

MEIO CAMINHO ANDADO

RELATÓRIO PRIMAVERA 2018

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.



Escola Nacional
de Saúde Pública
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA



ISPUP
INSTITUTO DE SAÚDE PÚBLICA
DA UNIVERSIDADE DO PORTO



CENTRO DE ESTUDOS
E INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE
UNIVERSIDADE DE COIMBRA



UNIVERSIDADE
DE ÉVORA



Obra Patrocinada por:



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

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

ÍNDICE

DE CONTEÚDOS

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO 1 MEIO CAMINHO ANDADO	12
1.1 Saúde da população: que medidas simples, eficazes e custo-efetivas podem ser adotadas?	12
Doenças crónicas não transmissíveis	
Doenças transmissíveis	
1.2 Cuidados de Saúde Primários: é mesmo para continuar?	15
1.3 Setor hospitalar: endividamento e desresponsabilização	17
1.4 Cuidados continuados, 2015-2018: houve alguma evolução?	19
1.5 A Política do Medicamento: um caminho difícil?	23
1.6 Conclusão: “No meio do caminho tinha uma pedra”	25
1.7 Bibliografia	26
CAPÍTULO 2 EM TORNO DO NASCIMENTO	29
2.1 Morbilidade e mortalidade maternas e mortalidade infantil	32
2.2 Prematuridade	35
2.3 Práticas obstétricas	37
2.4 Aleitamento materno	39
2.6 Conclusão	40
2.7 Bibliografia	41
CAPÍTULO 3 INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE E RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS: CONHECER MAIS PARA INTERVIR MELHOR	42
3.1 Introdução	43
3.2 Magnitude do problema das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde	47
3.2.1 Estrutura e planeamento estratégico para prevenção e controlo de infeções e resistência aos antimicrobianos em Portugal	
3.3 Estratégias e programas implementados em Portugal e noutros países do mundo para reduzir e controlar as IACS	48
3.3.1 Importância dos programas de vigilância epidemiológica	
3.3.2 Políticas de incentivo e penalizações - <i>pay for performance</i>	
3.3.3 Iniciativas e programas para reduzir as IACS – a propósito de alguns exemplos internacionais e nacionais	
3.3.4 Dotação, formação e diferenciação das equipas de controlo de infeção	
3.4 Resistências aos antimicrobianos e estratégias para a sua redução	55
3.5 Reflexões finais	61
3.6 Recomendações	62
3.7 Bibliografia	64
CAPÍTULO 4 RECURSOS HUMANOS NA SAÚDE: O QUE SE SABE E O QUE FALTA SABER	68
4.1 Introdução	69
4.2 Faltam recursos humanos no sistema de saúde português?	70
a) Dificuldade em aferir o número de RHS em Portugal (quantos existem e onde)	
b) Traços específicos dos sistemas de saúde recomendam cautela na comparação internacional de RHS	
c) Falta de entendimento acerca da necessidade de RHS em Portugal (quantos são precisos e onde)	

4.3 Quanto se gasta com RHS em Portugal?	72
4.4 O que se conhece sobre cada grupo de RHS em Portugal?	73
a) Médicos	
b) Médicos dentistas	
c) Enfermeiros	
d) Técnicos Superiores de Saúde	
e) Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica	
f) Assistentes técnicos	
g) Assistentes Operacionais	
4.5 Características do emprego público na saúde	89
4.6 Conclusões	94
4.7 Recomendações	98
4.8 Bibliografia	99
Anexo: Notas metodológicas	

CAPÍTULO 5 A BOA GOVERNAÇÃO EM SAÚDE	108
5.1 Introdução	109
5.2 Governação hospitalar	110
5.3 Transparência e Prestação de contas/responsabilização	111
5.4 Seleção e nomeação dos membros dos CA	113
5.4.1 Estatuto do gestor público	
5.4.2 Página de nomeações do Ministério da Saúde	
5.4.3 CReSAP	
5.5 Avaliação do desempenho dos membros dos CA	117
5.6 Conclusões e recomendações	118
5.7 Bibliografia	119

CAPÍTULO 6 “MELHORAR A INFORMAÇÃO CIENTÍFICA EM CONTEXTO DE USO REAL, AUMENTAR A EFICIÊNCIA DO SISTEMA DE SAÚDE”	122
6.1 Introdução	123
6.2 Despesa com medicamentos em Portugal	125
6.2 Assimetrias geográficas na despesa com medicamentos	123
6.3 Tratamento da hiperglicemia na pessoa com diabetes	135
6.4 Consulta Farmacêutica em oncologia: um case study	144
6.5 Bibliografia	150

CAPÍTULO 7 GESTÃO INTEGRADA DO ACESSO	153
7.1 Enquadramento	154
7.2 O combate às listas de espera em Portugal	154
7.3 Modelo de governação SIGA SNS	156
7.4 Conclusões	158
7.5 Bibliografia	158

CONCLUSÃO	159
------------------	-----

ANEXOS	167
---------------	-----

ÍNDICE

DE TABELAS

CAPÍTULO 1 | MEIO CAMINHO ANDADO

Tabela 1.1 Evolução do número de camas e lugares na RNCCI entre 2015 e março 2018

Tabela 1.2 Mediana dos tempos de espera (em dias) por tipologia e região

Tabela 1.3 Utentes em espera por região

CAPÍTULO 2 | EM TORNO DO NASCIMENTO

Tabela 2.1 Evolução da morbilidade grave e da mortalidade maternas, em Portugal

(Hospitais públicos, 2000-2015)

CAPÍTULO 3 | INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE E RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS: CONHECER MAIS PARA INTERVIR MELHOR

Tabela 3.1 % de resistências dos principais microrganismos aos antimicrobianos

Tabela 3.2 Exemplos de estratégias globais

Tabela 3.3 Exemplos de estratégias nacionais

CAPÍTULO 4 | RECURSOS HUMANOS NA SAÚDE: O QUE SE SABE E O QUE FALTA SABER

Tabela 4.1 Despesa total e em RHS no SNS e em Portugal (2010-2015) – valores %

Tabela 4.2 Evolução do número de médicos (especialistas e internos) e de horas contratualizadas no SNS

Tabela 4.3 Médicos especialistas SNS/1.000 hab (regiões de saúde)

Tabela 4.4 Médicos internos SNS/1.000 hab (regiões de saúde)

Tabela 4.5 Variação das horas de trabalho médico e peso das horas de trabalho médico em prestação de serviços na variação total das horas de trabalho médico no SNS 2015-2017 (%) *

Tabela 4.6 Distribuição dos enfermeiros inscritos na OE em 2016 por área de atuação

Tabela 4.7 Evolução do número de enfermeiros e horas contratualizadas no SNS

Tabela 4.8 Número de enfermeiros SNS/1.000 hab (regiões de saúde)

Tabela 4.9 Variação das horas de trabalho de enfermagem no SNS 2015-2017 (%) *

Tabela 4.10 Enfermeiros especialistas em Portugal

Tabela 4.11 Evolução do número de técnicos superiores de saúde e outros profissionais e horas contratualizadas no SNS

Tabela 4.12 Número de técnicos superiores de saúde e outros profissionais no SNS/1.000 hab (regiões de saúde)

Tabela 4.13 Variação das horas de trabalho de técnicos superiores de saúde e outros profissionais no SNS 2015-2017 (%) *

4.14 Evolução do número de técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica e horas contratualizadas no SNS

Tabela 4.16 Variação das horas de trabalho de técnicos de diagnóstico e terapêutica no SNS 2015-2017 (%) *

Tabela 4.17 Evolução do número de assistentes técnicos e horas contratualizadas no SNS

Tabela 4.18 Número de assistentes técnicos no SNS/1.000 hab (regiões de saúde)

Tabela 4.19 Variação das horas de trabalho de assistentes técnicos no SNS 2015-2017 (%) *

Tabela 4.20 Evolução do número de assistentes operacionais e horas contratualizadas no SNS

Tabela 4.21 Número de assistentes operacionais SNS/1.000 hab (regiões de saúde)

Tabela 4.22 Variação das horas de trabalho de assistentes operacionais SNS 2015-2017 (%) *

Tabela 4.23 Variação anual do número e de despesa com RHS no SNS (2010-2015)

Tabela 4.24 Modalidade de vinculação dos RHS no SNS (%)

Tabela 4.25 Tipo de contrato dos RHS no SNS (%)

Tabela 4.26 Variação das horas realizadas em trabalho suplementar no SNS 2015-2017 (%)

Tabela 4.27 Média dias de ausência por profissional por motivo (valores em dias)

CAPÍTULO 5 | A BOA GOVERNAÇÃO EM SAÚDE

Tabela 5.1 Princípios de transparência e prestação de contas/responsabilização

CAPÍTULO 6 | “MELHORAR A INFORMAÇÃO CIENTÍFICA EM CONTEXTO DE USO REAL, AUMENTAR A EFICIÊNCIA DO SISTEMA DE SAÚDE”

Tabela 6.1 Novas moléculas comparticipadas, impacto Encargos SNS ambulatório (2015-2017)

Tabela 6.2 Despesa com medicamentos dispensados em farmácias comunitárias, a PVP (EUR) (2014-2017)

Tabela 6.3 Despesa com medicamentos dispensados em farmácias comunitárias, por origem de prescrição, a PVP (EUR) (2014-2017)

Tabela 6.4 Despesa per capita com medicamentos dispensados em farmácias comunitárias, a PVP (EUR) (2014-2017)

Tabela 6.5 Despesa direta (out-of-pocket) per capita com medicamentos dispensados em farmácias comunitárias, a PVP (EUR) (2014-2017)

Tabela 6.6 Top 10 de despesa per capita com medicamentos, nos municípios com maior e menor despesa

INDÍCE

DE FIGURAS

CAPÍTULO 1 | MEIO CAMINHO ANDADO

Figura 1.1 Orçamento da Saúde e encargos com medicamentos - 2012 a 2016 em 106 EUR – ACSS/CCF, CHNM e INE

CAPÍTULO 2 | EM TORNO DO NASCIMENTO

Figura 2.1 Evolução da mortalidade infantil em Portugal: 1960-2017

Figura 2.2 Mortalidade infantil em Portugal por regiões (NUTSII): 2001-2017

Figura 2.3 Evolução da prevalência de nados-vivos pré-termo e muito pré-termo, em Portugal, entre 2000 e 2016

Figura 2.4 Prevalência de partos por cesariana. Portugal: 1971-2016

CAPÍTULO 6 | “MELHORAR A INFORMAÇÃO CIENTÍFICA EM CONTEXTO DE USO REAL, AUMENTAR A EFICIÊNCIA DO SISTEMA DE SAÚDE”

Figura 6.1 Evolução encargos SNS com medicamentos ambulatório versus hospital (2010-2017)

Figura 6.2 Evolução do peso (em unidades) do mercado dos GHs no mercado ambulatório SNS (2010-2017)

Figura 6.3 Top 5 grupos farmacoterapêuticos, encargos SNS hospitalar (Jan-Nov:2017)

Figura 6.4 Despesa per capita com medicamentos dispensados em farmácias comunitárias, a PVP em euros, por município (2014-2017)

Figura 6.5 Encargo SNS a PVP (EUR) no tratamento da diabetes em ambulatório (2016)

Figura 6.6 Consumo nacional de antidiabéticos e insulinas (DHDs) – valores absolutos em tabela (2000-2017)

Figura 6.7 Insulina (DHD), 2013-2017

Figura 6.8 Razão ADs/Insulina, 2013-2017

Figura 6.9 Despesa, em PVP (EUR) das diferentes classes de ADs e posicionamento no ranking, ordenado em função da proporção da despesa total, 2015-2016

Figura 6.10 Evolução da utilização das diferentes classes de ADs, por zona (2013-2017)

Figura 6.11 Dispensa de antidiabéticos, em DHDs e em despesa per capita, por município, 2016

Figura 6.12 Padrão de utilização e antidiabéticos, nalguns países europeus (% DHDs)

Figura 6.13 Classificação de risco atribuído a interações medicamentosas

Figura 6.14 Interações identificadas (classificação de risco)

Figura 6.15 Interações entre os medicamentos prescritos em contexto oncológico e outra terapêutica em curso (classe terapêutica)

Figura 6.16 Análise da terapêutica e intervenções propostas

Figura 6.17 Diagnóstico principal (tipo de cancro)

Figura 6.18 Tipo de recomendação efectuada

CAPÍTULO 7 | GESTÃO INTEGRADA DO ACESSO

Figura 7.1 Programas para reduções de listas de espera

INTRODUÇÃO

**FELISMINA MENDES¹, FILIPA DUARTE-RAMOS², HENRIQUE BARROS³,
PEDRO LOPES FERREIRA⁴, ROGÉRIO GASPAR², RUI SANTANA⁵**

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

5 | Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa

INTRODUÇÃO

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 – isto é, não ser mais do que uma versão escrita de alguns debates na Assembleia da República. 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 resolutive 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).

Este Relatório 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.

O **PRIMEIRO CAPÍTULO** é – podemos dizer “como sempre” – o mais focado na governação atual e nos problemas do presente: cuidados de saúde primários com a reforma ainda por concluir, cuidados continuados ainda muito incipientes, hospitais endividados. Não deixamos, no entanto, de dedicar uma parte substancial do capítulo à saúde pública, tema presente pela necessidade premente de uma saúde pública mais forte e interventiva, porque é a saúde pública de hoje que garante a saúde e sustentabilidade futuras.

Seguem-se dois capítulos que se debruçam sobre questões socialmente cruciais da saúde pública, que podem ser lidos numa perspetiva de obtenção de ganhos a longo e muito curto prazo.

O **CAPÍTULO 2**, intitulado “Em torno do nascimento”, questiona o que habitualmente se considera o grande sucesso do SNS, focando não apenas na mortalidade materno-infantil, mas também numa série de aspetos essenciais de saúde pública, pelas suas possíveis consequências para a saúde a longo prazo, tais como as complicações do parto, o aumento de nascimentos pré-termo, as taxas elevadas de cesarianas e episiotomias, e a taxa de aleitamento materno que permanece relativamente baixa.

Numa perspetiva de mais curto prazo, o **CAPÍTULO 3**, sobre “Infeções associadas aos cuidados de saúde e resistência aos antimicrobianos”, foca um grave problema de qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e o aumento das resistências aos antimicrobianos (RAM), que acabam por ser, pela sua dimensão e gravidade, uma verdadeira ameaça de saúde pública. O capítulo apresenta números assustadores, e ao mesmo tempo detalha as políticas possíveis para inverter estes resultados, parte das quais estão a ser implementadas com resultados positivos.

Os três capítulos seguintes dedicam-se a temas mais relacionados com o SNS.

O **CAPÍTULO 4**, intitulado “Recursos Humanos na Saúde: o que se sabe e o que falta saber”, alerta-nos para que não possam haver análises simplistas sobre o número de profissionais desejável, por um lado, porque a informação sobre recursos humanos do sistema de saúde permanece incompleta, e por outro, porque o “número mágico” depende das necessidades, da dinâmica das entradas (recém-diplomados) e saídas (aposentados) e dos tipos de contratos, entre outros aspetos.

O **CAPÍTULO 5**, intitulado “A boa governação em saúde”, após definir o que significa “boa governação”, debate o tema aplicado aos hospitais do SNS, focando o estatuto do gestor público, os processos de nomeação e de avaliação do seu desempenho, temas cruciais na atualidade, quando os hospitais públicos são regular e fortemente criticados pela sua gestão financeira e falhas na prestação de serviços.

O **CAPÍTULO 6**, sobre a política do medicamento, adota uma perspetiva original, pouco habitual na avaliação de políticas do medicamento, mas em alinhamento com uma preocupação constante do Observatório Português para os Sistemas de Saúde (OPSS), as desigualdades, neste caso geográficas, nas despesas com medicamentos. O capítulo também se debruça sobre o tratamento da diabetes, tema de grande relevância pelo peso epidemiológico da doença e da sua carga económica, numa altura em que existe muitas dúvidas sobre a adequação das terapêuticas mais comuns em Portugal.

Finalmente, o **ÚLTIMO CAPÍTULO**, sobre gestão do acesso aos cuidados de saúde, retoma a questão do acesso, muito debatida nos Relatórios de Primavera de 2016 e 2017, desta vez na perspetiva dos tempos de espera, apresentando as últimas iniciativas governamentais para melhorar o acesso atempado aos cuidados, e poder melhor acompanhar o percurso dos cidadãos no SNS.

Foi desta forma que, mais uma vez, a equipa do OPSS tentou resolver os seus dilemas, tentando analisar com base em evidência sustentada, numa perspetiva de curto prazo que não esquece os desafios do futuro. Foi mais uma vez uma missão difícil, que nos obrigou a fazer escolhas, com o sentido de missão, acreditando que este Relatório é um contributo válido para sustentar a tomada de decisão política por um lado, e para informar o cidadão, por outro. Marcamos desde já encontro para o RP2019, presentes e atentos, com a responsabilidade de um Observatório com características únicas e tendo como objetivo central e permanente a melhoria contínua dos nossos processos de análise.

CAPÍTULO 1 |

MEIO CAMINHO ANDADO

**ANDRÉ PERALTA-SANTOS¹, ANTÓNIO FARIA VAZ², FELISMINA MENDES³,
JOANA ALVES^{1,4}, RUI SANTANA^{1,4}, TERESA LEÃO¹, VICTOR RAMOS¹**

1 | Centro de Investigação em Saúde Pública, Universidade NOVA de Lisboa

2 | Administração Regional de Saúde Lisboa Vale do Tejo

3 | Universidade de Évora

4 | Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade NOVA de Lisboa

MEIO CAMINHO ANDADO

Os ministros da saúde têm uma duração programada de quatro anos. Durante estes anos, têm duas missões, por vezes contraditórias ou difíceis de conciliar. Detalhemo-las.

Por um lado, devem gerir o sistema de saúde durante os anos do seu mandato, e em particular o Serviço Nacional de Saúde, garantindo que este permite tratar os problemas de saúde da população com qualidade e equidade, enquanto a eficiência é salvaguardada. Esta primeira equação é complexa num contexto económico que, apesar de melhor, continua frágil. Como referido mais adiante, e apesar de algumas evoluções positivas, permanecem importantes necessidades não satisfeitas, nos cuidados primários, nos hospitais e nos cuidados continuados. A situação económica do país poderá ter levado a limitar os investimentos e iniciativas no setor da saúde.

Por outro lado, espera-se que os ministros da saúde acabem o seu mandato com um sistema de saúde mais bem preparado para o futuro, tendo melhorado a sua sustentabilidade não apenas porque os prestadores de cuidados funcionam melhor, mas também porque a saúde da população melhorou, ou se espera que melhore nos próximos anos. Se o envelhecimento da população portuguesa é um facto dificilmente reversível, e independente das políticas de saúde, Portugal destaca-se pelo facto de ter uma população pouco saudável: a esperança de vida livre de doença, em Portugal, era de 55 anos nas mulheres e de 58,2 anos nos homens em 2015, comparativamente com 63,3 anos e 62,6 anos, respetivamente, na União Europeia.⁽¹⁾

Este é, provavelmente, o maior desafio que se coloca ao sistema de saúde português neste contexto de envelhecimento. Apesar da má saúde da população idosa em Portugal se poder explicar com a história de pobreza do país, esta causa não está erradicada, quando observamos que 26,2% das crianças de menos de 16 anos se encontravam em risco de pobreza em Portugal (para 24,7% na zona euro)^(a) Assim, esperam-se políticas de saúde que permitam atenuar as dificuldades futuras, partindo da premissa que para garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde, a melhor estratégia é tornar a população mais saudável, seja ela envelhecida ou não. Por isso, optámos por dar também um forte destaque, neste primeiro capítulo, à saúde pública, focando o que foi feito e o que fica por fazer – meio caminho andado?

1.1 Saúde da população: que medidas simples, eficazes e custo-efetivas podem ser adotadas?

Doenças crónicas não transmissíveis

Portugal é um dos países da Europa onde se vive, em média, até mais tarde. No entanto, é um dos países onde se vive com pior saúde durante mais anos. Os estilos de vida e comportamentos de saúde continuam a ser os principais fatores de risco para a perda de anos de vida saudável.

⁽²⁾ Em 2016, a alimentação inadequada, o abuso de álcool e o tabagismo encontravam-se entre os quatro principais fatores de risco de perda de anos de vida saudável em Portugal, sendo responsáveis pela perda de cerca de 2.696, 3.096 e 2.416 anos de vida saudável por 100.000 habitantes, respetivamente. Uma parte importante desta carga de doença relaciona-se com a mortalidade por eles causada. Em 2016, a alimentação inadequada esteve na base de 173 óbitos por 100.000 habitantes, o abuso de álcool 138, e o tabagismo 113.⁽²⁾

(a) Dados do Eurostat, <http://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/data/database>, 1 de Maio 2018

Estes comportamentos tendem a concentrar-se nos grupos mais desfavorecidos, acarretando uma maior morbilidade e mortalidade nestes grupos, levando a desigualdades em saúde e, indiretamente, agravando a sua situação socioeconómica.⁽³⁻⁵⁾

A promoção de comportamentos saudáveis é, então, essencial para a saúde dos portugueses, para a redução das desigualdades e para o bem-estar social e económico do país. Assim, várias estratégias de promoção da alimentação saudável, e de prevenção do tabagismo e do abuso de álcool têm vindo a ser recomendadas por organizações como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), e acordos para a sua adoção foram assinados por Portugal. A Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)⁽⁶⁾ e a estratégia Health 2020 da OMS Europa⁽⁵⁾ são duas das principais estratégias que Portugal comprometeu a colocar em prática, em 2004 e 2012, respetivamente, para a redução da morbi-mortalidade e as desigualdades em saúde.

Apesar da implementação de algumas das medidas recomendadas por estas instituições, como o aumento da idade legal de consumo de álcool, o aumento da restrição de fumo em locais públicos, ou a taxaço sobre bebidas com elevado teor de açúcar, Portugal está ainda longe de cumprir inteiramente com estes acordos, distante dos melhores exemplos no controlo das doenças crónicas, e aquém da sua real capacidade de redução da carga de doença causada por estes fatores de risco.

A OMS e da OCDE defendem que os esforços para a redução da morbi-mortalidade devem passar pela escolha de estratégias cuja efetividade tem vindo a ser comprovada pela evidência científica. Medidas como a proibição de venda de produtos alimentares não saudáveis nos hospitais públicos podem contribuir para a discussão pública e para o sentido de coerência da mensagem passada pelos profissionais de saúde, mas apresentam limitações quanto à efetividade ao nível populacional. Diferentemente, a taxaço de bebidas com elevado teor em açúcar tem expectável redução do consumo a nível populacional e dos grupos socioeconomicamente mais desfavorecidos. A implementação de políticas fiscais, com o aumento significativo do preço dos produtos alimentares com elevado teor de açúcar, gorduras saturadas e sal, concomitante com a redução dos preços dos alimentos saudáveis, pode condicionar a mudança de comportamento controlando o risco de insegurança alimentar, e a redução de desigualdades na alimentação.⁽⁷⁻⁹⁾

Igualmente, a taxaço de todos os produtos tabágicos e álcool, levando ao aumento do preço em 10%, e/ou a definição de um valor mínimo para a venda de álcool, poderá levar à redução do seu consumo e dos problemas de saúde dele decorrentes.^(3,4,10,11)

A adoção de medidas legislativas de proibição de venda de álcool e tabaco a menores, de condução sob o efeito de álcool, e de proibição de fumo em locais públicos, devem ser fortemente fiscalizadas.^(3,4,10-14) De forma a garantir a sua efetividade, a proibição de fumo em locais públicos deve finalmente ser alargada à totalidade dos espaços públicos fechados.^(3,11,15)

Outras medidas, relacionadas com o marketing e a literacia em saúde têm também vindo a ser recomendadas e gradualmente implementadas noutros países da OCDE:

a restrição da publicidade de alimentos obesogénicos direcionada às crianças nos media;^(8,9,13)

a forte fiscalização das proibições de marketing do álcool e tabaco, especialmente em eventos desportivos, musicais, ou culturais com menores;^(3,4,10,11)

e o desenho de campanhas mediáticas baseadas em princípios de marketing social, e tendo como alvo os grupos populacionais mais vulneráveis.^(3,4,13)

Apesar de as listas nutricionais dos alimentos serem obrigatórias na maioria dos países da OCDE, a utilização de logos informativos (como o semáforo nutricional ou “keyhole logo”) tem vindo a permitir ao consumidor uma melhor compreensão e escolha dos alimentos e, indiretamente, a influenciar a indústria a reformular os seus produtos de forma a torná-los mais saudáveis.^(8,16,17) Esta estratégia tem vindo a ser adotada em vários países: o sistema de semáforo nutricional foi implementado no Reino Unido e em França, e o “Keyhole logo”^(b) está em vigor na Dinamarca, Noruega, Suécia, Islândia e Lituânia.^(7,9)

Complementarmente às medidas fiscais, é fundamental manter (e/ou alargar) o acesso dos indivíduos dependentes do tabaco e/ou álcool às intervenções breves e à cessação tabágica, seja através de linhas de apoio, seja através de consultas.^(10,11) Apesar dos esforços na reativação da linha de apoio à cessação tabágica na linha Saúde 24, na comparticipação de medicação de apoio à cessação tabágica, ou no estímulo à criação das consultas de cessação tabágica nos Cuidados de Saúde Primários, estes são ainda incipientes. Os profissionais de saúde devem ser sensibilizados a detetar estas dependências nos grupos mais vulneráveis, e formados para o apoio à mudança comportamental, de forma a reduzir as desigualdades em saúde.

