º 11017/2018, de 26 de novembro
Nomeação de membros da Comissão de Avaliação de Medicamentos.

Lei n.º 65/2018, de 30 de novembro
Autoriza o Governo a aprovar um novo Código da Propriedade Industrial e a alterar a Lei que cria um regime de composição dos litígios emergentes de direitos de propriedade industrial quando estejam em causa medicamentos de referência e medicamentos genéricos e a Lei da Organização do Sistema Judiciário.

Despacho n.º 11436/2018, de 30 de novembro
Criação de um grupo de trabalho sobre a temática da suplementação em iodo da criança e da grávida.

Portaria n.º 314-A/2018, de 7 de dezembro

Procede à definição dos países de referência, a considerar em 2019, para a autorização dos preços dos novos medicamentos e para efeitos de revisão anual de preços dos medicamentos do mercado hospitalar e do mercado de ambulatório, bem como mantém, para o mesmo ano, o critério excecional a aplicar no regime de revisão de preços.

Portaria n.º 326-A/2018, de 14 de dezembro

Altera e republica a Portaria n.º 314-A/2018, de 7 de dezembro.

Resolução da Assembleia da República n.º 309/2018, de 17 de dezembro

Recomenda ao Governo que desbloqueie a construção da nova ala pediátrica do Hospital São João.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 175/2018, de 17 de dezembro

Designa José Henrique Dias Pinto Barros presidente do Conselho Nacional de Saúde.

Decreto-Lei n.º 124/2018, de 28 de dezembro

Clarifica as regras aplicáveis à comparticipação de medicamentos e dispositivos médicos pelo Sistema de Proteção Social dos Trabalhadores em Funções Públicas.

Portaria n.º 337-C/2018, de 31 de dezembro

Estabelece o regime de comparticipação do Estado no preço dos tratamentos termais prescritos nos Cuidados de Saúde Primários do Serviço Nacional de Saúde.