Doenças transmissíveis

A saúde da população não depende só da prevenção de doenças crónicas, como também da prevenção das doenças transmissíveis; algumas doenças transmissíveis têm estado a emergir ou a reemergir em Portugal,⁽¹⁸⁾ assim como na Europa (Sarampo, Hepatite A, Legionella).⁽¹⁹⁻²³⁾ O ressurgir das doenças evitáveis pela vacinação deve-se ao próprio sucesso das medidas tomadas no século passado, levando a uma desvalorização dos riscos aliados a estas doenças, e ao surgimento de movimentos anticientíficos na sociedade. Importa reforçar a importância da vacinação através do reforço da educação para a ciência, da formação dos profissionais para motivar os utentes e familiares, e da sensibilização dos mesmos para a importância da sua vacinação (prevenindo contrair a doença, e prevenindo a sua transmissão aos seus utentes).⁽²⁴⁾

A Assembleia da República e o Governo têm demonstrado preocupação com o tema através do reforço do Programa Nacional de Vacinação.⁽²⁵⁾ No entanto, para além das medidas já em curso, devemos estar atentos ao evoluir da situação, estudando as causas e consequências da menor imunidade para algumas doenças preveníveis pela vacinação e adequando o enquadramento legal, se tal for necessário, como o fizeram outros países, para a população em geral (Itália, França, Austrália)⁽²⁶⁻²⁸⁾ com a introdução de formas de vacinação obrigatória para algumas doenças e ou, para profissionais de saúde (Finlândia)⁽²⁹⁾ reforçando as competências dos serviços de saúde ocupacional na vigilância do seu estado vacinal.

O aumento da incidência de outras doenças transmissíveis está também relacionado com as alterações climáticas a que temos assistido. Para além de ser fulcral assumir medidas de controlo das alterações climáticas, importa também reforçar a articulação dos ministérios da saúde, ambiente, e economia, de forma a sensibilizar os cidadãos e as empresas para a importância de algumas práticas para a redução do risco de crescimento microbiológico e transmissão à população destas doenças.

(b) O “keyhole logo” baseia-se no princípio de, em cada grupo alimentar, ser assinalado o produto com melhor teor nutricional (menor teor em gorduras saturadas, açúcar, sal, e/ou maior teor em fibra). Tem vindo a ser adoptado pelos países nórdicos em detrimento do semáforo nutricional visto não depender de níveis de classificação artificialmente definidos.

A Proposta de Lei 49/XIII (vulgo Lei da Saúde Pública) em discussão na Assembleia da República é uma oportunidade para reforçar e modernizar a Saúde Pública face a novos desafios. Mas para tal acontecer são necessárias medidas subseqüentes à Lei, que dotem de meios tecnológicos, fixem os melhores profissionais e modernizem os organismos de Saúde Pública, desde os mais centrais, como a DGS e o INSA, até aos mais locais, como as Unidades de Saúde Pública.

Se tal não acontecer, Portugal ficará numa situação mais frágil e não saberá responder, adequadamente, à exigência de novos riscos num mundo globalizado.

1.2 Cuidados de Saúde Primários: é mesmo para continuar?

Embora sejam vistos como uma vertente curativa do sistema de saúde, os cuidados de saúde primários (CSP) têm uma dimensão de saúde pública por representarem a porta de acesso ao SNS, pela proximidade e continuidade dos cuidados que proporcionam e por terem também fortes funções de prevenção. Assim, podemos considerar que os CSP são um instrumento essencial de melhoria da saúde da população, e de luta contra as desigualdades em saúde, pela sua abrangência populacional e quase gratuidade.

A “reforma” dos cuidados de saúde primários (CSP) teve uma gestação concetual e experimental entre 1996 e 1999 – “Projetos Alfa” e Grupos de Regime Remuneratório Experimental (RRE). Atravessou um período de latência e de estagnação entre 2001 e 2005 e foi impulsionada a partir de 2006. Em maio de 2018 está longe de estar concluída. Persistem grandes iniquidades no acesso a CSP de qualidade entre pessoas, famílias e comunidades consoante a região do país e, em cada região, dentro da mesma comunidade local.

Decorridos 12 anos após o impulso de 2006, as transformações que tiveram mais desenvolvimento foram:

- a) constituição e manutenção de atividade de 505 unidades de saúde familiar (USF), para uma necessidade de 820 a 850, com grandes resistências à sua evolução organizacional para um modelo com maior autonomia e responsabilização e conseqüente retribuição associada ao desempenho (Modelo B)
- b) constituição e manutenção de atividade de 250 unidades de cuidados na comunidade (UCC), desconhecendo-se a amplitude geodemográfica e necessidade de cuidados ainda não cobertas por este tipo de unidades;
- c) uma substancial viragem no modelo de contratualização, desde 2017 - a qual 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.

No entanto, as restantes componentes essenciais para uma arquitetura coerente das transformações projetadas nos CSP, continuam por concretizar:

A gestão não foi descentralizada. Os agrupamentos de centros de saúde (ACES) têm dimensão e fluxos financeiros correspondentes a médias e a grandes empresas, por critérios europeus, mas estão sem capacidade de gestão. São telecomandados por instâncias burocráticas, distantes, também elas sem grande autonomia;

A governação clínica e de saúde continua incipiente;

A gestão participada pela comunidade, prevista na lei através dos conselhos da comunidade, e da sua participação nos conselhos executivos dos ACES é frágil ou inexistente. Porém, a Constituição determina, no Artigo 64.º, que o SNS tenha uma gestão descentralizada e participada;

As unidades de saúde pública (USP) não foram objeto de qualquer investimento ou intervenção transformadora;

Várias competências profissionais indispensáveis em cuidados de saúde primários (saúde oral, psicologia, nutrição, fisioterapia, podologia, serviço social, entre outras) continuam escassas e deficientemente organizadas.

Quanto à evolução das USF em número e em desenvolvimento organizacional, a publicação do Despacho conjunto n.º 1194-A/2018, de 1 de fevereiro dos Ministérios das Finanças e da Saúde, que limita a 30 o número de USF a serem criadas em 2018 e a 20 as que poderão transitar para modelo B no biénio 2017-2018, foi interpretada pelos profissionais das USF e pelas suas organizações como um sinal de desinvestimento na continuação da reforma dos CSP.

Na prática, este ato prolonga as desigualdades entre portugueses no acesso a cuidados de saúde primários (CSP) com qualidade. Tais desigualdades são agora bem patentes pela consulta na plataforma “BI CSP” onde é clara a progressão em “escada” em todos os indicadores de desempenho e resultados nos três patamares organizacionais: as unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP) nos níveis sempre mais baixos, as USF modelo A (cujas maioria procura atingir níveis de desempenho que lhes permitam transitar para modelo B) nos níveis intermédios e as USF modelo B, com níveis consistentemente mais elevados.⁽³⁰⁾ Embora não seja claro que a passagem para USF seja a causa das melhorias, porque esta passagem decorre de um processo de seleção, a perpetuação de CSP em “dois níveis” é inaceitável, considerando que os CSP são o primeiro contacto da população com o SNS e deveriam ser um instrumento de combate às desigualdades em saúde, e não uma causa das mesmas.

O ano de 2017 foi o pior de todos os anos na evolução das USF. Em 30/5/2018 estavam contabilizadas 505 USF (235 em modelo B) para uma necessidade estimada de cerca de 820 a 850. Esta estimativa prevê que se manterão em atividade algumas UCSP, por necessidade assistencial ou por preferência dos profissionais. Em 30/5/2018 estavam contabilizadas 380 UCSP. Algumas destas unidades são virtuais, estando em fase de desativação.⁽³¹⁾ As USF aumentam lentamente. As UCSP decrescem lentamente. Ao ritmo prometido e não atingido de 25 novas USF por ano, só em 2030-2031 seria atingida a equidade no acesso às USF. Um espaço de tempo de, pelo menos, doze anos.

A Coordenação Nacional para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde na área dos Cuidados de Saúde Primários, criada há dois anos, funciona em paralelo a idênticas coordenações nacionais para os hospitais e para os cuidados continuados, e, ainda, a iniciativas para a saúde pública, todas aparentemente desconectadas entre si. Os aspetos mais marcantes da ação da Coordenação para os CSP têm sido a transparência quanto à informação sobre o desempenho das unidades de CSP, através da Plataforma BI-CSP-SNS e a evolução do processo de contratualização nos CSP.

Aspetos com ampla margem para melhoria são os da qualidade e segurança do doente, atualização regular e correção sistemática das normas de orientação clínica (NOC) e aumento da capacidade resolutive dos CSP em problemas simples e comuns. São exemplos: a existência em todas as unidades de CSP de equipamentos e material para pequena cirurgia e outros procedimentos resolutivos simples, como a remoção de cerúmen dos canais auditivos, bem como de apoio à avaliação e melhoria de controle de doenças crónicas (diabetes, hipertensão arterial, doenças respiratórias crónicas, entre outros).

Muitos dos obstáculos e problemas identificados neste processo de reforma dos CSP têm sido associados à ausência de uma reforma do Estado e da Administração Pública, bem como à necessidade de um novo e diferente estatuto institucional do SNS e de um novo modelo para a sua governação. Porém, o período de 2017/2018 fica marcado por uma prática dissonante do discurso oficial de serem os CSP uma prioridade política do Governo.

1.3 Setor hospitalar: endividamento e desresponsabilização

O setor hospitalar tem um relevo particular em Portugal, não apenas porque representa o local onde são tratadas as doenças agudas e mais severas, mas também porque tem representado o recurso que as populações têm utilizado mais frequentemente em caso de doença, severa ou não. Os hospitais do SNS são perçecionados muitas vezes (e indevidamente) como a solução mais imediata em caso de problema, o que outorga ao setor uma visibilidade social e mediática muito forte, ainda potenciada pelo facto de ser o local de fim de vida para uma proporção substancial da população, e pelas carências dos CSP (ver secção anterior).

O período que atualmente vivenciamos no sector hospitalar encontra-se marcado pelas consequências da aplicação do Programa de Assistência Económica e Financeira (PAEF) entre 2011 e 2015 resultado da intervenção externa da Troika. No trabalho de investigação de Legido-Quigley H et al (2016),⁽³⁵⁾ onde é estudado o período de recessão no sector da saúde, os autores referem que apesar de Portugal já não necessitar atualmente de intervenção externa ao nível financeiro, torna-se agora necessário corrigir a trajetória dos impactos provocados pelas medidas introduzidas no sistema de saúde durante o período de austeridade.

Contudo, e apesar de objetivamente o nosso país já não se encontrar sob intervenção externa, o quotidiano dos hospitais do SNS encontra-se substancialmente marcado por um tema que, todavia, deriva do PAEF: o risco/a ameaça da necessidade de um novo bailout, que tem limitado o aumento da despesa pública, incluindo o investimento no SNS.

Esta limitação consubstancia-se essencialmente em duas práticas: no diferencial entre o valor orçamental económico previsto pelos hospitais e a liquidez duodecimal proporcionada pelo financiador e na não autorização para a realização de despesas correntes e de investimento. Enquanto o ciclo económico é estabelecido através de orçamento previsional preparado, negociado, monitorizado pela estrutura do MdS (ACSS, ARS e entidades prestadoras), o ciclo de tesouraria dos hospitais é determinado centralmente pelo controlo de autorizações por parte do MdF. A dissonância tendencialmente crescente entre os ciclos de tesouraria e os ciclos económicos das unidades prestadoras de cuidados de saúde de natureza EPE, pertencentes ao SNS português, provoca um diferencial que gera falta de liquidez e um aumento de stock de dívida a fornecedores de bens e serviços essenciais para garantir a prestação de cuidados de saúde às populações. A acumulação periódica do stock de dívida ao longo do tempo tem conduzido à prática de entregas de verbas a título extraordinário aos hospitais.

Este problema estrutural, permanente e contínuo ao nível do financiamento das organizações de saúde, traduz um sistema de reposição de despesas, cuja metodologia ou critérios de alocação de verbas não se encontra disponível de forma pública.

Como forma de evitar a falência técnica, outra das intervenções que os proprietários hospitalares encontram é o reforço dos capitais estatutários do universo EPE: o stock de capital estatutário dos hospitais EPE passou de 1.808 mil milhões de euros em 2009, para um valor esperado em 2018 de 3.827 mil milhões (fonte MdS).⁽³⁶⁾

As consequências destas opções não se poderão considerar positivas, nem para o propósito pelas quais foram impostas, o controlo orçamental, nem pelas externalidades geradas:

O ciclo de geração de deficits de exploração e consequentemente de criação de stock de dívida é um problema estrutural e histórico do SNS português. O estrangulamento duodecimal só tende a agravar uma realidade que é corrigida a posteriori pelas entidades que a estão a criar;

A falta de liquidez diária torna-se perigosamente num argumento “joker”, capaz de justificar todas as boas e más decisões. A possível quebra da quantidade e qualidade das atividades desenvolvidas no seio do SNS encontra no argumento da falta de liquidez um aliado perfeito para a sua justificação e consequente desresponsabilização;

O controlo central das autorizações de pagamento das unidades hospitalares é sinónimo de uma quebra de autonomia e confiança na estrutura de governação e gestão do MdS, de forma transversal aos seus diferentes níveis de responsabilidade. A dependência de autorização central para a realização de despesas aumenta o risco no processo de tomada de decisões, porque é menos sensível ao conhecimento de cada realidade, às especificidades do mercado da saúde e ao estabelecimento de prioridades em saúde;

O pagamento retrospectivo das despesas incorridas tipifica uma situação onde o risco é transferido para o pagador, uma vez que é realizada uma reposição de verbas após a contração da dívida. Como é assumido que existirá uma reposição futura dessa mesma despesa, não existem incentivos à eficiência, e pode existir a tendência para um aumento global da despesa por parte do prestador. Quanto maior o nível de despesas incorridas, maior será a reposição dessas despesas;

A redução do investimento em capital, que leva à degradação de infra-estruturas e a um não planeamento da reposição de equipamentos e renovação de instalações.

A realidade atrás descrita não foi nem é favorável ao desenvolvimento de reformas estruturantes no sistema de saúde português. O tempo da reforma hospitalar foi afetado não só pelo quadro de restrições financeiras, mas também pela incerteza gerada pela solução governativa inovadora. O tempo de lançamento de reformas estruturantes, tipicamente no início das legislaturas, foi condicionado pela capacidade de obtenção de ganhos rápidos que justificassem a solidez dessa mesma solução.

Por outro lado, a opção da utilização de uma abordagem vertical assente em diferentes níveis de cuidados de saúde, conduziu, na componente hospitalar, à criação da Coordenação Nacional para a Reforma dos Cuidados de Saúde Hospitalares. Depois de substituições na sua liderança ao longo do período, não são conhecidos os resultados globais do seu funcionamento, isto

é, a estrutura que desenvolveria as bases e instrumentos de uma reforma hospitalar não foi concretizada de forma evidente.

Tal como sucedeu com o nosso país durante o período de intervenção externa, parece ser crucial readquirir a confiança necessária entre os diferentes agentes envolvidos no processo de financiamento das unidades hospitalares. Se, por um lado, a disponibilização das verbas é fundamental, a garantia de criação de valor dos montantes crescentes afetos ao setor da saúde é também um objetivo que deverá ser efetivamente perseguido. Resumindo, no país a crise económica acabou, mas no setor hospitalar continua.

1.4 Cuidados continuados, 2015-2018: houve alguma evolução?

No contexto de envelhecimento, os cuidados continuados constituem um relevo particular porque representam a resposta de curto prazo à incapacidade funcional que atinge uma forte proporção dos idosos. Este tema também não pode ser desligado da secção anterior: os hospitais, já sobrecarregados e endividados, têm vindo a ter que tratar muitas pessoas já em fase não aguda da doença, sem possibilidade de regressar a casa, mas sem outra solução para assegurar a sua reabilitação.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada em 2006, resultou de uma parceria entre os Ministérios do Trabalho Solidariedade e Segurança Social (MTSSS) e da Saúde (MS). O objetivo destes cuidados é ajudar a pessoa a recuperar ou manter a sua autonomia e maximizar a sua qualidade de vida.

A RNCCI é constituída por unidades que disponibilizam camas de internamento - Unidade de Convalescença (UC); Unidade de Média Duração e Reabilitação (UMDR); Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM); Unidades de Saúde Mental e Unidades de Cuidados Integrados Pediátricos de internamento e ambulatório (UCIP N1 e UAP) e por lugares de cuidados domiciliários, através das Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

No âmbito da Reforma do Sistema de Saúde, promovida pelo atual governo, foi publicado em 2016 o Plano de Desenvolvimento da RNCCI. Nele constam as orientações e desafios a alcançar com a Reforma da Rede entre 2016-2019. Destaca-se a importância atribuída à criação de respostas de Saúde Mental, de Cuidados Integrados Pediátricos, a forte aposta na Domiciliação dos Cuidados, através das ECCI, o desenvolvimento do Estatuto do Cuidador Informal e a expansão da capacidade de resposta da Rede, privilegiando a domiciliação e as respostas comunitárias e dando prioridade às regiões e às respostas mais carenciadas (Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019: 17).

Para tal, foram estabelecidos objetivos de que se destaca o reforço dos cuidados continuados integrados prestados no domicílio e em ambulatório; o reforço da capacidade de resposta da RNCCI através do aumento do número de vagas em cuidados continuados integrados, em todas as suas tipologias; e o reconhecimento e apoio a cuidadores informais que apoiam as pessoas dependentes.

Para análise do grau de concretização dos objetivos estabelecidos no Plano de Desenvolvimento da RNCCI 2016-2019 analisou-se, num primeiro momento, a **evolução das camas/lugares da RNCCI** entre 2015 e 23 de março de 2018, a partir dos dados publicados pelo governo no Retrato da Saúde 2018. ⁽³⁷⁾

Tabela 1.1 - Evolução do número de camas e lugares na RNCCI entre 2015 e março 2018

Lugares/camas	2015	2016	2017	Março 2018	Diferença de camas/lugares, 2015 a 03/2018
RNCCI - Lugares de internamento (UC; UMDR; ULDM; Saúde Mental e CCIP)	7481 (não inclui 278 lugares de cuidados paliativos, que nesta altura integravam a RNCCI)	8390	8340	8770 (inclui camas/lugares de CCP e Saúde Mental; não inclui as 109 camas de Cuidados Paliativos que em 1 de abril de 2017, deixaram de integrar a RNCCI)	1289
RNCCI – Lugares domiciliários (ECCI)	6585	6264	5852	5930	- 655
RNCCI Total	14066	14674	14401	14700	634

Fonte Retrato da Saúde 2018 (MS, 2018)

Na análise destes números globais (Tabela 1.1), merece destaque a abertura dos 20 lugares/camas de Cuidados Integrados Pediátricos (de internamento e em ambulatório) e dos 221 lugares/camas em Unidades de Saúde Mental. Estas camas/lugares foram criadas em 2017, consolidados nos primeiros meses de 2018 e representam um avanço importante nas respostas oferecidas pela RNCCI, nestas duas áreas, indo ao encontro a um dos objetivos estabelecidos para o período 2016-2019. Saliente-se, porém, que as respostas de Pediatria se centram apenas na região Norte.

Sobre a evolução dos números apresentados na tabela 1.1, a primeira constatação vai para o aumento de camas/lugares de internamento em 2016 e para a sua descida no ano de 2017. Até março de 2018 volta-se a verificar-se um aumento dos lugares de internamento, traduzindo-se o balanço num saldo positivo de 1048 lugares (incluindo os CCP e a Saúde Mental - 241), face ao ano de 2015.

Nos lugares de cuidados domiciliários (ECCI) verificou-se o inverso, com uma perda de lugares mais ou menos acentuada, neste período, tendo desaparecido 655 lugares nesta resposta da Rede. Perante estes dados, verifica-se que um dos objetivos centrais da Reforma da RNCCI, que era privilegiar a domiciliação e as respostas comunitárias, não foi ainda alcançado. Os lugares em cuidados domiciliários diminuíram cerca de 10% entre 2015 e março de 2018. Verifica-se ainda que, se ao aumento de camas/lugares obtidos se retirarem os lugares perdidos, a expansão da RNCCI traduziu-se efetivamente em 634 novos lugares/camas, o que em termos simples representa um aumento de aproximadamente 317 lugares/camas por ano.

A segunda constatação reporta-se à efetiva descida dos números de lugares/camas de

internamento e de cuidados domiciliários no ano de 2017, num sentido inverso ao apontado no Relatório de Monitorização da RNCCI (1º semestre de 2017) onde se estabeleciam as metas de camas da Rede, a nível nacional. Aí, apontava-se para um acréscimo de 9% em 2017 o que resultaria em 8843 camas, no final do ano. Os números revelados na tabela 1.1 para 2017, revelam que se ficou aquém, em mais de 500 camas. As justificações possíveis para estes resultados não estarão dissociadas das restrições financeiras/contenção de investimento na saúde durante o referido ano.

Sobre a **referenciação** para a RNCCI, salienta-se a complexidade da mesma, que envolve diferentes etapas imprescindíveis, estabelecidas no Manual da RNCCI, mas que por vezes geram demoras na admissão dos utentes.

Tabela 1.2 – Mediana dos tempos de espera (em dias) por tipologia e região

Região	UC	ULDM	UMDR	UCIP N1 (Pediatria internamento)	UAP (Pediatria ambulatório)
Norte	13,8	36,9	26,0	6,9	67,9
Centro	13,0	34,0	29,9	4,8	-
LVT	14,9	66,2	37,2	4,3	-
Alentejo	20,3	40,2	35,3	5,9	-
Algarve	7,3	34,8	27,1	0,8	-

Fonte ACSS 2017

Como se pode observar na Tabela 1.2, é a região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) a que apresenta maior tempo de espera e entre a referenciação e a identificação de vaga (mediana) para as ULDM e UMDR, com 66,2 e 37,2 dias, respetivamente.

Destaque também para o elevado tempo de espera para os cuidados pediátricos em ambulatório na região Norte (67,9 dias), o mais elevado de todas as tipologias.

Os tempos de espera são claramente mais baixos para as ECCI. Relativamente aos dados dos utentes em espera por região, constata-se que a Região de LVT tem o maior número de utentes em espera, como se pode ver na Tabela 1.3.

Nas diferentes tipologias da RNCCI,

Tabela 1.3 – Utes em espera por região

Região	1º semestre de 2017	% de utentes em espera
ARSAlentejo	157	9%
ARSAlgarve	36	2%
ARSCentro	413	23%
ARSLVT	757	43%
ARSNorte	417	23%

Fonte ACSS 2017

aquela para onde foram referenciados mais utentes a nível nacional foi de UMDR com 29,3%, seguida de ECCI com 27,4% e da ULDM com 25,3%. As duas unidades de internamento (UMDR e ULDM) são igualmente aquelas que têm mais utentes em espera. Importa ainda salientar que dos utentes referenciados, em termos globais, 95,3% tinham condições para ingressarem na Rede. Já os utentes admitidos relativamente aos que tinham condições de ingresso representam 97,6% do total.

A maior referência de utentes para a RNCCI foi feita pelos hospitais com 65,5% de utentes referenciado. Os CSP referenciaram 34,5% dos utentes. Outro dado que importa destacar é que dos utentes referenciados pelos hospitais, 81% foram referenciados para unidades de internamento. A referência para ECCI foi maioritariamente feita pelos CSP com 55% dos utentes (ACSS, 2017)⁽³⁸⁾.

Relativamente às taxas de ocupação da RNCCI, quer em unidades de internamento, quer em cuidados domiciliários, os dados disponíveis serão analisados por região e ano, com dados reportados ao mês de fevereiro de cada ano (fevereiro é o mês de 2018 para o qual já estão disponíveis dados, permitindo a comparabilidade). Apesar de algumas diferenças entre regiões, as taxas de ocupação são maioritariamente superiores a 90% nas unidades de internamento, ao longo do período analisado. Os únicos valores abaixo dos 90% encontram-se em UC na região Alentejo (exceto no ano de 2017), na Região de LVT em 2015 e na Região Norte em 2011. Apesar disso, pode-se afirmar que nas unidades de internamento, nomeadamente UMDR e ULDM, as taxas estão muito próximas dos limites máximo de ocupação.

Relativamente aos lugares de cuidados domiciliários, verificam-se taxas de ocupação consistentemente mais baixas, nunca atingindo os 75% da capacidade oferecida em cada região. No período analisado, a maior parte das regiões apresenta taxas de ocupação abaixo dos 70%. Os dados das taxas de ocupação evidenciam que se está perante uma Rede “internamentocêntrica” e vem também questionar os objetivos da Reforma dos CCI ao pretender privilegiar a domiciliação e as respostas comunitárias da Rede, quando esta tipologia de resposta nunca atingiu os 75% de ocupação. Se é certo que a mudança de paradigma nunca ocorre num tempo curto (internamento *versus* domiciliação), também é certo que a ação governativa parece sustentar este “internamentocentrismo” da Rede, já que ao longo do período analisado os lugares/camas de cuidados domiciliários têm vindo a descer ao contrário dos de internamento, que têm continuado a aumentar.

Os motivos subjacentes à menor taxa de ocupação das ECCI podem estar associados à capacidade de resposta das ECCI, nomeadamente em termos de dotação de lugares e de profissionais/competências multidisciplinares alocadas que serão ou não adequados para a capacidade de resposta dessa tipologia. Saliente-se que a ECCI tem que assegurar cuidados domiciliários de enfermagem e médicos (preventivos, curativos, reabilitadores e/ou ações paliativas); cuidados de fisioterapia; apoio psicossocial e de terapia ocupacional, envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores; apoio na satisfação das necessidades básicas; apoio no desempenho das atividades da vida diária.

Por fim, apenas um apontamento para lembrar outro dos objetivos estabelecidos pela comissão da Reforma dos CCCI, o qual poderia ter um importante impacto na reconfiguração da Rede e das suas tipologias - o estatuto do Cuidador Informal - que até hoje continua sem ser concretizado.

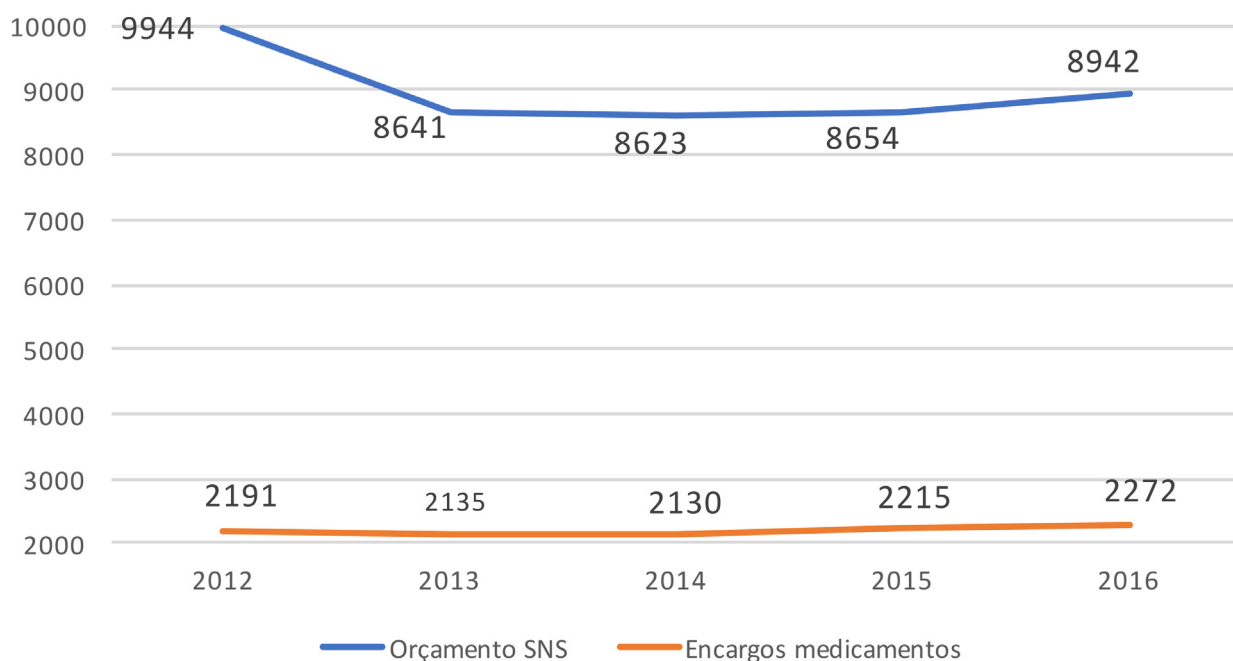
1.5 A Política do Medicamento: um caminho difícil?

A política do medicamento tem particular relevo, nesta breve análise do sistema de saúde, por representar também uma dimensão muito importante dos cuidados e tratamentos, e porque os medicamentos representam uma fatia relevante da despesa pública e total em saúde em Portugal.

São complexos os elementos que determinam e influenciam uma política do medicamento, neles se entrelaçando fatores económicos e sociais. Deteta-se muitas vezes que os incentivos à indústria farmacêutica nacional (promoção do fabrico nacional, investimento na investigação, criação e manutenção de emprego e exportação de produtos farmacêuticos) e multinacional (acesso a medicamentos novos, investimento em investigação e apoio às atividades de formação dos profissionais de saúde e das associações de doentes) se sobrepõem ao interesse público.⁽³⁹⁾ Não nos deteremos na análise dos diversos determinantes que podem ter influenciado os resultados da política de medicamento relativa ao período em análise, uma vez que este assunto será tratado em capítulo específico neste relatório. Apesar disso, gostaríamos de realçar duas ou três notas sobre a evolução dos encargos com medicamentos e sua relação com o orçamento dedicado à Saúde.

Assim, nos últimos cinco anos, de 2012 a 2016, segundo dados oficiais, o orçamento da Saúde sofreu um significativo decréscimo que não foi até ao momento revertido. No entanto, podemos verificar que, no mesmo período, os encargos com medicamentos não sofreram alterações significativas, tendo mesmo, nos dois últimos anos, ultrapassado o valor de 2012 (figura 1.1).

FIGURA 1.1 - ORÇAMENTO DA SAÚDE E ENCARGOS COM MEDICAMENTOS - 2012 A 2016 EM 10⁶ EUR – ACSS/CCF, CHNM E INE



Ora, da simples constatação destes factos, poderá inferir-se que uma das possíveis justificações para o aumento do endividamento no SNS reside no facto de a despesa com medicamentos não ter acompanhado a evolução da despesa no SNS.

Uma política do medicamento não se restringe, no entanto, a uma mera análise económica. Numa perspetiva clínica e epidemiológica seria importante analisarmos as características do exercício clínico associado à prescrição de medicamentos, como sejam os perfis de prescrição, a qualidade e a isenção da informação elaborada e produzida pelo SNS, os instrumentos de promoção da racionalidade, as políticas de transparência empreendidas aos diversos níveis de decisão e a isenção e rigor nos diversos níveis de decisão do Ministério da Saúde.

A evolução da prescrição ambulatoria, em volume, nos últimos anos (até 2017) permite-nos constatar que a maioria dos médicos portugueses, nos CSP, sustenta as suas decisões em padrões de elevada racionalidade e em níveis de evidência de qualidade elevada, sendo exemplos a prescrição de alguns antidiabéticos, de anti-hipertensores e de estatinas de 2012 a 2018.⁽⁴⁰⁻⁴²⁾

No entanto, quando se analisam os perfis de prescrição nos CSP, em valor, sobressaem, naturalmente os medicamentos com encargos mais significativos, sendo que neste domínio, nem sempre a novidade compagina com racionalidade. Em particular, e para o ano de 2017, verifica-se alguma homogeneidade nos medicamentos de marca que merecem a preferência de alguns prescritores, alguns deles com reduzido valor acrescentado face aos comparadores do mesmo grupo farmacoterapêutica (gliptina e alguns anti-hipertensores, ou alguns hipnóticos); também pode verificar-se existir consistência na substituição de medicamentos com perfis de eficácia e de segurança similares por medicamentos mais onerosos (associações fixas de anti-hipertensores e de broncodilatadores), o que poderá significar alguma influência das estratégias de comercialização de medicamentos.

Aliás, já em 2011, no documento base para a elaboração do Plano Nacional de Saúde 2011-2016 se referiam algumas das situações que mereceriam melhor atenção, entre as quais se salientavam as relativas ao “aumento global do consumo de novas substâncias ou de alternativas mais recentes dentro de classes terapêuticas já muito desenvolvidas, sem que tenham demonstrado benefício clínico que justifique a sua escolha em relação a substâncias mais antigas”.⁽⁴³⁾

No que respeita aos hospitais, a análise da evolução dos encargos e do perfil de prescrição de medicamentos, em 2017, permite-nos verificar que, até novembro, a variação homóloga dos encargos com medicamentos era de 7% (fora de 5,4% em 2016, 7,8% em 2015 e - 1,6% em 2014), um crescimento significativamente superior ao do Orçamento da Saúde e ao do Índice de Preços ao Consumidor, sendo a oncologia, os imunomoduladores, e os chamados medicamentos biológicos, as áreas com maior impacto na despesa. Estes dados traduzem quer a orientação da indústria farmacêutica para fármacos destinados a patologias mais prevalentes (“blockbuster”), e para nichos de mercado com preços consideravelmente mais elevados, quer a adoção de uma estratégia política centrada na agilização do financiamento de novos medicamentos.⁽⁴⁴⁻⁴⁷⁾

Ora, a conjugação destes dois fatores contribuiu para um aumento muito significativo dos encargos com medicamentos, exercendo uma pressão considerável no orçamento da saúde, tanto mais porque a decisão governamental de financiamento de um determinado medicamento está dissociada do reforço de provisão financeira orçamental, contribuindo

assim de uma forma consistente e ativamente para os desequilíbrios orçamentais na saúde. Não nos será difícil concluir que a fase pós-troika foi acompanhada por uma muito expressiva alteração do acesso a medicamentos no contexto hospitalar e em ambulatório, que como já afirmámos, representou um acréscimo na despesa com medicamentos no SNS.

Ora, uma tal propositura exigiria um acompanhamento por medidas assentes num quadro que sustentasse e promovesse a utilização racional e o uso responsável de medicamentos. Tal não veio a suceder, bem pelo contrário. Paulatinamente, fomos assistindo a um esvaziamento das instituições que tradicionalmente constituíam os alicerces de uma política sustentável e responsável na utilização dos medicamentos no SNS, enquanto as que foram sendo criadas foram despejadas de qualquer responsabilidade nesse domínio. Assim aconteceu com o Formulário Nacional de Medicamentos, que deixou de ser obrigatório, com a CATS que deixou de emitir qualquer tipo de recomendação específica que sustentasse uma utilização custo-efetiva de medicamentos (e de outras tecnologias da Saúde), com as Comissões de Farmácia e Terapêutica das Instituições de Saúde, que viram substancialmente modificadas as suas finalidades, e mesmo as Direções Gerais com essa competência, que deixaram de ser consideradas como organismo de referência inquestionável neste domínio.

Neste quadro de racionalidade adulterada e da responsabilidade na prescrição de medicamentos, o sistema de gestão dos conflitos de interesse foi sendo progressivamente burocratizado, a ponto de perder a sua razão de ser, em meros artifícios administrativos sem finalidade nem orientação. Disso são exemplo as alterações legislativas ao portal da transparência e o progressivo abandono dos critérios a que os júris de seleção e escolha de medicamentos deveriam obedecer nos diversos níveis de decisão, quer na elaboração de linhas de orientação clínica, quer na participação nos diversos órgãos de decisão ao nível das instituições de saúde.

1.6 Conclusão: “No meio do caminho tinha uma pedra”

Medidas de saúde pública simples e efetivas ainda por tomar para fazer face ao desafio de uma população que envelhece sem saúde; cobertura insuficiente pelos cuidados de saúde primários, primeira solução de proximidade e ferramenta essencial para cuidados eficientes e equitativos; setor hospitalar endividado e à beira de um ataque de nervos; cuidados continuados com desenvolvimentos menores, longe do salto expectável ao nível populacional; política do medicamento pouco compreensível e aparentemente em regressão. Muitos são os temas de preocupação, mas o contexto económico do país continua frágil, e o endividamento do Estado permanece alto. Deve existir uma reflexão sobre se, apesar deste contexto, não será oportuno salvaguardar o investimento no SNS, enquanto serviço público fornecedor de um bem tão básico como a saúde, ou se optamos por um status quo pouco satisfatório, que mina o compromisso à volta do SNS, e abre a porta à sua privatização.

1.7 Bibliografia:

1. Eurostat, http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthy_life_years_statistics, 23/4/2018.
2. Institute for Health Metrics and Evaluation. Data visualization [Internet]. Data Visualization. 2015 [cited 2015 Dec 27]. Available from: <http://www.healthdata.org/results/data-visualizations>
3. Loring B. Tobacco and inequities: Guidance for addressing inequities in tobacco-related harm. Copenhagen; 2014.
4. Loring B. Alcohol and inequities: Guidance for addressing inequities in alcohol-related harm [Internet]. Copenhagen; 2014. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/247629/Alcohol-and-Inequities.pdf
5. WHO Regional Office for Europe. Health 2020: A European Policy Framework and Strategy for the 21st Century [Internet]. Copenhagen; 2013. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf
6. World Health Organization. Framework Convention on Tobacco Control - Implementation Database [Internet]. 2014 [cited 2017 Aug 21]. Available from: <http://apps.who.int/fctc/implementation/database/parties/Austria/factsheet>
7. World Health Organization Regional Office for Europe. European Food and Nutrition Action Plan 2015 – 2020. Copenhagen; 2014.
8. OECD. Obesity and the Economics of Prevention. Fit not Fat. Paris; 2010.
9. OECD. Obesity Update 2017. Paris; 2017.
10. OECD. Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy [Internet]. Paris; 2015. Available from: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/tackling-harmful-alcohol-use_9789264181069-en
11. World Health Organization. WHO MPOWER Report on the Global Tobacco Epidemic, 2017. Geneva: World Health Organization; 2017.
12. Adelman WP, Duggan AK, MS PH, Joffe A. Effectiveness of a High School Smoking Cessation Program. Pediatrics. 2001;107(4):e50–e50.
13. Loring B, Robertson A. Obesity and inequities: Guidance for addressing inequities in overweight and obesity [Internet]. Copenhagen; 2014. Available from: http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/policybrief_obesity_en.pdf
14. Ravara SB, Castelo-branco M, Aguiar P, Calheiros JM. Compliance and enforcement of a partial smoking ban in Lisbon taxis : an exploratory cross-sectional study. BMC Public Health. 2013 Feb;13:134
15. World Health Organisation. WHO Framework Convention on Tobacco Control. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva: WHO;2005
16. Fulponi L. Policy Initiatives Concerning Diet, Health and Nutrition. OECD Food, Agric Fish Work Pap. 2009;(14).
17. Emrich TE, Qi Y, Lou WY, Abbe MRL. Traffic-light labels could reduce population intakes of calories , total fat, saturated fat, and sodium. PlosOne. 2017;12(2).
18. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Inquérito Serológico Nacional 2015-

2016: Doenças Evitáveis por Vacinação. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. 2017. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.18/5401>

19. European Centre for Disease Prevention and Control. Epidemiological update – overview of hepatitis A in EU countries. 2017. Disponível na Internet: <https://ecdc.europa.eu/en/news-events/epidemiological-update-overview-hepatitis-eu-countries-1-august-2017>

20. Carrillo-Santisteve PLP. Measles still spreads in Europe: who is responsible for the failure to vaccinate? . Clin Microbiol Infect. 2012 Aug;18:50-6

21. European Centre for Diseases Prevention and Control. Monthly measles and rubella monitoring report March 2018. European Centre for Diseases Prevention and Control. 2018.1-3.

22. Shivaji TSPB. A large community outbreak of Legionnaires disease in Vila Franca de Xira, Portugal, October to November 2014. Euro Surveill. 2014 Dec;19(50) pii: 20991

23. Wilder-Smith A. The 2012 dengue outbreak in Madeira: exploring the origins. Euro Surveill. 2014 Feb;19(8):20718

24. Maltezou HC. Vaccination policies for healthcare workers in Europe. Vaccine. 2014 Aug. 32(38):4876-4880

25. Assembleia da Republica Portuguesa . Resolução da Assembleia da República n.º 123/2017. Disponível na Internet: <https://dre.pt/home/-/dre/107535168/details/maximized>

26. Haut Conseil de la santé publique. Politique vaccinale et obligation vaccinale en population générale. 2018. Disponível na Internet: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=455>

27. Ministero della Salute. Le novità del decreto legge sui vaccini. Disponível na Internet: http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalmi_nistero&id=2951

28. Vaccines Today [página web]. Disponível na Internet: <https://www.vaccinestoday.eu/stories/vaccines-mandatory-italy/>

29. Finnegan G. finland-no-jab-no-job. [página web]. Disponível na Internet: <https://www.vaccinestoday.eu/stories/finland-no-jab-no-job/>

30. Coordenação Nacional Reforma SNS - CSP. USF [página web]. Disponível na Internet: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoieYmRiOTY1YjAtZDM1Ni00YzQzLWI4ZjltMTU1MzUwNzY4MmRhliwidCI6IjlyYzg0NjA4LWYwMWQtNDZjNS04MDI0LTYzY2M5NjJINWY1MSIsImMiOjh9>

31. SNS | Serviço Nacional de Saúde. Avaliação de custos-consequências das USF B e UCSP: Unidades Funcionais dos CSP como Centros de Resultados. 2015. Disponível na Internet: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/02/CNCSP-Avaliação_USF-1.pdf

32. Perelman J, Felix S, Santana R. The great recession in Portugal: impact on hospital care use. Health Policy. 2015 Mar;119(3):307-315.

33. Russo G, Rego I, Perelman J, Barros PP. A tale of loss of privilege, resilience and change: the impact of the economic crisis on physicians and medical services in Portugal. Health Policy. 2016 Sep;120(9):1079-1086.

34. Kana MA, Correia S, Peleteiro B, et al. Impact of the global financial crisis on low birth weight in Portugal: a time-trend analysis. *BMJ Global Health*. 2017;2:e000147. doi:10.1136/bmjgh-2016-000147
35. Legido-Quigley H, Karanikolos M, Hernandez-Plaza S, de Freitas C, Bernardo L, Padilla B, et al. Effects of the financial crisis and Troika austerity measures on health and health care access in Portugal. *Health Policy*. 2016 Jul. 120(7): 833-839.
36. FONTE MdS
37. Ministério da Saúde, Retrato da Saúde em Portugal. Lisboa: Ministério da Saúde; 2018
38. ACSS (2017) – Administração Central do Sistema de Saúde IP. (2017), Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). 1º semestre de 2017.
39. Casanovas GL. La Política del medicamento en el contexto de un sistema sanitario multijurisdiccional. Universidad Pompeu Fabre em https://www.upf.edu/documents/2911971/2940768/politica_medicamento.pdf/94ee1c32-cf6a-49ec-b28d-a360fab08903 acedido em 2018.02.15
40. CFT ARSLVT. Apoio técnico à contratualização - Cuidados Primários e Hospitais – 2012 - 2018. Comissão de Farmácia e Terapêutica da ARSLVT. ARSLVT 2012 -2018.
41. CFT ARSLVT. Estatística de Medicamentos - Relatório Anual de Medicamentos 2015. Lisboa: ARSLVT;2016
42. CFT ARSLVT. Análise Global do Consumo de Medicamentos faturados em regime ambulatorio – Relatório Trimestral. Lisboa: ARSLVT;2016
43. Pinto D, Heleno B, Charondiére P, Broeiro P. A utilização de medicamentos no ambatório e mecanismos de decisão Medicina Geral e Familiar. Documento base para a elaboração do Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – Política do medicamento, dispositivos médicos e avaliação de tecnologias em saúde. Lisboa: 2010;24-25.
44. Pollack A. Doctors Denounce Cancer Drug Prices of \$100,000 a Year. *New York Times*, April 25, 2013.
45. Fernandes AC. Entrevista à revista frontline. Frontline 11 de Dezembro de 2017 em <http://www.revistafrontline.com/grande-entrevista/adalberto-campos-fernandes-34/> acedido em Fevereiro de 2018.
46. van Harten WH, Wind A, de Paoli P, Saghatchian M, Oberst S. Actual costs of cancer drugs in 15 European countries. *The Lancet Oncology*. 2016 Jan;17(1):18-20
47. Jackson K, Nahata MC. Rising Cost of Anticancer Medications in the United States. *Ann Pharmacother*. 2017 Aug;51(8):706-710.

CAPÍTULO 2 |

EM TORNO DO NASCIMENTO

HENRIQUE BARROS, CARINA RODRIGUES, CRISTINA TEIXEIRA

Unidade de Investigação Epidemiológica (EPIUnit)
Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto

EM TORNO DO NASCIMENTO

Entre os sucessos recentes da organização da saúde portuguesa contam-se inequivocamente os progressos extraordinários registados em aspetos relacionados com a qualidade da saúde no período em torno do nascimento. No entanto, o desenvolvimento de políticas para responder às necessidades das mulheres e das crianças permanece um desafio sempre atual. As dimensões sociais, de comportamentos e de saúde, que determinam as circunstâncias da vida, continuam reconhecidamente interligadas, influenciam-se mutuamente, e os efeitos de intervenções, ou até a compreensão dos mecanismos implicados nos indicadores com que as avaliamos, são indissociáveis dos paradigmas de conhecimento e ação prevalentes em cada momento. Ou seja, culturalmente muito determinados. Por isso, mesmo quando a perspetiva é a da saúde e a dos serviços de saúde, há que escolher pontos de observação, aceitar-lhes o carácter fragmentado, e com eles, em movimentos de aproximação sucessiva, tentar apreender o essencial dos fenómenos em estudo. Mas também há que estar disponível para perceber o que muda na linguagem, nas designações dos sinais, e nisso na forma diferente de olhar para os problemas e de os comunicar.

Na tradicional designação de saúde materna e infantil encerra-se uma forma de encarar o papel das mulheres e um determinismo reprodutivo ultrapassados, e elabora-se numa estreita dimensão dos fenómenos de saúde que descrevem a fase da vida que pretendem captar. As informações recolhidas, de que se alimentam as estatísticas e nos dão o enquadramento para refletir, são determinadas por essas perspetivas, que pouco ou nada têm evoluído desde tempos muito antigos e reproduzem no essencial as categorias fixadas no século dezanove.

Vale a pena, por isso, lembrar que há um trabalho a fazer na recolha de novos indicadores e numa valorização renovada dos existentes, capaz de refletirem preocupações e realidades novas ou refeitas, sem as quais se torna muito difícil prever o futuro ou prevenir situações indesejáveis em torno do nascimento, o momento central que aqui privilegiamos.

Em Portugal, a centralidade das políticas – sociais, em geral, e de saúde em particular - que delimitam os aspetos relativos ao nascimento, foi determinante para a evolução favorável de indicadores que, refletindo muito mais do que o seu conteúdo como estatísticas de saúde, mediram a qualidade e a tendência dos cuidados e dos investimentos em saúde, os esforços económicos e sociais relacionados com a reprodução e a maternidade, e sobretudo a forma como a sociedade valoriza as mulheres e as crianças.

As políticas – de apoio à maternidade, de progressiva inclusão de género, de segurança laboral, mas também de acesso à contraceção ou a cuidados universais de saúde gratuitos, em particular para populações mais vulneráveis, como as migrantes sem estatuto legal – foram desenhadas no particular contexto político e social das últimas quatro décadas de uma história que trouxe o país de um quadro de pobreza e iniquidade muito acentuadas para um outro marcado pela afluência, mas no qual as desigualdades são ainda gritantes e um quinto da população permanece em risco de pobreza. Essas políticas aconteceram muitas vezes como resposta a situações injustas e que as boas práticas não suportavam, mesmo se em conflito com o conformismo atávico, como foi o caso da evolução do quadro legislativo da interrupção voluntária da gravidez (com importante impacto na morbilidade e mortalidade maternas), ou foram sendo implementadas negociando conhecimentos técnicos e evidências com constrangimentos sociais (como no caso da redução das maternidades, essencial para assegurar padrões de qualidade e segurança) ou económicos e financeiros para dimensionar

recursos humanos e respostas inovadoras. Ou por isso adiadas, como o esperado apoio domiciliário após o parto, a promoção do aleitamento materno continuado ou a extensão da licença parental, e portanto temas a debater.

O nascimento, fenómeno demográfico central, visto pela perspectiva da saúde, tem na nossa sociedade uma característica singular: é praticamente sinónimo de contacto com o sistema de cuidados de saúde, em particular com os hospitais, e isso mesmo que lhe seja alheia qualquer dimensão de doença. Adquire assim uma centralidade e exemplaridade únicas: nele se refletem os determinantes sociais, as influências de cultura e os riscos sanitários como provavelmente em nenhum outro acontecimento da vida. A tendência para a hospitalização do parto marcou o século vinte e acompanhou o declínio da mortalidade materna e da mortalidade infantil e neonatal, bem como a melhoria espetacular na sobrevivência das crianças nascidas muito prematuras.

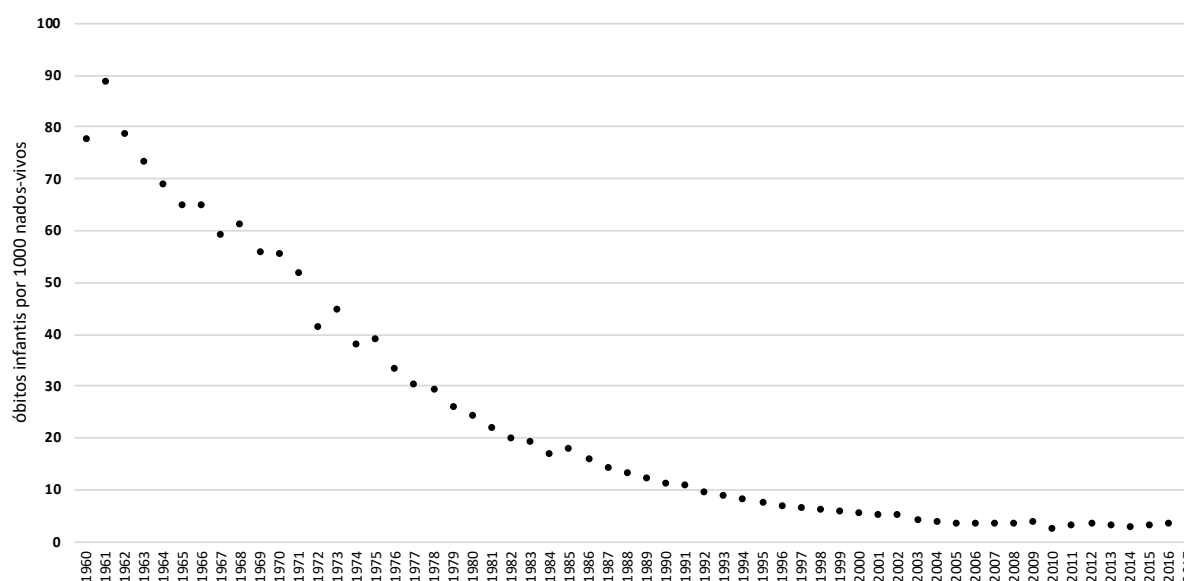
Em Portugal, em particular, a universalização do parto em ambiente hospitalar e sobretudo em unidades com elevado grau de diferenciação e experiência, constituiu ao longo da segunda metade do século XX o único fator explicativo independente, de entre os indicadores ecológicos habituais, como a idade materna ou a paridade, da melhoria extraordinária da mortalidade infantil (Figura 2.1).

No entanto, o crescimento da literacia, a difusão do conhecimento sanitário e das soluções tecnológicas simples, tanto dentro como fora do espaço hospitalar, deu às mulheres e aos seus parceiros uma voz crescentemente mais audível nas escolhas quanto ao modo e ao local do parto, num movimento em que ele possa ser visto mais como um acontecimento humano natural na sua centralidade e não tanto quanto uma situação de saúde problemática.⁽¹⁾

Se já no final do século XX se reconhecia a ausência de provas concludentes em favor da transformação do parto numa situação medicamente determinada em vez de uma decisão partilhada,⁽²⁾ o progressivo debate em torno da libertação de interferências tecnológicas, vistas como desnecessárias ou inúteis, pode arrastar as questões do parto hospitalar para posições próximas da hesitação vacinal com todas as desvantagens e perigos que acarreta para a saúde de cada indivíduo ou das populações, e que importa evitar.

Acreditamos que a centralidade do hospital ao nascimento, nas condições atuais, permanecerá e deve ter um papel determinante para ultrapassar as desigualdades sociais e geográficas. E por isso, é esse outro debate essencial que ainda resta fazer e deverá ter influência no curso futuro das decisões que determinarão a dimensão de condições como o sofrimento fetal, a via e a extensão de intervenção durante o parto e os cuidados à mulher e ao recém-nascido.

FIGURA 2.1 – EVOLUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL EM PORTUGAL: 1960-2017



Historicamente, a abordagem predominante da investigação, das políticas e das práticas de saúde materna e infantil tem sido dominada por um foco em fatores de risco temporalmente próximos ou contemporâneos. Acrescente-se agora a sua adequação aos objetivos de desenvolvimento sustentável (particularmente, o fim da pobreza, a promoção do bem-estar, a educação, a igualdade de género ou as desigualdades dentro das regiões de um país) para o qual a informação disponível nas estatísticas de rotina não chega, mas sobretudo a ligação a acontecimentos do futuro: pelo menos os chamados primeiros 1.000 dias de vida que agora sabemos decisivos no desenvolvimento da criança e até na saúde dela, mais tarde como adulto. E também essa compreensão essencial não é possível no nosso enquadramento administrativo que não admite a simples e essencial ligação entre registos. Para que conste: Portugal continua a ser um dos raros países de rendimento elevado onde indicadores tão simples como a mortalidade infantil por peso ao nascimento permanecem impossíveis de calcular por rotina.

2.1 Morbilidade e mortalidade maternas e mortalidade infantil

O conhecimento das características diagnósticas dos internamentos hospitalares em Portugal, em instituições públicas, é possível com base num sistema de informação conhecido como Grupos de Diagnósticos Homogêneos (GDH), um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos por grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos (disponibilizados pela ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde).

Com relação à gravidez e ao parto, entre 2000 e 2015 foram registados nos hospitais públicos de Portugal Continental 1.668.132 internamentos, dos quais 79,7% corresponderam a nascimentos (unifetais ou múltiplos, de nados vivos ou fetos mortos), 9,0% a situações de abortamento e gravidez ectópica e 1,5% a internamentos pós-parto ou pós-abortamento.

Ao longo desse período, nos hospitais públicos, o número de nascimentos reduziu cerca de 30% mas esta descrição não mede apenas a realidade da fecundidade e dos nascimentos em Portugal, que diminuíram muito, de facto (de 120.008 para 85.500 nesse período) mas também o crescente peso dos partos em instituições privadas (de 6.787 para 12.186 entre 2000 e 2015) tornando imperiosa a utilização de um sistema de recolha de informação comum a todas as unidades hospitalares que realizam partos, independentemente da sua natureza legal. De outro modo é impossível conhecer a realidade da saúde e das condições que rodeiam o nascimento.

Neste mesmo período de tempo, também o número de internamentos por abortamento ou gravidez ectópica reduziu para um terço do valor inicial. Para cada período de quatro anos, entre 2000 e 2015, quantificou-se a mortalidade materna bem como a ocorrência de oito diagnósticos de morbilidade materna grave durante o parto e pós-parto [pré-eclampsia grave/eclampsia, sépsis/infeção puerperal major, hemorragia durante o parto e hemorragia pós-parto imediato (<24 horas), hemorragia pós-parto tardio, hemorragia pós-parto por coagulopatias, embolia pulmonar obstétrica e choque obstétrico].

As razões foram calculadas por cada 100.000 partos (não tendo nascimentos como denominador) e apresentam-se na Tabela 2.1.

Tabela 2.1 – Evolução da morbilidade grave e da mortalidade maternas, em Portugal (Hospitais públicos, 2000-2015)

	2000 2003		2004 2007		2008 2011		2012 2015	
	N	TAXA	N	TAXA	N	TAXA	N	TAXA
Pré-eclampsia grave/Eclampsia	1.839	477,6	1.384	398,4	1.407	429,3	1.277	475,0
Sépsis/Infeção puerperal major	1.163	302,1	951	273,7	687	209,7	447	166,3
Choque Obstétrico	64	16,6	90	25,9	79	24,1	111	41,3
Hemorragia no parto e no pós-parto imediato (< 24 horas)	2.292	595,3	2.072	596,4	2.569	783,8	3.015	1.121,4
Hemorragia pós-parto (≥24 horas)	888	230,6	790	227,4	722	220,3	742	276,3
Hemorragia pós-parto (outros)	185	48,0	129	37,1	115	35,1	122	45,4
Embolia obstétrica (gasosa, por líquido amniótico, séptica ou por coágulos)	69	17,9	68	19,6	51	15,6	43	16,0
Mortalidade materna	36	9,3	37	10,6	28	8,5	20	7,4
Mortalidade materna (internamentos anteparto e parto)	25	6,5	25	7,2	18	5,5	17	6,3
Mortalidade materna (internamentos abortamentos/gravidez ectópica)	7	1,8	9	2,6	6	1,8	1	0,4
Mortalidade materna (internamentos pós-parto e pós-aborto)	4	1,0	3	0,9	4	1,2	2	0,7

* Por 100.000 partos

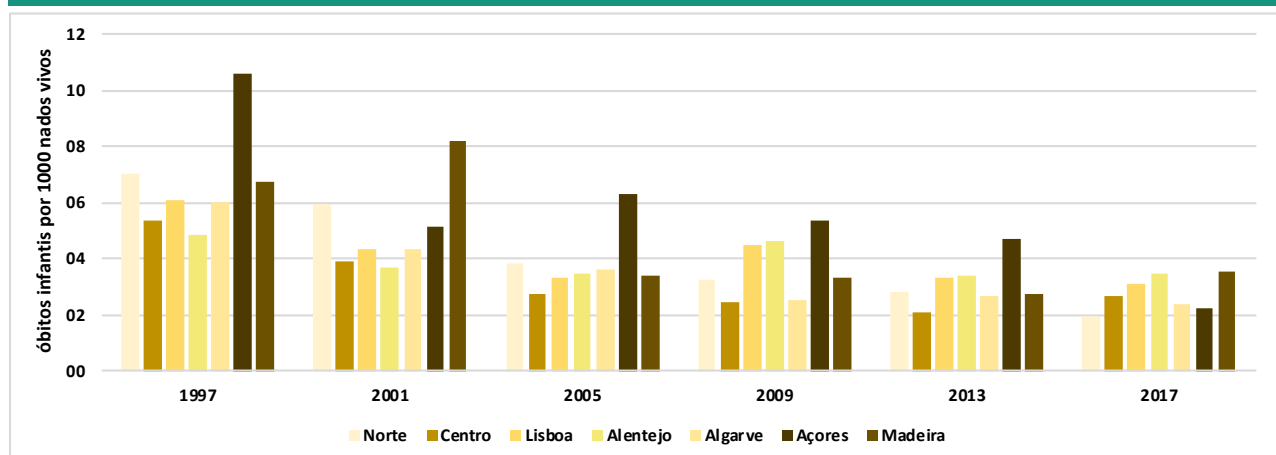
Relativamente à morbilidade grave houve uma tendência de decréscimo nos diagnósticos de sépsis/infeção puerperal major mas houve aumento particularmente evidente para choque obstétrico e para hemorragia do pós-parto imediato cujos valores duplicaram, atingindo no último período 41,3 e 1121,4 casos por cada 100.000 partos, respetivamente. Este tipo de informação carece de uma explicação – não disponível – pois pode revelar simplesmente um cuidado crescente na recolha e codificação da informação clínica, mas também modificações reais nas condições de risco, que obriguem a definir estratégias preventivas. Provavelmente só será compreendida se se empreender um processo regular de inquérito confidencial aos casos de morbilidade grave, condição essencial até para reduzir a mortalidade materna.

No mesmo período de 2000 e 2015 registaram-se nos hospitais públicos 121 óbitos dos quais 19,0% ocorreram na sequência de abortamento ou gravidez ectópica e 10,7% em internamentos pós-parto e pós-aborto. O valor mais elevado para o coeficiente de mortalidade materna foi de 10,6 óbitos por 100.000 partos e registado no período 2004-2007, que reduziu para 7,4 por 100.000 partos no período 2012-2015.

Quando se estratificam as mortes pela sua relação com os acontecimentos da gravidez verifica-se que há uma diminuição clara em relação com os abortamentos e que tem temporalmente correspondência com a modificação legislativa após o referendo à interrupção voluntária da gravidez a pedido da mulher. Pelo contrário, o conjunto restante de mortes não sofre praticamente variação na sua estimativa o que se pode dever ao papel da idade materna – crescente, e do eventual maior risco em migrantes, nomeadamente africanas, como se verifica noutros países europeus como consequência de desigualdades no acesso aos cuidados. Estas explicações são necessárias sobretudo tendo em conta a possibilidade de haver uma proporção importante de mortes ainda evitáveis. É bem conhecida a sub-identificação de mortes maternas. Em Portugal, essa subestimativa foi quantificada para os anos 2001-2006 como variando entre 9% e 26%⁽³⁾ mas os resultados que apresentamos, apenas referentes à experiência de hospitais públicos, podem estar sujeitos a subestimativa (ou distorção, por transferência de casos graves cujo parto ocorreu fora das estruturas do Serviço Nacional de Saúde) ainda mais relevante cuja magnitude e direção, no entanto, é impossível estimar. Uma vez mais interessa relembrar a importância de inquéritos confidenciais às mortes maternas, continuados e publicitados, bem como a avaliação periódica da qualidade dos processos e dos resultados destas particulares estatísticas de saúde.

A evolução da mortalidade infantil é outro indicador de claro sucesso (Figura 2.2) tendo sido obtidos valores próximos de 3 mortes por 1.000 nados-vivos.

FIGURA 2.2 – MORTALIDADE INFANTIL EM PORTUGAL POR REGIÕES (NUTSII): 2001-2017

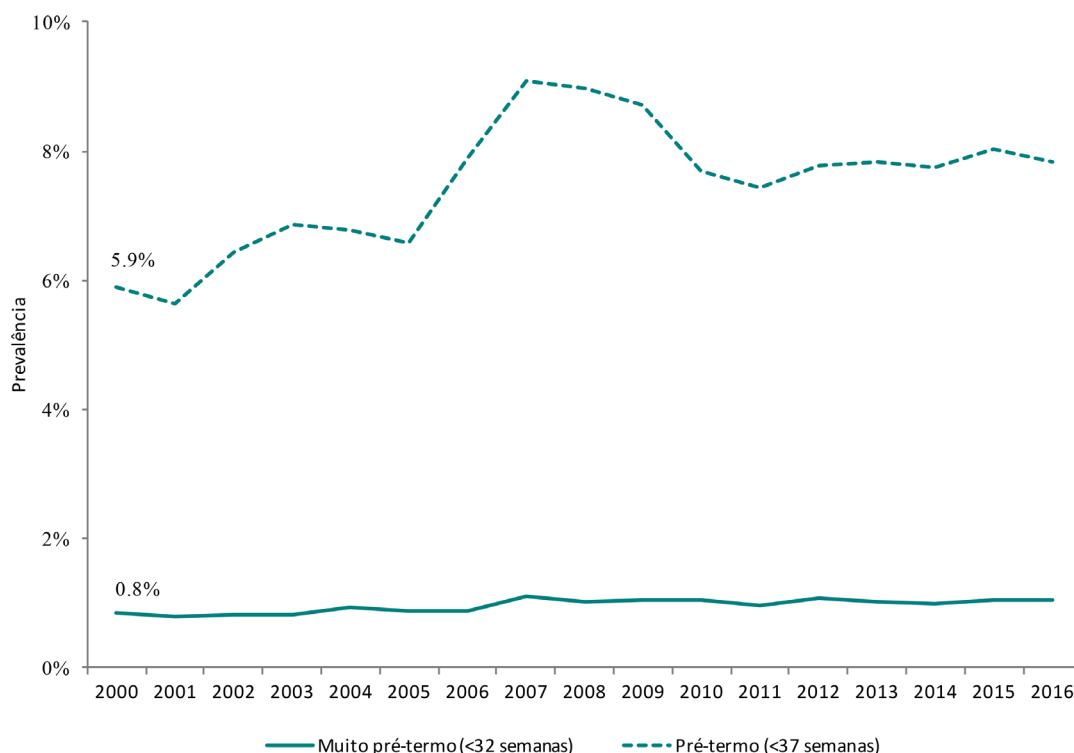


No entanto, importa assegurar não só a continuidade destes resultados como investir na sua difícil melhoria. O reduzido número de nascimentos e mortes que se verificam em Portugal faz com que a valorização de tendências ou variações pontuais deva ser realizada com extrema cautela e vista tendo em conta períodos. Mas também por isso, mais relevante é garantir a produção e publicitação anual de inquéritos às mortes infantis: sem essa informação não há uma avaliação séria das intervenções, das políticas e dos cuidados ou o desenho de serviços verdadeiramente ancorados na melhor evidência. Em particular, essa informação permitirá perceber e modificar as desigualdades regionais, que sendo agora evidentes do que há algumas décadas, permanecem importantes (Figura 2.2), mostrando diferenças também ainda não explicadas quer entre regiões como nos padrões regionais de evolução, claramente apresentando a região Norte o percurso mais estimulante.

2.2 Prematuridade

A frequência do parto pré-termo (aquele que ocorre antes das 37 semanas de idade gestacional), com o peso de sofrimento pessoal e envolvimento acrescido dos cuidados de saúde que acarreta, tem aumentado em muitos países nas últimas duas décadas. De acordo com as estatísticas apresentadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o conjunto dos países mundiais, um em cada dez bebés nasce prematuro. Durante a última década, a prevalência de nados-vivos pré-termo tem-se mantido sensivelmente constante (5-10%) nos países europeus. Embora a prevalência de partos pré-termo em Portugal tenha aumentado desde 2000 (5,9%), particularmente entre 2006 e 2009, atingindo a prevalência mais elevada em 2007 (9,1%), verificou-se uma ligeira diminuição a partir de 2010 (7,7%) (Figura 2.3). Em Portugal, em 2016, registaram-se cerca de 87.500 nados-vivos, dos quais 7,8% foram pré-termo.

FIGURA 2.3 EVOLUÇÃO DA PREVALÊNCIA DE NADOS-VIVOS PRÉ-TERMO E MUITO PRÉ-TERMO, EM PORTUGAL, ENTRE 2000 E 2016.



A interpretação destas frequências, e em particular a sua utilização para estabelecer metas em saúde ou medir o sucesso de medidas tomadas, tem que ser muito cautelosa e continuamente escrutinada. Por exemplo, a prevalência de nados-vivos pré-termo verificada entre 2006 e 2009 poderá estar sobrestimada, possivelmente devido à incorreta interpretação da idade gestacional, e consequente inapropriado cálculo do número de pré-termos, que neste período era registada como variável categórica na certidão de nascimento.⁽⁴⁾ Os sistemas de registo civil constituem uma componente fundamental das estatísticas de saúde, indispensáveis para monitorizar resultados em saúde ao longo do tempo, a nível nacional e internacional. Mas, na verdade a variabilidade de métodos usados para definir a duração da gestação e as diferenças na forma de registo acabam por dificultar a interpretação de tendências e a comparação de dados entre países e, por vezes, até entre regiões.⁽⁵⁾

As estatísticas de saúde têm um papel indispensável para fundamentar e sustentar decisões e políticas em saúde pública, e, em particular, para responder aos desafios de saúde na área materno-infantil, especialmente sensíveis a medidas de curto prazo e a definições operacionais. Entendemos, assim, que devem não só ser tomadas medidas estratégicas que garantam a recolha de dados de excelente qualidade, de forma sistemática e que mantenham a possibilidade de comparações válidas ao longo do tempo, como se insista na preparação dos profissionais de saúde para o valor central da qualidade da informação que em última análise só eles podem garantir. Necessitamos de uma efetiva vigilância epidemiológica em saúde perinatal em Portugal, que só será possível através de um sistema que permita o acesso a dados de saúde de forma integrada mas que, igualmente, promova a sua transparente utilização. É disto exemplo a impossibilidade de fazer corresponder para os nados-vivos a ocorrência de óbito neonatal ou infantil. Adicionalmente, desde 2014, com a entrada em funcionamento do Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO), que alterou o procedimento de receção dos dados recolhidos no “Verbete de Óbito (28 ou mais dias)” e “Verbete para óbito fetal e neonatal (fetos-mortos e óbitos com menos de 28 dias)”, a idade gestacional está indisponível para os óbitos neonatais, e o peso ao nascimento para os óbitos neonatais e fetais, impossibilitando comparações nacionais e regionais ao longo do tempo e comparações internacionais, como vinham acontecendo, em tempo útil.

Se a frequência do parto pré-termo vem crescendo, em resposta à variação de determinantes como a idade materna mais elevada ao primeiro nascimento ou o maior recurso a técnicas de reprodução assistida, pelo contrário, e apesar disso, anualmente, a proporção de recém-nascidos muito pré-termo (com menos de 32 semanas de idade gestacional) tem-se mantido razoavelmente estável, correspondendo a cerca de 1% do total de nascimentos. No entanto, estas crianças consomem uma enorme proporção dos cuidados disponíveis e representam uma população em particular risco de resultados desfavoráveis. O estudo Effective Perinatal Intensive Care in Europe (EPICE), uma investigação de coorte prospetiva de recém-nascidos muito pré-termo iniciada em 2011 e na qual participam 19 regiões de 11 países europeus, incluindo Portugal, avaliou a implementação de quatro práticas médicas para as quais existe elevado consenso e evidência científica, medindo a sua utilização e o seu impacto na redução da mortalidade e morbilidade neonatal. Essas práticas compreendiam a ocorrência do parto em unidades de obstetrícia diferenciadas, dispondo de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, com equipamento tecnológico adequado e profissionais altamente treinados; a administração de corticosteroides antes do parto para ajudar a acelerar a maturação pulmonar fetal; a prevenção de hipotermia do recém-nascido (temperatura corporal na admissão na unidade igual ou superior a 36°C); e a administração de surfactante pulmonar duas horas

após o nascimento ou o uso precoce da pressão positiva contínua nas vias aéreas, para recém-nascidos com menos de 28 semanas de gestação. Verificou-se que a maioria dos recém-nascidos recebeu, pelo menos, uma das práticas indicadas. No entanto, apenas 58% recebeu as quatro práticas para as quais eram elegíveis, variando entre 32% e 75,5% nas regiões europeias participantes. Se estas 4 práticas baseadas na evidência científica fossem providenciadas a todas as crianças, conseguir-se-ia uma redução de 18% na sua mortalidade no conjunto das regiões europeias avaliadas.⁽⁶⁾

De uma forma geral, há uma subutilização de práticas médicas com evidente base científica, verificando-se ausência de protocolos ou normas para muitas práticas nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, a nível nacional, regional e até local. É fundamental implementar e monitorizar o uso abrangente dessas e de outras práticas consensuais para se conseguir melhorar a sobrevivência e promover a saúde e a qualidade de vida dos recém-nascidos pré-termo e dos indicadores de saúde infantil globalmente.

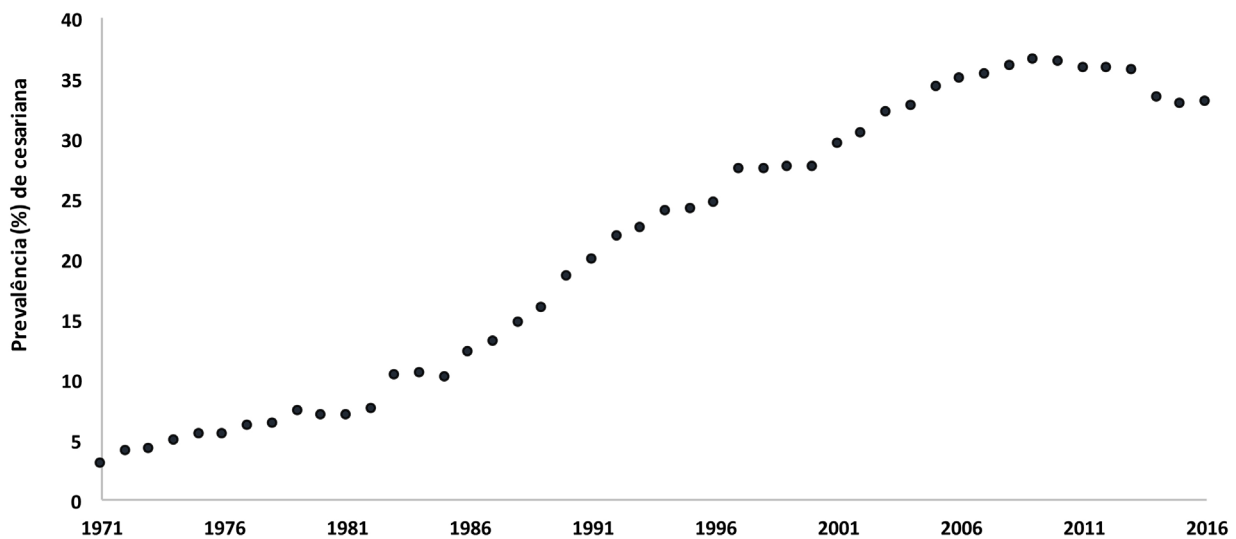
O que fomos capazes de compreender, a extensão do conhecimento e a identificação de lacunas, tornam um Inquérito Perinatal Nacional necessário e indispensável, para que a vigilância da saúde perinatal se efetue de forma ativa, continuada e sistemática e sejam adicionalmente recolhidas variáveis indispensáveis para a sua compreensão, como a prevalência de tabagismo, a obesidade, ou a utilização de cuidados pré-natais, que idealmente, como em outros países, poderiam fazer parte da certidão de nascimento.

2.3 Práticas obstétricas

Duas práticas obstétricas continuam a merecer uma atenção particular: a cesariana e a episiotomia.

Embora o parto por cesariana seja, em condições bem identificadas, uma opção terapêutica inequívoca, é também um fator de risco reconhecido para a mãe (perturbações de placentação, rotura uterina e mortes fetais) e crescentemente pesquisado e presente também na perspetiva do prognóstico das crianças (comprometimento da função pulmonar a curto prazo, hipoglicemia, início menos frequente da amamentação, respostas imunes alteradas e efeitos a longo prazo como asma, diabetes tipo 1, ou obesidade). Nos últimos 20 anos, a sua prevalência aumentou em todo o mundo, muito para além da frequência esperada das indicações clínicas. Em Portugal atingiu proporções epidémicas e a frequência (Figura 2.4) parece não diminuir tanto quanto seria desejável, após uma tendência de crescimento que colocou Portugal entre os três países da Europa com mais alta prevalência. Nos hospitais públicos houve uma modesta descida nas prevalências, de 36,3% em 2010 para 27,6% em 2015. No entanto há uma diferença marcada entre a experiência de hospitais públicos (frequência mais baixa) e hospitais privados, que nenhuma regra de boas práticas ou combinação de risco poderá explicar! Para os mesmos anos, a frequência de cesariana também teve uma pequena diminuição nos hospitais privados, de 67,5% e 63,4%, mas situando-se em valores que são o dobro dos verificados em hospitais públicos.

FIGURA 2.4 PREVALÊNCIA DE PARTOS POR CESARIANA. PORTUGAL: 1971-2016



Outra prática particularmente mais frequente em Portugal que nos restantes países europeus é a da episiotomia. Usando dados recolhidos para 20 países em 2010 no âmbito do projeto Euro-Peristat (www.europeristat.com) e considerando os partos vaginais, observou-se uma variação na frequência de episiotomia de 3,7% na Dinamarca a 73% em Portugal e 75% em Chipre, mostrando como é controverso o uso por rotina da episiotomia. Nos mesmos países, a frequência de lacerações do períneo variou de 0,1% na Roménia a 4,9% na Islândia, apresentando uma correlação negativa com as episiotomias, como sempre se argumenta.⁽⁷⁾

Dos 907.211 partos vaginais de nascimentos vivos únicos ocorridos entre 2000 e 2015 em hospitais públicos portugueses, 721.072 (79,4%) foram partos não instrumentais; 696.510 (76,7%) mulheres foram submetidas a episiotomia; e 5.110 partos vaginais (5,6 por 1.000) foram complicados por lacerações perineais de terceiro e quarto grau. A prevalência de episiotomia entre mulheres com parto não instrumental diminuiu de 81,5% em 2000 para 54,1% em 2015 particularmente entre 2013-2015 (7,2% por ano). No entanto, entre as mulheres com um parto não instrumental submetidas a episiotomia, a frequência de lacerações graves aumentou significativamente de 1,1 para 3,8 por 1.000.

Provavelmente, estamos a assistir a uma crescente melhoria na avaliação e no relato das lesões, uma consciência mais aguda em relação à deteção de dano obstétrico antes de suturar a incisão relacionada à episiotomia que, contudo, permaneceu como forte fator protetor contra a laceração perineal. Mas temos que pensar que estamos em prevalências como as dos Estados Unidos em 1979 (60,9%), uma prática depois ativamente contrariada pelas recomendações do "American College of Obstetricians and Gynecologists", e tendo em 2012, o Leapfrog Group (www.leapfroggroup.org) proposto uma meta de 12% para episiotomias, revista em 2015 para 5%. Um longo caminho a percorrer e que deverá ser discutido em Portugal.

Faltam estudos qualitativos, que aprofundadamente ouçam as vozes dos envolvidos – profissionais e utentes – de modo a desenharem-se, testarem-se e implementarem-se formas de atuação sensíveis à nossa cultura e às nossas particulares expectativas mas simultaneamente respeitando as boas práticas clínicas e assegurando às mulheres um conhecimento sólido das consequências, imediatas e no curso de vida, da opção pelo parto cirúrgico ou por intervenções como a episiotomia.

2.4 Aleitamento materno

Refletindo um consenso internacional alargado, que valoriza benefícios para a saúde da mulher (por exemplo, redução do ganho ponderal) e da criança (por exemplo, menos infeções e melhor desenvolvimento cognitivo), que se prolongam aparentemente pela idade adulta, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo durante os seis primeiros meses de vida, independentemente da idade gestacional ao nascimento, prolongando a amamentação em complemento com outros tipos de alimentos até aos dois anos.

Em 2010, a Direção-Geral da Saúde (DGS), em conjunto com a Associação Mama Mater, criou um Registo do Aleitamento Materno, com o objetivo de produzir indicadores sobre a iniciação, exclusividade e duração do aleitamento materno em Portugal. No último relatório publicado em 2014, com dados de 2013, e que informa apenas para 31.097 registos, 98,6% dos recém-nascidos iniciou aleitamento materno antes da alta hospitalar e 76,7% manteve aleitamento materno exclusivo até ao dia da alta. Das 213 crianças registadas aos 5 meses de vida, 22% mantinham aleitamento materno exclusivo.

De acordo com os dados do último Inquérito Nacional de Saúde, realizado em 2014, a prevalência de aleitamento materno exclusivo pelo menos até aos 4 meses foi de 48,5% e até aos 6 meses de 30,3%. Comparativamente com dados de inquéritos nacionais anteriores tem-se verificado uma evolução positiva do aleitamento materno nas últimas duas décadas em Portugal. No entanto, os resultados permanecem abaixo das recomendações da OMS. A meta é aumentar até 2025 para pelo menos 50% a prevalência de amamentação exclusiva nos primeiros seis meses.

A proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno é uma prioridade de saúde pública global. Impõe-se, assim, a necessidade retomar, reforçar e melhorar o registo criando uma fonte nacional de informação credível que permita a monitorização continuada e sistemática do aleitamento materno em Portugal, e assegure dados de qualidade para o processo de tomada de decisões. A verdade é que a investigação que existe em Portugal nesta área descreve experiências pontuais e tem um carácter demasiado circunscrito.

Na coorte EPICE portuguesa, que envolveu 16 unidades de cuidados intensivos neonatais (580 crianças), constatou-se uma grande variabilidade nas práticas de aleitamento materno entre as unidades. À data da alta, apenas 25,2% dos recém-nascidos muito pré-termo estava com aleitamento materno exclusivo, sendo que esta proporção variou por unidade entre 3% e 50%, verificando-se que aquelas que dispunham de um profissional de saúde treinado para apoiar as mães na amamentação, apresentavam uma maior prevalência de aleitamento materno exclusivo à data da alta, explicando cerca de 43% da variabilidade observada entre unidades.⁽⁸⁾

Recentemente, a OMS e a UNICEF, publicaram uma recomendação no sentido de se alargar a todas as crianças o acesso equitativo ao leite humano, incluindo o grupo de crianças mais vulneráveis, como as nascidas pré-termo ou com baixo peso, como estratégia para melhorar os seus resultados em saúde. Esta recomendação estabelece que para aquelas situações em que as mães não podem amamentar, deve-se recorrer ao leite humano doado, a ser fornecido de forma segura através de um banco de leite. Atualmente existem 225 Bancos de Leite Humano ativos na Europa. Como exemplos, Espanha tem 10 bancos ativos e Itália, 37. Em Portugal, é na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo que se mantém o único banco de leite humano em funcionamento, na Maternidade Alfredo da Costa, uma experiência que urge alargar a outras regiões. Mas claro, a intervenção atenta dos profissionais de saúde com treino e dedicação específica serão sempre essenciais.

2.6 Conclusão

Em Portugal, a saúde e os cuidados de saúde em torno do nascimento constituem um dos casos de mais inequívoco sucesso. Também por isso é mais importante uma atenção redobrada às ameaças, assegurar que temos capacidade de proactivamente prever e prevenir os problemas, antecipar soluções inovadoras, e assumir a exemplaridade portuguesa no contexto internacional, pelos resultados obtidos e pelo pensamento elaborado.

Entendemos por isso que alguns desafios merecem resposta imediata:

- a) Criação de um sistema integrado de recolha de informação comum a todas as unidades hospitalares que realizam partos, independentemente da sua natureza legal, proporcionando conhecer verdadeiramente a realidade da saúde e das condições que rodeiam o nascimento.
- b) Realização de um Inquérito Perinatal Nacional, periodicamente (cada 5 anos), indispensável para que a vigilância da saúde perinatal se efetue de forma ativa, continuada e sistemática.
- c) Realização e publicitação em tempo útil de inquéritos independentes e confidenciais a todas as mortes (maternas e infantis) e aos casos de morbilidade grave.
- d) Integração, nos sistemas de recolha nacional de informação sobre o nascimento e a morte, de variáveis indispensáveis para uma compreensão epidemiológica segura (como tabagismo, obesidade, ou a utilização de cuidados pré-natais).
- e) Ligação por rotina de registos (inicialmente nascimento e morte) para obter de forma transparente mais conhecimento sobre determinantes essenciais de saúde.
- f) Estruturação de investimento em investigação de natureza multidisciplinar e transdisciplinar, observacional e de intervenção, capaz de juntar estruturas académicas e dos vários níveis de cuidados de saúde, que permita compreender especificamente o papel na saúde de questões biológicas, sociais e políticas que ligam nomeadamente problemas como a alteração da natalidade, a estruturação familiar, a integração da maternidade no contexto profissional, ou o investimento em cuidados de saúde específicos a este período da vida.

2.7 Bibliografia:

1. Reiser SJ. Technological Medicine: the changing world of doctors and patients. Cambridge University Press; 2009. Pg. 158-185.
2. B Campbell R, Macfarlane A. Where to be born? National Perinatal Epidemiology Unit. 2nd edition Oxford; 1994. Pg. 119-120.
3. Gomes MS, Ventura MT, Nunes RS. How many maternal deaths are there in Portugal? The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine. 2012; 25(10):1975–1979.
4. Correia S, Rodrigues T, Montenegro N, Barros H. Critical evaluation of national vital statistics: the case of preterm birth trends in Portugal. Acta Obstet Gynecol Scand. 2015; 94: 1215–1222.
5. Smith L, Blondel B, Van Reempts P, Draper ES, Manktelow B, Barros H, et al. Variability in the management and outcomes of extremely preterm births across five European countries: a population-based cohort study. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2017;102(5):F400-F408
6. Zeitlin J, Manktelow BN, Piedvache A, Cuttini M, Boyle E, Heijst A, et al. Use of evidence based practices to improve survival without severe morbidity for very preterm infants: results from the EPICE population based cohort. BMJ. 2016;354:i2976.
7. Blondel B, Alexander S, Bjarnadottir RI, et al. Variations in rates of severe perineal tears and episiotomies in 20 European countries: a study based on routine national data in Euro-Peristat Project. Acta Obsti Gynecol Scand. 2016;95(7):746-54.
8. Rodrigues C, Severo M, Zeitlin J, Barros H, on behalf of the Portuguese EPICE (Effective Perinatal Intensive Care in Europe) Network. The Type of Feeding at Discharge of Very Preterm Infants: Neonatal Intensive Care Units Policies and Practices Make a Difference. Breastfeed Med. 2018 Jan;13(1):50-59.

CAPÍTULO 3 |

INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE E RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS: CONHECER MAIS PARA INTERVIR MELHOR

**PAULO SOUSA¹, ANA ISABEL LEBRE², ANA LÚCIA TABORDA³,
ANA SORAIA BISPO⁴, MARGARIDA CÂMARA⁵,
MARIA JOÃO LOBÃO³, SÓNIA RODRIGUES¹**

1 | Escola Nacional de Saúde Pública

2 | Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil

3 | Hospital de Cascais

4 | Hospital Beatriz Ângelo

5 | SESARAM, Hospital Dr. Nélio Mendonça

INFECÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE E RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS: CONHECER MAIS PARA INTERVIR MELHOR

3.1 Introdução

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e o aumento das resistências aos antimicrobianos (RAM) são um problema de saúde pública a nível mundial, independentemente do modelo de sistema de saúde vigente (i.e. beveredgiano, bismarkiano ou de predomínio seguro privado) e da forma como a prestação dos cuidados está organizada (i.e. cuidados de saúde primários, secundários e continuados; predomínio do setor privado ou do público, sistema misto, etc).

Ainda que o problema das IACS e das RAM possa ser classificado como “duas faces de uma mesma moeda”, neste capítulo, optámos por analisar cada uma das questões separadamente. No entanto, sempre que considerámos pertinente, foi evidenciada a importância da relação entre ambos os problemas e, por consequência, a necessidade de articulação de algumas estratégias cujo impacto se traduziu ou traduzirá em ganhos ao nível da redução das IACS e da diminuição das RAM.

As IACS são reconhecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e por outras organizações internacionais, com destaque para o Center for Disease Control and Prevention (CDC) e para o European Centre for Disease Control and Prevention (ECDC), como um dos eventos adversos mais frequentes em todo o mundo. Estimativas da OMS apontam para que, atualmente, em cada 100 doentes internados em hospitais, sete nos países desenvolvidos e dez nos países em desenvolvimento, adquiram pelo menos uma infeção no decurso do episódio de internamento. Para além do peso clínico que as IACS acarretam (i.e. mortalidade e morbilidade), acrescem as consequências económicas e sociais (decorrentes do prolongamento da estadia hospitalar, consumo de antimicrobianos, mortalidade precoce, abstenção laboral, incapacidade, etc). Tais implicações fazem com que as IACS sejam classificadas, por vários autores, como uma das principais ameaças à segurança do doente e à qualidade dos cuidados.

A OMS, a União Europeia (UE), entre outras entidades internacionais, têm alertado para o problema da resistência antibiótica, como um problema global, com graves consequências sociais e económicas. Estima-se, que seja responsável por 25.000 mortes/ano na UE, 700.000 mortes em todo o mundo e se nada for feito, causará, em 2050, mais mortes do que o cancro.

Entre os diferentes fatores que contribuem para o seu desenvolvimento, destacam-se a utilização inapropriada de antibióticos pela medicina humana e veterinária, a baixa adesão às medidas de prevenção e controlo de infeção nas unidades de saúde e à falta de higiene na manipulação dos alimentos, com consequente transmissão de microrganismos.

Ao longo do tempo, o desenvolvimento de resistências tem levado à perda da eficácia dos antibióticos, o que, associado à escassez de desenvolvimento de novos fármacos para o tratamento de infeções causadas por microrganismos resistentes, tem conduzido a situações, para as quais, não existe alternativa terapêutica. Como forma de travar o desenvolvimento de resistências, a OMS, UE, CDC, ECDC, entre outras instituições, têm desenvolvido estratégias

globais, as quais têm sido adotadas por muitos países, entre os quais, Portugal. De entre essas estratégias destacam-se a EU-JAMRAI European Union Joint Action on Antimicrobial Resistance (AMR) e a Healthcare Associated Infections (HCAI) que agrega cerca de 44 entidades parceiras, que promovem sinergias entre os estados membros no desenvolvimento e implementação de políticas One Health efetivas no combate à RAM e às IACS.

Este capítulo encontra-se estruturado em cinco pontos principais:

- i) introdução, onde é apresentada a fundamentação do tema e a forma como está organizado o capítulo;
- ii) magnitude do problema das IACS, onde são apresentados resultados de estudos epidemiológicos e de avaliação económica que permitem evidenciar, quantitativamente, a carga das IACS e o seu peso económico e social em Portugal e noutros países da Europa, EUA, entre outros;
- iii) apresentação de algumas estratégias e programas que têm sido implementados em Portugal e noutros países do mundo para reduzir e controlar as IACS;
- iv) relevância do problema da resistência aos antimicrobianos e apresentação de algumas das principais iniciativas, nacionais e internacionais, que têm sido desenvolvidas para diminuir as RAM;
- v) reflexões finais e apresentação de um conjunto de recomendações baseadas nas orientações das principais organizações internacionais (ECDC, CDC, OMS, ONU, ESCMID), na evidência disponível e, tanto quanto possível, adequadas ao contexto nacional.

3.2 Magnitude do problema das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são um dos eventos adversos mais frequentes nos doentes internados em hospitais.⁽¹⁾ Para além de constituírem uma ameaça à segurança do doente, na medida em que representam um sério problema de Saúde Pública, as infeções associadas aos cuidados de saúde têm um elevado impacto financeiro nas instituições e nos sistemas de saúde em geral.

O relatório *To Err is Human: Building a Safer Health System*, publicado pelo Institute of Medicine⁽²⁾ veio, de uma forma incisiva no ano de 1999, alertar a comunidade global para os elevados custos humanos e financeiros associados à ocorrência de eventos adversos durante a prestação de cuidados de saúde.

A dimensão exata do peso das IACS para os sistemas de saúde é difícil de caracterizar e quantificar, dada a dificuldade de agregação de dados confiáveis e comparáveis à escala global. Os países de médio e baixo rendimento carecem, frequentemente, de sistemas adequados de vigilância epidemiológica. Os países que os têm debatem-se, por vezes, com a complexidade e falta de critérios padronizados para o diagnóstico de infeções.⁽³⁾

O Center for Disease Control and Prevention (CDC) e o ECDC regem-se por metodologias que não são totalmente coincidentes no que respeita a esta matéria, o que vem reforçar a necessidade de leitura cautelosa dos resultados de diferentes estudos, desaconselhar comparações diretas de resultados e alertar para as fragilidades potenciais da evidência científica disponível.^(4,5)

A emergência e crescente aumento, nas últimas décadas, da prestação de cuidados de saúde em regime de ambulatório e em unidades de doentes crónicos fora dos hospitais, trouxeram uma complexidade acrescida à análise da dimensão epidemiológica deste problema. Estima-se que a proporção de doentes que vem da comunidade mas que teve exposição prévia recente aos cuidados de saúde e da qual resultará o episódio infeccioso, possa ascender aos 50%.^(6,7)

São muitos os fatores que contribuem de forma significativa para a magnitude deste problema de saúde pública à escala global:

- (i) hospedeiros mais susceptíveis à infeção porque mais idosos e com elevados índices de comorbilidade;
- (ii) emergência de agentes multirresistentes aos antimicrobianos;
- (iii) elevada complexidade de cuidados de saúde prestados que acontecem, frequentemente, em unidades de cuidados intensivos e/ou com recursos a técnicas e dispositivos invasivos,
- (iv) infraestruturas, recursos humanos, materiais e processos organizacionais que dificultam o controlo das infeções nos vários cenários de prestação de cuidados;
- (v) maior circulação de doentes entre os diferentes níveis de cuidados, nomeadamente, unidades de cuidados continuados e unidades hospitalares.

Dados referentes aos Estados Unidos da América, publicados em 2014, resultantes de um estudo nacional de prevalência pontual decorrido em 2011 e que integrou 183 hospitais (n=11.290 doentes), apontam para uma prevalência de 4% (4.0%; IC 95%: 3.7 to 4.4), o que corresponde a um total de 721.800 infeções, valor inferior ao estimado em 2007 (1,7 milhões). Entre as IACS mais frequentes destacava-se a pneumonia (21,8%), a infeção do local cirúrgico (21,85%) e as infeções gastrointestinais (17,1%), seguidas da infeção do trato urinário (12,9%) e da infeção primária da corrente sanguínea (9,9%). Cerca de um quarto dessas infeções (25,6%) ocorreram em associação à utilização de um dispositivo médico. Excluindo as infeções não associadas ao local cirúrgico, 40% das IACS ocorreram em unidades de cuidados intensivos. Verificaram-se cerca de 75.000 mortes intra-hospitalares em doentes que desenvolveram IACS durante a sua estadia hospitalar.⁽⁸⁾ Os dados mais recentes do CDC, disponíveis em 2016 mas referentes a 2014, apontam para importantes reduções do número de infeções adquiridas no hospital, com as infeções da corrente sanguínea e do local cirúrgico (histerectomia e cirurgia do cólon e recto) a mostrarem as reduções mais significativas, em 50% e 17%, respetivamente.⁽⁹⁾ Destaca-se ainda a redução de 8% das infeções a *Clostridium difficile* e de 13% na bacteriemia a MRSA. A prevalência de infeção associada a cateter vesical (CAUTI) não sofreu alterações significativas. O CDC reconhece que foram efetuados importantes progressos na redução das IACS em território americano, havendo ainda uma grande margem de melhoria. A cada dia, um em cada 25 doentes internados em hospitais americanos, contrai pelo menos uma IACS.

Numa meta-análise efetuada por Zimlichman e colaboradores, estimaram os custos com as IACS nos EUA em 9,8 biliões de dólares, valor significativamente inferior aos 28 a 45 biliões estimados pelo CDC.^(10,11) Independentemente da diferença de valores encontrados em vários estudos publicados, que derivam maioritariamente de diferenças na metodologia utilizada, não há qualquer dúvida que as IACS constituem um importante burden económico para os sistemas de saúde.⁽¹⁰⁻¹³⁾

Na Europa a dimensão do problema revela igualmente a sua importância. Embora em 2017 tenha decorrido o estudo de prevalência mais recente, o último relatório detalhado publicado pelo ECDC, remonta a 2011-2012, tendo incluído dados de 29 países, referentes a 231.459 doentes de 947 hospitais.⁽¹⁴⁾ A prevalência de IACS identificada foi de 5,7% (IC 95%: 4,5-7,4%), estimando-se que anualmente o número de doentes internados com pelo menos uma IACS se cifre em 3,2 milhões (IC 95%: 1,9-5,2 milhões).

Do total de 15.000 IACS reportadas, as mais frequentemente encontradas foram: infeções do local cirúrgico (19,6%), pneumonia (19,4%), infeções do trato urinário (19%) e infeções da corrente sanguínea (10,7%). Resultados publicados em maio de 2018, referentes às IACS ocorridas em ambiente de cuidados intensivos, consolidam a tendência decrescente da pneumonia associada à intubação ($p < 0,001$) e infeção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central ($p = 0,08$).⁽¹⁵⁾

Um estudo com uma amostra de 4.000 adultos admitidos em hospitais ingleses, do National Health Service (NHS), apurou um custo das infeções associadas aos cuidados de saúde em torno dos 930 milhões de libras anuais.⁽¹⁶⁾ Um outro estudo realizado na Suécia concluiu que os doentes com IACS têm maior percentagem de readmissões (29,0% vs 16,5%) e de tempo de internamento representando, esses aumentos, cerca de 11,4% do total de custos.⁽¹⁷⁾

Portugal, de acordo com os resultados do estudo de prevalência atrás referido situava-se na cauda da Europa, com uma taxa de prevalência de 10,5% (IC 95%: 10,1-11,0), quase o dobro da média dos restantes países europeus.⁽¹⁴⁾ Nesse estudo, as infeções respiratórias (29,3%), as ITU (21,1%) e as infeções do local cirúrgico (18%) destacaram-se como as mais frequentes. Foi também nas UCI que a prevalência das IACS foi maior (19,5%). No nosso país, os estudos de prevalência e incidência são atualmente coordenados pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA), que tem movido esforços para alcançar melhorias sustentadas no que respeita a esta temática.

O resultado de várias intervenções instituídas parece ser positivo, com os resultados provisórios do estudo de prevalência europeu de 2017 a apontar para a uma melhoria da situação, com a descida da taxa de prevalência para 7,8% aproximando-se assim da média europeia que se manteve em torno dos 6% (dados provisórios).⁽¹⁸⁾ Paralelamente, os resultados apresentados nos relatórios anuais do PPCIRA (2014 a 2017), reforçam essa tendência de melhoria.

Na análise geral da evolução da incidência de infeção em Portugal nos últimos anos, devem destacar-se resultados positivos na pneumonia associada à intubação, nas bacteriémias relacionadas com CVC e por MRSA e na infeção de prótese de joelho e de cólon e recto.⁽¹⁸⁾ Não dispomos de dados epidemiológicos globais fidedignos sobre a mortalidade e custos associados às IACS em Portugal. Talvez a estimativa mais próxima, dos custos diretos para o Serviço Nacional de Saúde (SNS), seja a que consta no relatório “Um futuro para a saúde”,⁽¹⁹⁾ da Fundação Calouste Gulbenkian, com um valor em torno dos 280 milhões de euros, dados que se presumem estarem subestimados em relação ao esperado tendo em conta outras estimativas disponíveis na literatura internacional.

3.2.1 Estrutura e planeamento estratégico para prevenção e controlo de infeções e resistência aos antimicrobianos em Portugal

No plano normativo e operacional remonta a 1979 a publicação da primeira circular informativa – nº 6/79 de 9 fevereiro, da Direção Geral dos Hospitais (DGH), a qual divulgava a Resolução ⁽⁷²⁾ 31 do Conselho da Europa (CE), onde se previa a criação formal de comissões de controlo de infeção nos hospitais. Em 2000 é criado o “Programa Nacional de Controlo de Infeção (PNCI) com o objetivo de divulgar a verdadeira dimensão do problema e promover as medidas necessárias para a prevenção da infeção. O PNCI foi um dos programas prioritários que integrou o Plano Nacional de Saúde de 2004-2010.⁽²⁰⁾ Posteriormente, foi criado o Programa Nacional de Prevenção de Resistência Antimicrobiana (PNPRA).⁽²¹⁾

Mais tarde, em fevereiro de 2013, através do Despacho 15423/2013, é criado o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções e das Resistências aos Antimicrobianos (PPCIRA), um programa de saúde de caráter prioritário, sediado na Direção Geral da Saúde (DGS) e que resultou da fusão dos anteriores Programas - PNCI e do PNPRA. O programa baseia-se em três pilares fundamentais: prevenção e controlo da IACS, prevenção e controlo das resistências aos antimicrobianos (RAM) e vigilância epidemiológica (VE). No âmbito do programa foram desenhadas, com objetivos claramente definidos, três macro intervenções: Campanha Nacional de Precauções Básicas de Controlo de Infeção (CNPBCI), Programa de Apoio à Prescrição Antibiótica (PAPA) e Vigilância Epidemiológica de infeções associadas a cuidados de saúde, de consumo de antibióticos e de resistência a antimicrobianos.⁽²²⁾

O PPCIRA tem uma cadeia de gestão vertical que inclui o nível nacional (coordenação nacional), os Grupos de Coordenação Regional do PPCIRA, sediados nas Administrações Regionais de Saúde e nas Regiões Autónomas, e um nível local, nas unidades prestadoras de cuidados de saúde com os Grupos de Coordenação Local do PPCIRA. Tal organização permite que as políticas, as estratégias e as ações, no âmbito do controlo e prevenção de infeção e de resistências aos antimicrobianos, sejam disseminadas através de uma estrutura formal de nível nacional, regional e local, dinamizando um método de comunicação transversal de bons exemplos e casos de sucesso e de implementação de melhoria.^(22,23)

Seguindo a Recomendação do Conselho da União Europeia de 9 junho 2009 sobre a importância da segurança do doente e do acesso a cuidados de saúde de qualidade, foi criado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (PNSD). Decorrente da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, o PNSD visa, através de ações transversais, como a cultura de segurança, a partilha do conhecimento e da informação e de ações dirigidas a questões específicas, melhorar a segurança dos cuidados de saúde prestados em todos os níveis de cuidados, de forma integrada e numa lógica de melhoria contínua da qualidade.

Este Plano está estruturado em nove objetivos estratégicos, entre os quais o de prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos, e para o qual foram definidas cinco metas concretas a atingir até 2020: atingir uma taxa de prevalência de infeção hospitalar inferior a 8%; reduzir em 50% face a 2014, o consumo de antimicrobianos; atingir uma taxa de MRSA de 20%; reduzir em 50% face a 2014, o consumo de carbapenemes e reduzir em 50% face a 2014, o consumo de quinolonas.⁽²⁴⁾

Como forma de atingir as metas, foram definidas e calendarizadas ações e identificadas as estruturas do PPCIRA/DGS como organizadores responsáveis pela sua operacionalização.

Em 2016 foi publicado o Despacho nº 3844- A/2016, cujo propósito assenta na necessidade de fortalecer o processo de vigilância epidemiológica das IACS e de um melhor conhecimento das resistências aos antimicrobianos, por parte das unidades de saúde. Só com base em tal conhecimento é que será possível definir e implementar ações de melhoria, justificando-se a criação de mecanismos promotores do retorno regular de informação integrada, sobre esses resultados, a cada uma das unidades hospitalares. Para tal, o referido despacho, determinou a criação de um grupo de trabalho interinstitucional responsável pela definição de mecanismos que permitam obter indicadores relativos ao consumo de antibióticos, resistências aos antimicrobianos e sobre a frequência das principais IACS, denominado “Índice de Qualidade PPCIRA”. Os dez indicadores do Índice têm objetivos ambiciosos definidos para o triénio 2017-2019, com incentivos associados ao seu cumprimento, através da sua integração no processo de contratualização com algumas unidades de saúde.⁽²⁵⁾

3.3 Estratégias e programas implementados em Portugal e noutros países do mundo para reduzir e controlar as IACS

Considerando que as IACS constituem um problema de saúde pública com importância crescente à escala mundial, têm sido desenvolvidas várias iniciativas, programas e estratégias com o objetivo de reduzir a sua frequências e impacto. De entre essas iniciativas destacam-se:

- i) os programas de vigilância epidemiológica e os estudos de prevalência e de incidência;
- ii) implementação de políticas de incentivo e/ou penalização;
- iii) o desenvolvimento de projetos de melhoria da qualidade com o propósito de reduzir as IACS e a resistência aos antimicrobianos.

Paralelamente, existe hoje um amplo consenso sobre a importância que a definição, recolha e análise de dados e indicadores de estrutura, processo e resultado no âmbito da prevenção das IACS e da resistência aos antimicrobianos tem para o conhecimento da realidade, no apoio à tomada de decisão fundamentada e para monitorizar e avaliar iniciativas que visem reduzir e controlar as infeções e a resistência aos antimicrobianos.

3.3.1 Importância dos programas de vigilância epidemiológica

A avaliação dos programas em saúde não existe sem uma rigorosa mensuração e uniformização, pelo que há que definir claramente critérios, variáveis, tipo de colheita de dados e a população em análise. Tais ações são de base obrigatória numa rede de vigilância epidemiológica (VE) que se quer sistemática, rigorosa, global, comparável e credível. É difícil e pouco rigoroso avaliar o impacto de uma intervenção sem ter um ponto de partida (linha de base) e um ponto de chegada – meta definida.

Um passo muito importante na área da vigilância epidemiológica das IACS foi dado, na década de 70 do século passado, nos EUA, com a criação do National Nosocomial Infection Prevention System (NNIS) que, juntamente com o CDC tiveram uma ação fundamental no aconselhamento e incentivo dos hospitais americanos a aderirem e a reportarem as suas taxas de infeção numa base comum.

Nos anos de 1980, o conceituado estudo SENIC (Study of Efficacy of Nosocomial Infection and Control) concluiu que 32% das infeções hospitalares poderiam ser evitadas se quatro componentes estivessem presentes na estratégia e programas de controlo de infeção dos hospitais, sendo um deles um sistema de vigilância epidemiológica.⁽²⁶⁾

Nos anos de 1990 surgiram vários programas e grupos organizados de peritos nos EUA (Quality Indicator (QI) Study Group⁽²⁷⁾, Agenda for Change- Oryx Perform System⁽²⁸⁾) com o objetivo de definir quais os melhores indicadores de desempenho de qualidade e segurança em saúde. Ao mesmo tempo, na Europa a Alemanha criava a Rede Krankenhaus Infektions Surveillance System (KISS, 1996), projeto dirigido pelo German National Reference Center for Surveillance of Nosocomial Infections, com o objetivo primário de promover a recolha e sistematização de dados de vigilância epidemiológica, uniformes e comparáveis entre hospitais. Com base nisso foram criados indicadores que posteriormente foram integrados nos planos internos de melhoria da qualidade das organizações de saúde.⁽²⁹⁾

Na Europa, os programas de vigilância epidemiológica estão hoje concentrados no ECDC, a Agência Europeia para a Saúde, estrutura criada em 2005, com sede em Estocolmo, sendo um dos objetivos principais a estruturação e coordenação de uma rede de VE europeia que englobe todos os estados membros (The European Surveillance System – TESSy). Inicialmente, esta rede de VE, apenas se centrava nas doenças de comunicação obrigatória, vindo posteriormente a integrar as plataformas HELICS (Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance) UCI e ILC, atualmente designadas de HAI-Net (Healthcare-associated infections surveillance network) UCI e ILC. Mais recentemente outras áreas se foram associando, sendo a infeção por *Clostridium difficile* um dos exemplos mais recentes desta rede europeia de vigilância.

Reconhecendo a importância em recolher outros dados e visando a uniformização de critérios e metodologias, o ECDC implementou estudos de prevalência na área das IACS e da utilização de antimicrobianos, dirigidos quer a hospitais de doentes agudos (PPS-Point Prevalence Study in Acute Care Hospitals),⁽¹⁴⁾ quer a unidades de longa duração (HALT-Healthcare Associated Infections in Long Term Care). O primeiro destes estudos realizou-se em 2012,^(30,31) após um ensaio piloto efetuado em 2011, tendo sido repetido em 2016-2017. Em relação aos estudos HALT, o primeiro foi efetuado em 2010, com repetição em 2013 e em 2017.^(18,32)

Em Portugal, e como forma de dar cumprimento à Decisão N° 2119/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho da Europa, que institui uma rede de vigilância epidemiológica e de controlo das doenças transmissíveis na Comunidade, são dados passos importantes no sentido da criação e manutenção de uma rede robusta de registo de infeção, a integrar a rede europeia, pelas instituições nacionais. De forma voluntária, os hospitais começaram pela vigilância das infeções do local cirúrgico (ILC) e infeções em unidades de cuidados intensivos (UCI), ambos em rede europeia para as plataformas HELICS ILC e UCI, referidas anteriormente.

A estas redes de VE associaram-se progressivamente outras já existentes, com implementação nacional, que vieram enriquecer o conhecimento da realidade em Portugal, nomeadamente no que se refere às infeções em UCI de Neonatologia, infeções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS) e da vigilância de processos com a estratégia multimodal de promoção das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI).^(18,22,25)

Não obstante estes progressos, em termos da organização e estrutura da rede de VE, muito ainda há para fazer no sentido de tornar mais robusta e frequente a quantidade e qualidade de informação que é enviada, bem como o número de centros participantes e o período a que respeita essa informação.

3.3.2 Políticas de incentivo e penalizações - *pay for performance*

Foi nos EUA, em 2003, que se alterou o paradigma do reporte voluntário e inconsequente das IACS, por aprovação de uma lei federal na qual todos os hospitais passaram a ser obrigados a submeter indicadores de qualidade da sua performance, de modo a garantir o reembolso total pelas seguradoras. Com esta lei passou a ser permitido o reporte público - disclosure information - dos dados no site da Medicare. No primeiro ano que entrou em vigor foi aplicado uma penalização de 0.4% no total de reembolso, passando em 2005 para 2% de penalização se não fossem reportados os dados.⁽³³⁾ Hoje em dia todos os hospitais americanos reportam informação, sendo agora os valores das taxas e os limiares definidos, o foco das medidas de penalização/incentivo.⁽³³⁾

Outros países seguiram essa política de incentivos/penalizações - *pay for performance* - sendo reconhecido, ao longo do tempo, vários riscos e fragilidades nesse processo, nomeadamente, a dificuldade de realizar comparações rigorosas e credíveis - uma vez que essas comparações não incluíam o ajustamento pelo risco das populações em análise. Por outro lado, tendo em consideração o elevado valor das penalizações, estas poderiam comprometer o orçamento das instituições levando a pressões internas para a ocorrência de subnotificação das infeções.

No entanto são inequívocas as mudanças observadas com a aplicação das medidas de incentivo/penalização nas políticas organizacionais (passando de uma posição reativa para proactiva/preventiva), devido ao reconhecimento do peso direto e imediato que as infeções hospitalares passaram a ter a nível económico e financeiro para os hospitais.

O impacto económico das políticas atrás descritas, associado ao aumento da resistência aos antimicrobianos após 70 anos da era antibiótica, levou à mobilização da comunidade científica e política, com afetação de verbas e criação de programas e intervenções que se vieram a revelar, algumas delas, bastante eficazes na redução das taxas de infeção e morbimortalidade dos doentes neste contexto.

Em Portugal, é ainda recente o movimento de incentivos e penalizações associado à ocorrência de infeções, no entanto tal já começa a ser visível nos contratos-programa (contratualização) na medida em que não contemplam apenas o volume do que é produzido (produção), mas também a qualidade dos cuidados que são prestados (indicadores de qualidade). O exemplo mais recente é a inclusão do Índice de Qualidade PPCIRA no programa de contratualização para o triénio 2017-2019.⁽²⁵⁾

Esse índice integra vários indicadores e foram definidos objetivos concretos para cada um deles, por exemplo:

Consumo hospitalar global de antibióticos, medido em DDD por 1.000 doentes saídos dia; (objetivo: redução de 10% ao ano);

Consumo hospitalar global de carbapenemes, medido em DDD por 1.000 doentes saídos dia; (objetivo: redução de 10% ao ano);
Taxa de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA) no total de *Staphylococcus aureus* isolados em amostras invasivas (sangue e liquor); (objetivo: redução de 5% ao ano);
Taxa de *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemase no total de *Klebsiella pneumoniae* isoladas em amostras invasivas (objetivo: $\leq 1\%$);
Taxa de adesão ao feixe de intervenções (bundle) de prevenção de infeção urinária associada a algália, conforme Norma 019/2015, de 15/12/2015, do PPCIRA/DGS (objetivo: nº de algalias com cumprimento de todas as medidas do feixe / nº total de algalias $> 75\%$), entre outros.

3.3.3 Iniciativas e programas para reduzir as IACS – a propósito de alguns exemplos internacionais e nacionais

Em 2004 o Institute for Healthcare Improvement (IHI) promoveu a iniciativa 100.000 Lives Campaign que visava prevenir 100.000 mortes associadas aos cuidados de saúde, incidindo em seis processos que impactavam diretamente na segurança dos doentes.⁽³⁴⁾ Desse seis processos, quatro eram relacionados com a prevenção de infeções nosocomiais. Esta campanha foi renovada em 2007, aumentando o objetivo para a prevenção de 5 milhões de mortes associadas aos cuidados de saúde e contando com mais de 3.000 hospitais dos EUA.⁽³⁴⁾ Esta iniciativa foi também adotada noutros países europeus, nomeadamente, na Inglaterra, Escócia, País de Gales, Irlanda, Holanda, entre outros.

A Organização Mundial da Saúde lançou, em 2005, uma estratégia global denominada “World Alliance for Patient Safety – Global Patient Safety Challenge”, a qual definiu desafios relativos à segurança do doente e respetivas áreas de melhoria dos cuidados de saúde no mundo. A Campanha Save Lives: Clean Care is Safer Care⁽³⁵⁾ foi um desses desafios à escala global, envolvendo países desenvolvidos e subdesenvolvidos numa metodologia comum, disponibilizando enquadramento científico, uniformizando conceitos e produtos, e definindo processos de gestão e requisitos estruturais básicos para implementação plena da campanha. De acordo com o último relatório da campanha (6 de Fevereiro de 2017), contam-se hoje 19.217 hospitais envolvidos em 177 países do mundo. Portugal aderiu em 2008, sendo inequívocos os ganhos em saúde que esta iniciativa teve e continua a ter - contabilizando no ano de 2016 com um total de 156 hospitais participantes.⁽¹⁸⁾

Em 2015, a Fundação Calouste Gulbenkian (FCG) em parceria com o Ministério da Saúde, promoveu a realização de um projeto de melhoria da qualidade dos cuidados denominado Desafio Gulbenkian Stop Infeção Hospitalar!. O referido projeto envolveu cerca de 12 centros participantes (num total de 19 hospitais) e definiu como objetivo a redução, num prazo de três anos, em 50% da incidência das infeções hospitalares mais relevantes, nomeadamente: infeções do trato urinário associado a cateter vesical e Infeções nosocomiais da corrente sanguínea relacionadas com cateter vascular central (em Serviços de Medicina e UCI); pneumonias associadas à intubação (em Unidade de Cuidados Intensivos - UCI); infeções do local cirúrgico, nas cirurgias de prótese da anca e do joelho (Serviços de Ortopedia), nas cirurgias cólon e recto e da vesícula biliar (Serviços de Cirurgia Geral).

As principais medidas de atuação visaram a aplicação sistemática e padronizada de um conjunto de intervenções baseadas na melhor evidência científica, conhecidas por “Bundles” ou Feixes de Intervenções para prevenção das infeções; otimização do trabalho em equipa

multidisciplinar e melhoria da comunicação; maior envolvimento do doente e da família; reforço do compromisso das lideranças; recolha, análise e discussão de indicadores de processo, de resultado e de equilíbrio.

Do ponto de vista do modelo utilizado, este baseou-se na metodologia colaborativa e na utilização do modelo de melhoria do Institute for Healthcare Improvement (IHI). Esta metodologia, já aplicada com sucesso em diversos países do mundo, tem por base a adoção sistemática de boas práticas (já aplicadas com sucesso noutros locais), a aplicação dos princípios do conhecimento profundo de Deming, a partilha do conhecimento entre as equipas dos diferentes centros participantes, no registo, medição e monitorização contínua de indicadores e a redefinição de processos por forma a garantir a prestação de cuidados de excelência com a máxima segurança.

O Desafio Gulbenkian Stop Infecção Hospitalar! iniciou-se em mais de cinco dezenas de locais-piloto (Serviços de Medicina, Serviços de Ortopedia, Serviços de Cirurgia Geral e UCI), envolvendo aproximadamente 50 equipas multidisciplinares (Médicos, Enfermeiros, Farmacêuticos, entre outros), num total de mais de 240 profissionais de saúde. Ao longo dos três anos de execução, para além dos profissionais que estiveram envolvidos desde o início, este projeto contou também com a colaboração de muitos mais que se foram juntando à medida que se foi aplicando e incorporando a metodologia nos Serviços piloto e feita a ampliação para outros Serviços dentro do mesmo hospital.

Relativamente aos objetivos inicialmente definidos conseguiu-se, ao final dos três anos, reduzir em mais de 50% todas as infeções em análise (redução de 51% nas infeções do trato urinário associado a cateter vesical; redução de 56% nas infeções nosocomiais da corrente sanguínea relacionadas com cateter vascular central e de 51% na pneumonia associada à intubação; redução de 55% na Infeções do local cirúrgico, nas cirurgias de prótese da anca e do joelho e de 52% na cirurgia da vesícula biliar (colecistectomia). No sub-grupo da infeção do local cirúrgico, referente à cirurgia colon e recto, não se verificou redução expressiva em todos os centros participantes. Apenas três desses centros registaram alguma melhoria e só num é que essa redução foi superior a 50%.

A obtenção de tais resultados, a par com o conteúdo do Despacho 2757/2017 de 3 de abril, (no Ponto 2, alíneas "a) Promover a integração do STOP Infecção Hospitalar no PPCIRA a partir de 1 de maio de 2018, e nas suas estruturas ao nível nacional, regional e local, e a utilização eficiente dos meios e recursos de ambos os instrumentos; b) Ter como objetivo global a incorporação das metodologias do STOP Infecção Hospitalar de melhoria de qualidade e dos conhecimentos em ciência de implementação, no PPCIRA, promovendo o seu desenvolvimento gradual à escala nacional e; c) Incluir um programa de formação específica destinado a reforçar as competências dos profissionais envolvidos neste âmbito e a sua participação no processo de disseminação das práticas que permitam melhorar os resultados, quer na instituição, quer para outras instituições do Serviço Nacional de Saúde) permitem perspetivar a continuação desta iniciativa com disseminação aos outros hospitais do SNS, indo de encontro ao imperativo de qualquer sistema de saúde que é o de promover acesso a cuidados de saúde de qualidade e em segurança.⁽³⁶⁾ No caso concreto das IACS tal significa, melhorar a prevenção e controlo das infeções e, conseqüentemente, reduzir o consumo de antibióticos e a emergência de resistência induzidas pelo uso inadequado destes.

O tema das IACS é complexo e a sua resolução exige mudanças estruturais, organizacionais e individuais, a par, com um compromisso das estruturas de topo que incentive a participação dos profissionais e dos cidadãos na redução das infeções, não se cingindo aos aspetos meramente legais e normativos. O envolvimento ativo do cidadão, capacitando-o a intervir na promoção de cuidados de saúde de excelência, constitui uma estratégia viável e com impactos muito positivos.

Neste âmbito importa referir o recente Despacho 6430/2017 que determina a implementação, durante um período experimental de dois anos, do projeto-piloto «Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde» coordenado pela DGS. Pretende-se que, as Comissões da Qualidade e Segurança e as respetivas Ligas de Amigos e Associações de Doentes das nove unidades de saúde envolvidas, promovam o aumento da cultura de segurança do seu ambiente interno e que encontrem, nos cidadãos e nas suas famílias, os parceiros certos para que a mudança cultural interna se intensifique e desenvolva através da voz dos mais interessados em receber cuidados de saúde de qualidade e seguros.

Outra iniciativa relevante e ambiciosa, que visa aumentar a transparência e responder com qualidade às novas necessidades de cidadãos mais informados e exigentes, foi a criação do Portal SNS <https://www.sns.gov.pt/>. A expectativa e potencial deste tipo de iniciativas é enorme, quer em termos de partilha de informação com os cidadãos, quer da divulgação de resultados de desempenho e qualidade das instituições do SNS <http://benchmarking.acss.min-saude.pt>. No caso concreto do tema aqui abordado – infeções associadas aos cuidados de saúde e a resistência aos antimicrobianos, o potencial de informação a disponibilizar são muito significativos. Espera-se que para além dos atuais indicadores disponíveis, Taxa de infeções da corrente sanguínea relacionada com cateter venoso central e Sépsis pós-operatória/100.000 episódios de internamento, se venham a juntar outros igualmente relevantes. Simultaneamente, é desejável que estes indicadores possam ser alinhados com os dados da vigilância epidemiológica para que não representem uma duplicação e dispersão de informação e, mais importante, não sirvam para evidenciar discrepâncias de resultados, descredibilizar a informação disponível e desperdiçar recursos.

3.3.4 Dotação, formação e diferenciação das equipas de controlo de infeção

Um dos aspetos estruturais mais importante para o controlo e redução das infeções diz respeito à composição, qualificação e diferenciação das equipas locais de controlo de infeção. O ratio previsto para essas equipas, definido no Despacho de 15423/2013 para enfermeiros (um enfermeiro por cada 250 camas) foi um ratio calculado para a exigências dos anos 70, e remonta ao estudo SENIC publicado em 1985.⁽²⁶⁾ Quase 40 anos passados, o contexto dos cuidados de saúde mudou radicalmente.

O desenvolvimento da inovação e tecnologia em saúde (novos equipamentos, maior complexidade, procedimentos mais invasivos, prolongamento da vida em contexto crítico, etc.), a estrutura das organizações (a criação de novas estruturas, como as Unidades Locais de Saúde e a importância da articulação entre os diferentes níveis de cuidados), as exigências técnicas e científicas (vigilância epidemiológica, indicadores de estrutura e processo, surtos de bactérias multirresistentes em contextos e procedimentos complexos, globalização e emergência de febres hemorrágicas e vírus respiratórios como ameaças globais, doentes mais complexos e, em muitas situações, mais vulneráveis) e, acima de tudo, o desafio

da disseminação das resistências aos antibióticos nos hospitais, torna urgente a adequação destes ratios às exigências do atual contexto em que vivemos.

Ratios mais recentes preveem um enfermeiro em dedicação exclusiva ao controlo de infeção/100 camas em hospitais de agudos e um enfermeiro/ 150 ou 250 camas em hospitais de cuidados continuados (terciários).⁽³⁷⁾

No que diz respeito ao ratio de médicos dedicados ao controlo de infeção, o estudo PROHIBIT WP3 identificava, em 2012, um ratio médio de um médico em dedicação exclusiva na equipa por cada 1000 camas (0.2/250 camas).⁽³⁸⁾ A necessidade urgente de adoção de políticas de Antibiotic Stewardship (AS) por parte dos hospitais tem vindo a reforçar a necessidade de se estabelecer ratios para os médicos dedicados para esta função (que é apenas um dos vários focos de ação dos médicos dedicados ao controlo de infeção). Em França, por exemplo, foi definido como requisito para acreditação dos hospitais, um ratio de 0.3 Full-time equivalent (FTE) 400 camas como mínimo para assegurar um programa de AS.

Esse valor não é consensual, nem em França nem nas instâncias internacionais. Por exemplo, a French Task Force for Antibiotic resistance recomendou em 2016 um ratio de quatro FTE de “peritos em antibióticos”/1000 camas mais um a dois FTE farmacêuticos para o mesmo número de camas.⁽³⁹⁾

Tão importante como o estabelecimento e regulação de ratios adequados aos objetivos dos programas, é a relevância da formação, diferenciação e qualificação dessas equipas. É imperioso que o tema da prevenção e controlo de infeção e resistência aos antibióticos figure em todos os currículos dos cursos nas áreas da saúde, ao nível da formação inicial. É igualmente importante que se assegure formação pós-graduada e contínua nestas áreas do conhecimento.

A este respeito, destacam-se várias iniciativas lideradas pela European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID), em colaboração com o ECDC, a Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) e a OMS-Europa, nomeadamente a criação de uma Competência Europeia em prevenção, controlo de infeção e antibiotic stewardship (EUCIC Infection Prevention Certificate).⁽⁴⁰⁾ Paralelamente à certificação de competências e a um currículo comum, na UE, é importante o envolvimento das ordens profissionais no reconhecimento e autonomia dos profissionais de controlo de infeção e resistências aos antimicrobianos (médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros técnicos de saúde), de modo a que estes não sejam prejudicados comparativamente a outras especialidades ou percursos formativos já estabelecidos (por exemplo, as carreiras médicas e de enfermagem).

Para além das questões estruturais e de diferenciação das equipas dedicadas ao controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos atrás mencionadas, será importante repensar a forma como estas estão organizadas e se articulam com outras estruturais conexas dentro da mesma unidade de saúde, bem como da articulação entre os diferentes níveis, local, regional e nacional. Localmente seria importante evoluir no sentido de haver uma articulação mais efetiva entre os grupos de coordenação local do PPCIRA (GCL-PPCIRA) com as estruturas dedicadas à gestão do risco, à qualidade e segurança do doente e às comissões de farmácia e terapêutica, bem como uma maior atuação na elaboração e desenvolvimento de programa de melhoria da qualidade e segurança dos cuidados e de programas saúde pública dentro da instituição.

Paralelamente, considera-se que, mais do que a existência de estruturas locais, regionais e nacionais, é fundamental que as mesmas sejam dotadas de recursos humanos, técnicos e financeiros que permitam o desenvolvimento de ações efetivas. Se compararmos, a esses níveis, a realidade em Portugal com a de outros países europeus, por exemplo a Escócia, Inglaterra, Holanda e Espanha, verifica-se que a margem para melhorarmos é significativa.

3.4 Resistências aos antimicrobianos e estratégias para a sua redução

Nas últimas décadas, através de diversos mecanismos e de forma crescente, os microrganismos (nomeadamente bactérias, fungos, vírus e parasitas) têm vindo a desenvolver resistências aos antimicrobianos a que são expostos. A utilização por vezes pouco criteriosa ou exagerada de antimicrobianos, no ser humano e nos animais, tem acelerado a emergência dessas resistências.

Tal facto coloca em risco o tratamento eficaz das infeções com consequente aumento do número de internamentos hospitalares, incremento da demora média e custos mais elevados. Paralelamente, contribui para um aumento significativo da morbi-mortalidade associada às infeções. Outra consequência da disseminação destes microrganismos resistentes relaciona-se com a maior probabilidade de se poderem originar novas epidemias, tornando-se uma ameaça global e um problema de saúde pública, com implicações clínicas, económicas e sociais.

Exemplo disso são bactérias como a *Escherichia coli* e a *Klebsiella pneumoniae* que, apesar de habitualmente apenas colonizarem o intestino humano, podem na realidade causar infeções graves e potencialmente fatais, existindo já por todo o mundo estirpes resistentes mesmo a antimicrobianos recentes, considerados de largo espectro e, portanto, de último recurso.

Os últimos dados publicados do ECDC, referentes a 2016, revelam que os beta-lactâmicos (incluindo penicilinas) foram os antibióticos sistémicos mais utilizados em Portugal - em 57.2% dos casos - a nível da comunidade e hospitalar, seguidos da classe composta pelos macrólidos (como azitromicina e claritomicina) e pelas lincosamidas (como clindamicina) - em 14%. Em terceiro (8.9%) e quarto (8.5%) lugares encontraram-se respectivamente as quinolonas (de que são exemplo a ciprofloxacina, a levofloxacina ou a moxifloxacina) e outros beta-lactâmicos (nomeadamente cefalosporinas, como cefuroxime ou ceftriaxone, entre outras). Apesar do cenário não ser muito diferente do registado a nível da Europa/União Europeia, as classes mais utilizadas são também, globalmente, aquelas com mais resistências relatadas.^(41,42)

A tabela seguinte expõe o cenário das resistências aos antimicrobianos, mais relevantes, a nível nacional e da União Europeia (média ajustada à população).^(41,42,44)

Tabela 3.1 – % de resistências dos principais microrganismos aos antimicrobianos

ANTIMICROBIANO	PORTUGAL			UNIÃO EUROPEIA		
	% resistência	IC 95%	Tendência	% resistência	IC 95%	Tendência
MICRORGANISMO: ESCHERICHIA COLI						
Aminopenicilinas	59.2	58-61	↑	57.4	56-58	↑
Fluoroquinolonas	28.9	28-30	↓	21	21-21	↓
Cefalosporinas 3ª geração	16.1	15-17	-	12.4	12-13	↓
Aminoglicosídeos	13.1	12-14	↓	10.4	10-10	↓
Carbapenems	<0.1	<0.1	↓	<0.1	0-0	↓
MICRORGANISMO: KLEBSIELLA PNEUMONIAE						
Fluoroquinolonas	41.7	40-44	↑	24.6	24-25	↓
Cefalosporinas 3ª geração	46.7	45-49	↑	25.7	25-26	↓
Aminoglicosídeos	35	33-37	↑	19	19-19	↓
Carbapenems	5.2	4-6	↑	6.1	6-6	↓
MICRORGANISMO: PSEUDOMONAS AERUGINOSA						
Piperacilina-tazobactam	22.7	20-25	↓	16.3	16-17	↓
Fluoroquinolonas	20.1	18-22	↓	15	14-16	↓
Carbapenems	19.2	17-21	↓	15	15-16	↓
Ceftazidima	18	16-20	↓	13	12-14	↓
Aminoglicosídeos	11.5	10-13	↓	10	9-11	↓
MICRORGANISMO: ACINETOBACTER SPP						
Fluoroquinolonas	50.5	43-58	↓	39	38-40	NA
Aminoglicosídeos	39.3	33-46	↓	35.2	34-36	NA
Carbapenems	51.9	45-59	↓	35.1	34-36	NA
MICRORGANISMO: STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE						
Penicilinas	12.2	10-15	↑	NA		
Macrólidos	15.1	13-18	↓	NA		
MICRORGANISMO: STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE						
Meticilina	43.6	42-45	↓	13.7	13-14	↓
MICRORGANISMO: ENTEROCOCCUS FAECALIS						
Gentamicina	33.8	31-37	↑	30.5	29-31	↓
Vancomicina	7.5	5-11	↓	11.8	11-13	↑

Relativamente à *Escherichia coli*, mais de metade desses microrganismos são atualmente resistentes às aminopenicilinas (de que é exemplo a amoxicilina, frequentemente utilizada em diversas situações clínicas), sendo a tendência crescente, a nível nacional e europeu.

No que diz respeito à *Klebsiella pneumoniae*, o panorama das resistências é particularmente problemático em Portugal, com tendência crescente para todas as classes de antimicrobianos. Dados adicionais mostram um aumento importante na resistência destas bactérias aos carbapenemes, antibióticos de último recurso, de ~1.8% em 2013 para ~5.2% em 2016.

Apesar da tendência decrescente, as resistências da *Pseudomonas aeruginosa* bem como das espécies de *Acinetobacter*, ambas responsáveis por infeções hospitalares graves, são ainda preocupantes em Portugal, comparativamente com a média europeia. Igualmente relevante é a tendência crescente da resistência do *Streptococcus pneumoniae* (vulgo pneumococo, associado a infeções como otite, sinusite, pneumonia e meningite) às penicilinas.

Não obstante a tendência decrescente a nível nacional da resistência do *Enterococcus faecalis* ao antibiótico hospitalar vancomicina, a resistência à gentamicina tem vindo a aumentar, contrariamente ao que ocorre na Europa.

Deste modo, começam a escassear as armas para combater não apenas as banais infeções da comunidade, como as mais graves infeções hospitalares.

Ao longo dos anos, muitas têm sido as estratégias e iniciativas globais desenvolvidas e adotadas pelos diferentes países para reduzir a resistência aos antimicrobianos (tabela 3.2). Portugal (tabela 3.3) é um dos países que tem adotado algumas das estratégias de promoção de boas práticas de prevenção e controlo de infeção, iniciadas com PNCI e continuadas com o atual PPCIRA, implementado em muitas das instituições de saúde públicas e privadas. Estes programas contribuíram para uma redução das infeções associadas aos cuidados de saúde, através da prevenção e do controlo da sua transmissão.⁽²³⁾

No âmbito da redução do consumo de antimicrobianos e do seu uso racional, salientamos, inicialmente, a criação do Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos,⁽⁴⁵⁾ a Aliança Intersectorial para a Preservação do Antibiótico (APAPA),⁽⁴⁶⁾ e mais recentemente, o PPCIRA, com o Programa de Assistência à Prescrição de Antimicrobianos (PAPA), nos hospitais e nos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES). Ao longo dos anos as campanhas nacionais e locais, para a utilização racional de antibióticos, dirigidas aos profissionais de saúde, cidadãos, professores e alunos, têm contribuído para uma maior consciencialização para a utilização dos antimicrobianos e para a sua preservação, como bem da humanidade.

A implementação de medidas de prevenção e controlo de infeção com consequente redução das IACS, associado à redução do consumo de antimicrobianos, através da ação do PAPA, a participação nos sistemas de vigilância das IACS, do consumo de antimicrobianos e das resistências, os quais permitem avaliar a eficácia das estratégias implementadas, têm contribuído para a redução de algumas resistências, como a verificada em Portugal, no período de 2011-2016, no *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA).⁽¹⁸⁾

Mais recentemente, a Comissão Europeia reforçou o seu Plano de Ação, com a abordagem "One Health",⁽⁴⁷⁾ reconhecendo, mais uma vez, a interligação entre os seres humanos, os animais e o ambiente.

Em Portugal, tem havido iniciativas a interligar os seres humanos e os animais, como é exemplo da APAPA.⁽⁴⁶⁾

TABELA 3.2 – EXEMPLOS DE ESTRATÉGIAS GLOBAIS

ESTRATÉGIAS/INICIATIVAS	OBJETIVO PRINCIPAL	PROMOTOR	ANO
"European Surveillance of Antimicrobial Consumption Network (ESAC-net)"	Efetuar a vigilância do consumo de antimicrobianos.	Universidade de Antuérpia	1998
"The microbial treat. Health of the population: Strategies to prevent and control the emergence and spread of antimicrobial-resistant microorganisms"	Efetuar recomendação para a prevenção e controlo da emergência e disseminação de microrganismos multirresistentes.	Ministry of Health, Ministry of Food Agriculture and Fisheries Denmark	1998-2009
"European Antimicrobial Resistance Surveillance System (EARSS)"	Efetuar a vigilância das resistências bacterianas.	European Commission's Directorate General for Health and Consumer Affairs; Dutch Ministry of Health, Welfare and Sports.	2001
"Prudent use of antimicrobial agents in human medicine"	Emanar recomendações para os estados membros para a contenção da resistência antimicrobiana.	World Health Organization (WHO)	2005
"Improving the containment of antimicrobial resistance"	Alertar sobre o lento combate das resistências e apelar sobre o uso racional de medicamentos pelos prescritores e doentes.	World Health Assembly	2009
"The bacterial challenge time to react"	Apelar à redução do fosso existente entre infeções causadas por bactérias resistentes e os antibacterianos disponíveis para o seu tratamento.	European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC); European Medicines Agency (EMA)	2011
"O desafio microbiano — a ameaça crescente da resistência antimicrobiana"	Combater a resistência dos antibióticos.	Parlamento Europeu	2011
"Transatlantic Taskforce on Antimicrobial Resistance (TATFAR)"	Criar Grupo de Trabalho de cooperação entre os Estados Unidos e a União Europeia para o combate à resistência antibiótica.	Parlamento Europeu	2011
"Combat drug resistance, no action today no cure tomorrow"	Comemorar o dia Mundial da Saúde e alertar para a resistência dos antibióticos.	World Health Organization (WHO)	2011
"European strategic action plan on antibiotic resistance"	Estabelecer um plano estratégico para mitigar, prevenir e controlar a resistência antibiótica.	World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe	2011
"European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-net)"	Efetuar a vigilância das resistências bacterianas.	European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)	2010
"Central Asian and Eastern European Surveillance of Antimicrobial Resistance (CESAR)"	Efetuar a vigilância das resistências bacterianas.	World Health Organization Regional (WHO) Office for Europe, the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID); Dutch National Institute for Public Health and the Environment (RIVM).	2012
"New Drugs for Bad Bugs (ND4BB) programme"	Combater a resistência antimicrobiana na Europa.	Innovative Medicines Initiative (IMI)	2013

"World Alliance Against Antibiotic Resistance (WAAR) Declaration" ⁶⁴	Preservar a eficácia dos antibióticos.	World Alliance Against Antibiotic Resistance	2014
"Global Antibiotic Research and Development Partnership (GARDP)"	Incentivar o desenvolvimento de novos antibióticos e promover a sua conservação através do seu uso responsável por todos.	World Health Organization (WHO); Drugs for Neglected Diseases Initiative (DNDi)	2014
"Joint Programming Initiative on Antimicrobial Resistance (JPIAMR)"	Optimizar a coordenação de esforços mundiais para a investigação de resistência aos antimicrobianos.	Comissão Europeia	2014
"Antimicrobial resistance Draft global action plan on antimicrobial resistance"	Alertar sobre o lento combate e apelar para o uso racional de medicamentos, pelos prescritores e doentes.	World Health Assembly	2015
"Sustainable Development Goals (SDGs)"	Estabelecer ações e objetivos relacionados com as principais áreas da resistência aos antimicrobianos.	Assembleia Geral das Nações Unidas	2015
"The Global Action Plan On Antimicrobial Resistance (GAP-AR)"	Assegurar, durante o maior tempo possível, a continuidade do sucesso do tratamento e prevenir as doenças infecciosas com medicamentos efetivos e seguros, com qualidade assegurada, usados de forma responsável, e acessíveis por todos os que precisam.	World Health Assembly	2015
"World Antibiotic Awareness Week - Antibiotics: Handle with care"	Comemorar a semana mundial do antibiótico e alertar para a preservação do antibiótico.	World Health Organization (WHO)	2015
"The Global Antimicrobial Resistance Surveillance System (GLASS)"	Estabelecer sistemas nacionais de vigilância de resistência antimicrobiana.	World Health Organization (WHO)	2015
"UNGA Political Declaration"	Estabelecer a estratégia global para combater a resistência antimicrobiana.	Assembleia Geral das Nações Unidas	2016
"Antimicrobial Resistance A Manual for developing National Action Plans"	Estabelecer planos de ação nacionais para o combate a resistência antimicrobiana.	World Animal Health Organization (OIE) e a Food and Agriculture Organization (FAO)	2016
"Interagency Coordinator Group for Antimicrobial Resistance (IACG)"	Estabelecer a estrutura de ação para os elementos do Grupo de Resistência aos antimicrobianos.	Nações Unidas	2017
"Global Framework for Development & Stewardship to Combat Antimicrobial Resistance Draft"	Estabelecer uma estrutura global para o desenvolvimento de abordagem para combater a resistência antimicrobiana.	World Health Organization (WHO); Agriculture Organization (FAO); World Organisation for Animal Health (OIE)	2017
"A European One Health Action Plan against Antimicrobial Resistance (AMR)"	Estabelecer o plano de ação europeu para o combate à resistência antimicrobiana.	Comissão Europeia	2017
EU-JAMRAI European Union Joint Action on Antimicrobial Resistance (AMR) and Healthcare Associated Infections (HCAI)	Suportar os estados membros para desenvolverem e implementarem políticas "One Health" efetivas.	Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)	2017

TABELA 3.3 – EXEMPLOS DE ESTRATÉGIAS NACIONAIS

ESTRATÉGIAS/INICIATIVAS	OBJETIVO PRINCIPAL	PROMOTOR	ANO
Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (PNCI)	Conhecer a incidência das Infecções associadas aos cuidados de saúde e diminuir a sua incidência.	Direção-Geral da Saúde (DGS)	1996
Vigilância epidemiológica de resistências aos antibióticos	Informar sobre a resistência aos antibióticos em patogénicos com consequências importantes em Saúde Pública.	Laboratório Nacional de Referência das Resistências aos Antimicrobianos (LNR-RA) do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge	1998
Programa Nacional de Prevenção das Resistências aos Antimicrobianos	Prevenir as Resistências aos Antimicrobianos.	Direção-Geral da Saúde (DGS)	2008
Campanha “Preserve os Antibióticos”	Alertar para a correta utilização de antibióticos de forma a reduzir a taxa de bactérias resistentes.	Direção-Geral da Saúde (DGS) e o Grupo de Infecção e Sepsis (GIS)	2011
Aliança Intersectorial para a Preservação do Antibiótico (APAPA)	Preservar o antibiótico.	Direção-Geral da Saúde (DGS) e o Grupo de Infecção e Sepsis (GIS)	2011
Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA)	Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde, reduzir o consumo de antimicrobianos e reduzir as resistências.	Direção-Geral da Saúde (DGS)	2013
Plano de Ação Nacional para a Redução do Uso de Antibióticos nos Animais	Reduzir o uso de antibióticos nos animais e reduzir as resistências.	Direção Geral da Alimentação e Veterinária	2013
Subscrição da Declaração World Alliance Against Antibiotic Resistance (WAAR)	Reduzir as resistências aos antimicrobianos	GIS, APAPA, da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI) e da Sociedade Portuguesa de Doenças Infecciosas e Microbiologia Clínica (SPDIMC)	2014
Desafio Gulbenkian STOP Infecção Hospitalar!	Reduzir 50%, no prazo de 3 anos a taxa de um conjunto de infeções hospitalares	Fundação Calouste Gulbenkian em parceria com o Ministério da Saúde	2015
Índice de Qualidade PPCIRA	Melhorar o conhecimento, por parte das unidades de saúde dos seus dados relativos às IACS, resistências bacterianas e consumo de antibiótico	World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe	2016

A utilização de antimicrobianos, na maioria das vezes, é efetuada sem o conhecimento do agente etiológico de infeção. Ou seja, de forma empírica, contribuindo muitas vezes para uma utilização desnecessária de antimicrobianos. Nos últimos anos, como forma de reduzir o consumo e, conseqüentemente, a resistência aos antimicrobianos, tem havido um esforço global para o desenvolvimento de novas tecnologias, mais rápidas, com maior sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de microrganismos, onde se destacam as técnicas moleculares e a espectrometria de massa⁽⁴⁸⁾.

Por outro lado, o aumento das resistências e a escassez de novos antibióticos têm levado à procura de novas alternativas para o tratamento das infeções bacterianas, como os bacteriófagos e os inibidores do “Quorum Sensing” dos microrganismos, ou seja, inibidores dos processos de comunicação e regulação do comportamento dos microrganismos, como são exemplo a inibição da sua motilidade, da produção de toxinas e do biofilme.

Em síntese, são várias as estratégias propostas e implementadas por entidades internacionais, nacionais, regionais e locais para o combate à resistência antimicrobiana. Contudo, só será possível, atingir o desígnio da redução das resistências, se estas estratégias forem adotadas por todos os intervenientes, a nível humano, veterinário e da agricultura, ou seja, com uma abordagem “One Health”⁽⁵⁰⁾.

3.5 Reflexões finais

O papel de um observatório é analisar uma determinada realidade, de forma isenta, com base na melhor evidência disponível e em dados/resultados tão credíveis e robustos quanto possível. No caso em apreço, a análise recaiu sobre um importante problema de saúde pública - o controlo e redução das infeções associadas aos cuidados de saúde e a resistência aos antimicrobianos - cujas implicações se refletem não só a nível clínico, mas também, económico e social. Com base nessa avaliação e tendo em consideração o contexto situacional, devem ser apontados caminhos e apresentadas propostas que permitam melhorar o conhecimento e apoiar as instâncias responsáveis e os decisores políticos na tomada de decisão.

Um problema tão complexo, com a magnitude e implicações como é o caso do controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos, não se enfrenta com medidas avulsas, nem com voluntarismos esporádicos ou intervenções, instrumentos legais e discursos pontuais e mediáticos. Tem de haver uma estratégia a curto, médio e longo prazo que contemple um conjunto de ações alinhadas e integradas com um propósito comum. Deve haver uma clara indicação dos intervenientes, sua ação, articulação e responsabilidade, bem como uma definição das medidas concretas e exequíveis, alinhadas com as políticas de saúde nacionais e as diretrizes das instituições internacionais com relevo na matéria.

O mais importante já existe – profissionais de saúde com enorme resiliência e militância, dedicados e empenhados em dar o seu melhor no dia-a-dia em prol da prestação de cuidados de elevada qualidade e segurança.

Consideramos que os seguintes pontos:

- i) uma rede robusta, validada e universal de vigilância epidemiológica;
- ii) o alinhamento de políticas de incentivo que destaquem a importância do controlo e redução das infeções;
- iii) o desenvolvimento de projetos de melhoria da qualidade dirigidos para a redução de infeções;
- iv) a existência de estruturas a nível local, regional e nacional com recursos adequados e estratégias alinhadas;
- v) profissionais treinados, diferenciados e motivados;
- vi) práticas de medição continua e sistemática de indicadores de estrutura, de processo e de resultados, que permitam avaliações transversais e longitudinais (ao longo do tempo) - são pilares essenciais um programa de controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos. A existência desses pilares pressupõe que as lideranças de cada instituição de saúde, das entidades regionais responsáveis e a nível central – do Ministério da Saúde, coloquem o controlo de infeção e da resistência aos antimicrobianos como uma prioridade na agenda e a alinhem com os objetivos estratégicos a nível nacional e internacional.

3.6 Recomendações

i) Melhorar o conhecimento das IACS e da resistência aos antimicrobianos

- Integrar informação sobre IACS e RAM, nos cuidados de saúde primários e cuidados de saúde continuados e integrados, na rede de vigilância epidemiológica existente;
- Identificar áreas que pela sua importância e/ou emergência devem ser alvo de abordagens específicas para melhorar o seu conhecimento, por exemplo a questão das Enterobacteriaceas resistentes aos Carbapenemes, dada a relevância deste problema atualmente em Portugal, na Europa e um pouco por todo o mundo;
- Aumentar a adesão das instituições de saúde aos programas de vigilância epidemiológica, nacionais e europeus;
- Robustecer a rede de vigilância epidemiológica das IACS, do consumo de antimicrobianos e das resistências, com melhoria da quantidade e qualidade da informação reportada;

ii) Promover e reforçar as boas práticas que visem reduzir as IACS e as RAM

- Desenvolver um plano concertado de divulgação da Estratégia Multimodal de Promoção das Precauções Básicas de Controlo de Infeção com ênfase para os cuidados de saúde primários, cuidados de saúde continuados e lares de idosos.
- Implementar estratégias para aumentar a adesão aos feixes de intervenção (bundles) para prevenção de infeções e de iniciativas no âmbito do Programa de Apoio à Prescrição de Antimicrobianos (PAPA);
- Reforçar iniciativas conjuntas no âmbito da estratégia One Health;
- Avaliar o grau de adesão às Precauções Básicas de Controlo de Infeção, em particular no contexto hospitalar, e desenvolver estratégias que visem potenciar o seu cumprimento;
- Disseminar e implementar em larga escala iniciativas e programas que tenham tido sucesso na redução das IACS e das RAM, como por exemplo, a iniciativa Desafio Gulbenkian STOP Infeção Hospitalar!;

iii) Reforçar a estrutura local, regional e nacional do PPCIRA

- Assegurar, a nível local, rácios apropriados de médicos, enfermeiros e farmacêuticos para os programas de controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos (incluindo o Antibiotic Stewardship), adequados às exigências dos programas e de acordo com as recomendações mais recentes;

- Valorização e reconhecimento interno e externo dos elementos do PPCIRA, a nível local, regional e nacional, com reforço das equipas e formação adequada a todos os elementos para que se possam constituir como “champions” e referências para os seus pares;
- Reforçar a rede nacional de vigilância epidemiológica com profissionais em dedicação exclusiva e integrados na estrutura nuclear do PPCIRA;

iv) Aumentar o compromisso das Lideranças

- Responsabilizar e envolver mais as lideranças locais (Conselhos de Administração, Conselhos Executivo e Clínico; Órgãos de Gestão das Unidade de Cuidados Continuados e Integrados) no desenvolvimento e implementação de estratégias, iniciativas e programas que visem reduzir as IACS e as RAM;
- Definir como prioridade absoluta, a área de controlo de infeção e da resistência aos antimicrobianos, e alinhá-la com o plano de desenvolvimento estratégico das unidades de saúde;
- Incentivar a realização de reuniões regulares entre os órgãos de gestão das instituições de saúde e os grupos locais do PPCIRA com o objetivos de “prestação de contas” e de definição e acompanhamento de iniciativa de melhoria na área das IACS e das RAM;

v) Aumentar o envolvimento dos doentes e das famílias

- Envolver os doentes e as famílias no desenho e implementação de medidas de prevenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos, promovendo também o aumento de literacia em saúde para o cidadão;
- Aumentar a consciencialização da população em relação ao uso adequado de antimicrobianos;

vi) Desenhar e introduzir esquemas de incentivos e penalizações

- Introduzir políticas de incentivo e penalizações – por exemplo de tipo *pay for performance*, como forma de potenciar a adesão às estratégias de redução das IACS e das resistências aos antimicrobianos;
- Implementação de políticas de incentivos às instituições que cumpram boas práticas no âmbito do controlo e redução das infeções e das RAM e que obtenham resultados dentro dos limiares definidos;

vii) Apostar mais na Formação pré e pós graduada dos profissionais de saúde

- Investir na formação pré-graduada e pós-graduada dos profissionais de saúde, dos diferentes níveis de cuidados, no que se refere às boas práticas em relação à prevenção e controlo de infeções, bem como da utilização racional de antimicrobianos;
- Desenvolver projetos de formação no âmbito do antibiotic stewardship promovendo o uso adequado e dirigido dos antibióticos;

3.7 Bibliografia

1. Sousa P, Uva AS, Serranheira F, Uva MS, Nunes C. Patient and hospital characteristics that influence incidence of adverse events in acute public hospitals in Portugal: a retrospective cohort study. *Int J Qual Health Care*. 2018 Mar;30(1):132–137. doi: 10.1093/intqhc/mzx190.
- 2- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Committee on Quality of Health Care in America Institute of Medicine. Washington, D.C.: National Academy Press; 2000. 312.
3. World Health Organization. Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide [Internet]. 2011 [Consult. 11 de Março de 2018]. Disponível na Internet: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf;jsessionid=09D7AAC581136E43121293D950206CCF?sequence=1
4. Hansen S, Sohr D, Geffers C, Astagneau P, Blacky A, Koller W, et al. Concordance between European and US case definitions of healthcare-associated infections. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2012 Aug;1(1):28. doi: 10.1186/2047-2994-1-28
5. Correia de Campos A, Sousa P, Lob28. J, Perelman J, Almeida G, Mendes JJ, et al. INFEFE G, Mendes JJ, et al. INFEal. INFE8. ternet]. [Consult. 11 de Maret al. INFEal. INFE8. l em: <https://www.apifarma.pt/publicacoes/siteestudos/Documents/Estudo%20IACS%20Contributo%20MDiV%20-%20VFTotal.pdf>
6. Friedman ND, Kaye KS, Stout JE, McGarry SA, Trivette SL, Briggs JP, et al. Health care–associated bloodstream infections in adults: a reason to change the accepted definition of community-acquired infections. *Annals of internal medicine*. 2002 Nov 19;137(10):791-7. doi: 10.7326/0003-4819-137-10-200211190-00007
7. Cardoso T, Almeida M, Friedman ND, Aragão I, Costa-Pereira A, Sarmento AE, et al. Classification of healthcare-associated infection: a systematic review 10 years after the first proposal. *BMC medicine*. 2014 Dec;12(1):40. doi: 10.1186/1741-7015-12-40
8. Magill SS, Edwards JR, Bamberg W, Beldavs ZG, Dumyati G, Kainer MA, et al. Multistate point-prevalence survey of health care–associated infections. *New England Journal of Medicine*. 2014 Mar 27;370(13):1198-208. doi: 10.1056/NEJMoa1306801
9. Center for Disease Control and Prevention. National and State Healthcare Associated Infections [Internet]. 2014 [Consult. 20 de Maio de 2018]. Disponível na Internet: <https://www.cdc.gov/HAI/pdfs/progress-report/hai-progress-report.pdf>
10. Zimlichman E, Henderson D, Tamir O, Franz C, Song P, Yamin CK, et al. Health care–associated infections: a meta-analysis of costs and financial impact on the US health care system. *JAMA internal medicine*. 2013 Dec 9;173(22):2039-46. doi:10.1001/jamainternmed.2013.9763
11. Scott D. The Direct Medical costs of Healthcare-Associated Infections in U.S. Hospitals and the Benefits of Prevention [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention 2009 [Consult. 24 de Março de 2018]. Disponível na Internet: https://www.cdc.gov/hai/pdfs/hai/scott_costpaper
12. Klevens RM, Edwards JR, Richards CL, Horan TC, Gaynes RP, Pollock DA, et al. Estimating Health Care-Associated Infections and Deaths in U.S. Hospitals, 2002 [Internet]. *Public Health Rep*. 2007 Mar;122(2):160-166. doi: 10.1177/003335490712200205
13. Al-Tawfiq JA, Tambyah PA. Healthcare associated infections (HAI) perspectives. *Journal of infection and public health*. 2014 Jul;7(4):339-44. doi: 10.1016/j.jiph.2014.04.003
14. European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals [Internet]. 2013. doi: 10.2900/86011

15. European Centre for Disease Prevention and Control. Healthcare-associated infections acquired in intensive care units [Internet]. Annual epidemiological report for 2016. Stockholm: ECDC; 2018 [Consult. 20 de Maio de 2018]. Disponível na Internet: https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER_for_2016-HAI.pdf
16. Plowman R, Graves N, Griffin MA, Roberts JA, Swan AV, Cookson B, et al. The rate and cost of hospital-acquired infections occurring in patients admitted to selected specialties of a district general hospital in England and the national burden imposed. *J Hosp Infect.* 2001 Mar;47(3):198-209. doi: doi.org/10.1053/jhin.2000.0881
17. Rahmqvist M, Samuelsson A, Bastami S, Rutberg H. Direct health care costs and length of hospital stay related to health care-acquired infections in adult patients based on point prevalence measurements. *Am J Infect Control.* 2016 May;44(5):500(5):516. doi: 10.1016/j.ajic.2016.01.035
18. Direção-Geral da Saúde. Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos – 2017 [Internet]. Lisboa: DGS; 2017 [Consult. 20 de Abril de 2018]. Disponível na Internet: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos-relatorio-2017.aspx>
19. Crisp N, Berwick D, Bos W, Lobo Antunes J, Pita Barros P, Soares J. Um Futuro para a Saúde – todos temos um papel a desempenhar [Internet]. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2014 [Consult. 27 de Março de 2018]. Disponível na Internet: https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/03/30003652/PGIS_BrochuraRelatorioCompletoHealthPortugues.pdf
20. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde [Internet]. Lisboa: DGS; 2007 [Consult. 22 de Abril de 2018]. Disponível na Internet: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>
21. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Prevenção de Resistências aos Antimicrobianos [Internet]. Lisboa: DGS; 2009 [Consult. 26 de Abril de 2018]. Disponível na Internet: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/ficheiros-de-upload/programa-nacional-de-prevencao-das-resistencias-aos-antimicrobianos-pdf.aspx>
22. Direção-Geral da Saúde. PORTUGALI Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos em números – 2015 [Internet]. Lisboa: DGS; 2016 [Consult. 27 de Abril de 2018]. Disponível na Internet: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-controlo-da-infeccao-e-resistencia-aos-antimicrobianos-em-numeros-2015.aspx>
23. Paiva JA, Silva G, Fernandes PA, Diniz JÁ, George F. Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA): os dois primeiros anos [Internet]. *Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas.* 2015 Maio-Agosto; 11(2):45-49. Disponível na Internet: http://spdinc.org/wp/wp-content/uploads/2015/12/RPDI_11-2_INTERNET-2.pdf
24. Despacho n.º 1400-A/2015, Diário da República n.º28 de 10 de fevereiro de 2015. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (PNSD). Disponível na Internet: <https://dre.pt/home/-/dre/66463212/details/maximized?serie=II&dreId=66463210>
25. Despacho n.º 3844-A/2016, Diário da República n.º 52 de 15 de março de 2016. Determina a criação de um grupo de trabalho interinstitucional, que integra a Direção-Geral da Saúde, o Instituto Ricardo Jorge, o Infarmed e a Administração Central do Sistema de Saúde, no âmbito do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Disponível na Internet: https://dre.pt/home/-/dre/73865550/details/maximized?serie=II&print_preview=print-preview&

26. Hughes JM. Study on the efficacy of nosocomial infection control (SENIC Project): results and implications for the future. *Chemotherapy*. 1988;34(6):553-61. doi:10.1159/000238624
27. Farquhar M. AHRQ Quality Indicators. In: Hughes RG (ed.). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 45
28. The Joint Commission (TJC). A journey through the history of The Joint Commission. TJC [página web]. 2013. Disponível na Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/Joint_Commission_History.pdf
29. Geffers Chr, Gastemeier P. Nosocomial infections and multidrug resistance organisms – epidemiological data from KISS. *Dtsch Arztebl Int*. 2011 Feb; 108(6):87-93. doi:10.3238/arztebl.20110087
30. Pina E, Paiva JA, Nogueira P. Prevalência de Infecção Adquirida no Hospital e do uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses – Inquérito 2012. Lisboa; DGS: 2013. Disponível na Internet: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/inquerito-de-prevalencia-de-infecao-adquirida-no-hospital-e-uso-de-antimicrobianos-nos-hospitais-portugueses-inquerito-2012-jpg.aspx>
31. Pina E, Martins, Girão A. Estudo Nacional de Prevalência de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde e do uso de Antibióticos em Unidades de Cuidados Continuados. Lisboa; DGS: 2012. Disponível na Internet: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/estudo-nacional-de-prevalencia-de-infecao-nos-cuidados-continuados-2012.aspx>
32. Direção-Geral da Saúde. Relatório: Inquérito de prevalência de infeção europeu Unidades de Cuidados Continuados: HALT 2. Lisboa: DGS; 2015. Disponível na Internet: <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/relatorio-do-inquerito-de-prevalencia-healthcare-associated-infection-and-antimicrobial-use-in-long-term-care-facilities-halt2-unidades-de-cuidados-continuados-dados-de-2012.aspx>
33. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). CMS Announces Guidelines for Reporting Hospital Quality Data. CMS [página web]. 2004. Disponível na Internet: <http://www.cms.gov/Newsroom/MediaReleaseDatabase/Press-Releases/2004-Press-Releases-Items/2004-01-28.html>
34. Institute for Healthcare Improvement (IHI). 5 Million Lives Campaign. IHI website. 2013. Disponível em: <http://www.ihi.org/offerings/Initiatives/PastStrategicInitiatives/5MillionLivesCampaign/Pages/default.aspx>
35. Storr J, Allegranzi B, Leostakos A, Pittet D. Information and Announcement on the First Global Patient Safety Challenge: Clean Care is Safer Care. *International Journal of Infection Control*. 2007 Dec;3(2)
36. Despacho n.º 2757-A/2017, Diário da República n.º 66 de 3 de abril de 2016. Estabelece disposições e determina que a Direção-Geral da Saúde, através do Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e das Resistências Antimicrobianas, celebra um acordo específico com a Fundação Calouste Gulbenkian na área da infeção hospitalar. Disponível na Internet: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/106803138/details/normal?l=1>
37. Richards C, Emori TG, Edwards J, Fridkin S, Tolson J, Gaynes R. Characteristics of hospitals and infection control professionals participating in the National Nosocomial Infections Surveillance System 1999. *Am J Infect Control*. 2001 Dec;29:400-3
38. Hansen S, Zingg W, Schwab F, et al: Organization of Infection Control: First results of the pan-European PROHIBIT Survey. IDWeek 2012, Presentation# 1183, Abstract# 37186
39. Le Coz P, Carlete J, Roblot F, Pulcini C. Human resources needed to perform antimicrobial stewardship teams' activities in French hospitals. *Medecine et Maladies Infectieuses*. 2016 Jun;46(4):200-6

40. European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases [página web]. Disponível na Internet: https://www.escmid.org/fileadmin/src/media/PDFs/3Research_Projects/EUCIC/EUCIC-Statutes-April2015.pdf
41. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of antimicrobial resistance in Europe 2016. Annual Report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). Stockholm: ECDC; 2017.
42. Antimicrobial consumption database (ESAC-Net) [consulta online]: <https://ecdc.europa.eu/en/antimicrobial-consumption/surveillance-and-disease-data/database>
43. European Centre for Disease Prevention and Control. Factsheet for experts – Antimicrobial resistance. Consultado em <https://ecdc.europa.eu> em Março 2018
44. World Health Organization. Fact sheets: Antimicrobial resistance. [Consult. 20 Março 2018] Disponível na Internet: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>
45. Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017. Direção-Geral da Saúde, 2014. ISSN: 2184-1179.
46. Aliança Intersectorial para a Preservação dos Antibióticos, 2011.
47. A European One-Health Action Plan against Antimicrobial Resistance (AMR). European Commission. 2017.

CAPÍTULO 4 |

RECURSOS HUMANOS NA SAÚDE: O QUE SE SABE E O QUE FALTA SABER

**TIAGO CORREIA¹, GILLES DUSSAULT², INÊS GOMES¹,
MÁRIO AUGUSTO¹, MARTA TEMIDO², PATRÍCIA NUNES²**

1 | ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

2 | IHMT-Universidade Nova de Lisboa

RECURSOS HUMANOS NA SAÚDE: O QUE SE SABE E O QUE FALTA SABER

4.1 Introdução

Os recursos humanos desempenham um papel central no funcionamento dos sistemas de saúde. Desde logo, porque são o garante da ligação entre os princípios ético-jurídicos presentes no direito à proteção da saúde e as experiências quotidianas das pessoas, quer na garantia do acesso universal e equitativo a cuidados quer no respeito da dignidade da pessoa, tão fragilizada na vivência da doença. Mas, também, porque representam uma importante fatia do investimento no setor da saúde. Também ainda, porque o contacto com os utentes os torna elementos decisivos na gestão direta e indireta da saúde e controlo epidemiológico, na influência sobre comportamentos e estilos de vida e, em última análise, na confiança nas instituições de saúde.

Refletindo esta importância, o tema dos recursos humanos em saúde (RHS) tem vindo a estar presente na generalidade dos Relatórios Primavera, ainda que com graus variáveis de aprofundamento. Este ano aceitou-se o desafio de dar um maior destaque ao tema. A análise realizada baseou-se no modelo analítico AAAQ “Availability/Disponibilidade, Accessibility/Acessibilidade, Acceptability/Aceitabilidade e Quality/Qualidade”⁽¹⁾, a partir do qual se procedeu a uma sistematização da evidência técnica e académica existente e se atualizaram alguns indicadores para perceber tendências recentes. Esta opção pretendeu sumariar o conhecimento disponível e, tanto quanto possível, abarcar diferentes pontos de vista e interpretações.

Por economia de texto e pela natureza do Relatório Primavera, a análise que se apresenta é obrigatoriamente sintética e focalizada nalguns dos aspetos que os autores consideram relevantes para o debate público e político sobre o que se sabe e o que falta saber sobre os RHS em Portugal.^(c) Em relação aos dados do Serviço Nacional de Saúde (SNS), a análise reporta-se à evolução 2015-2017.^(d) Ainda que esta opção permita olhar para o atual período legislativo, a escolha destes anos foi motivada, primeiramente, por razões técnicas.^(e)

^(c) A informação presente no capítulo acaba por dar maior destaque às dimensões “disponibilidade” e “acessibilidade”, deixando para uma análise posterior as dimensões “aceitabilidade” e “qualidade”.

^(d) Segundo a ACSS, esta informação estatística nos anos anteriores seguia critérios diferentes o que não permite a comparabilidade dos dados. Os autores optaram por usar a informação mais desagregada possível para agrupá-la em função das análises pretendidas. A seleção dos indicadores estatísticos teve como critério o seu acesso público. Os apuramentos estatísticos refletem as opções que os autores consideram mais adequadas face à informação disponibilizada. Todas as análises são da responsabilidade dos autores, embora se baseiem em dados recolhidos e/ou disponibilizados por entidades terceiras (ACSS, Ordens Profissionais, INE e Eurostat), pelo que os autores fazem boa-fé da qualidade desta informação. No caso da ACSS, devido à complexidade técnica e metodológica dos apuramentos necessários, procedeu-se a diversos contactos no sentido de melhor aferir a qualidade da informação. Sobre a revisão da literatura foram incluídos relatórios técnicos e artigos académicos publicados até dezembro de 2017. Ver informação detalhada no anexo metodológico.

^(e) Agradece-se ao Senhor Ministro da Saúde e à ACSS a disponibilidade de diálogo e partilha da informação solicitada. Agradece-se ainda à Prof.ª Doutora Sónia Pintassilgo (ISCTE-IUL) o envolvimento na fase inicial deste trabalho. Agradece-se ainda aos revisores pela leitura atenta e comentários construtivos.

4.2 Faltam recursos humanos no sistema de saúde português?

A importância da pergunta obriga a que se compreenda a dificuldade técnica numa resposta inequívoca por três ordens de razões: dificuldade em aferir o número de RHS em Portugal, o facto das comparações internacionais sobre o número de efetivos não responderem à pergunta sobre se faltam ou não RHS e a falta de entendimento acerca da necessidade de RHS em Portugal.

a) Dificuldade em aferir o número de RHS em Portugal (quantos existem e onde)

Nas profissões reguladas, o registo nominal dos profissionais habilitados é obrigatório, sendo feito pelas Ordens Profissionais^(f) ou, na sua inexistência, pela ACSS^(g). Contudo, este registo não traduz quantos profissionais estão disponíveis para exercer, nem quantos estão efetivamente em exercício. É a diferença entre o número de profissionais habilitados, disponíveis e em exercício que não se conhece ao certo em Portugal praticamente para nenhuma profissão de saúde – exceção feita aos farmacêuticos. Por esta razão, Portugal não consta nalgumas das comparações internacionais da OCDE em matéria de RHS (ver as diversas publicações anuais do relatório *Health at a Glance*); também por essa razão, há dificuldades em interpretar os números que se vão conhecendo (por exemplo, a respeito de médicos ou enfermeiros).

Importa perceber que os três indicadores (habilitação, disponibilidade e exercício) salientam aspetos distintos na análise dos RHS: o primeiro refere-se ao acesso à profissão, o segundo à atividade do trabalho em saúde e o terceiro aos profissionais que efetivamente realizam atividade, sabendo-se que o trabalho em saúde nem sempre se relaciona com a prestação direta de cuidados.^(h) A atenção política não pode ignorar cada um dos três indicadores porque as decisões relacionadas com cada um deles envolvem questões distintas.

O facto de não se saber com exatidão a diferença numérica entre as três medidas para a generalidade das profissões de saúde prende-se com um problema central: a contagem dos profissionais em exercício ativo. É certo que a recolha de informação no SNS permite aferir, com algum rigor, a contagem nominal de profissionais nos serviços públicos. Mas uma análise correspondente para o setor privado não se encontra disponível, pela inexistência de uma agregação semelhante de dados à realizada pela ACSS para o SNS. A isto associa-se o multiemprego, que é estimado em níveis não menosprezáveis, tanto no setor privado como entre o setor público e privado, e as situações de prestação de serviço e trabalho por conta própria. Acresce ainda o caso das Regiões Autónomas da Madeira e Açores, que realizam a sua própria contabilidade.

Perante a falta de registo centralizado dos profissionais em atividade no setor privado, a alternativa para essa contagem passaria, no caso das profissões reguladas, pelo registo nas Ordens Profissionais e na ACSS. Contudo, é aqui que se perde a correspondência de informação entre as medidas de habilitação, disponibilidade e exercício. No caso da ACSS, não se procede à correspondência entre a emissão de cédulas profissionais, os profissionais que nesses universos estão disponíveis para exercer e aqueles que estão em exercício ativo (quando efetuado fora do SNS). No caso das Ordens Profissionais, a literatura aponta duas limitações nos registos (excetuando a Ordem dos Farmacêuticos, em que há informação sobre a habilitação e o exercício, embora se desconheça informação sobre disponibilidade). Uma limitação decorre do sobredimensionamento dos profissionais disponíveis devido aos casos de reforma, óbito ou emigração, sem que seja comunicada. A outra limitação decorre da inexatidão do número de profissionais em exercício.

^(f) Registo de médicos, médicos dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, psicólogos e biólogos.

^(g) Registo de técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica.

^(h) Grosso modo, pode incluir atividades de formação, ensino, investigação, consultoria ou gestão

Esta inexatidão reflete uma de duas situações: esse levantamento não é efetuado e/ou tornado público pelas Ordens (ex: Ordem dos Médicos) ou contém um número significativo de casos omissos (ex: Ordem dos Enfermeiros).

b) Traços específicos dos sistemas de saúde recomendam cautela na comparação internacional de RHS

Da mesma forma que da análise dos diferentes sistemas de saúde sobressaem traços específicos, da análise da respetiva força de trabalho também resultam diferenças. Nem o conteúdo nem os modelos de trabalho, além da formação e competências dos vários grupos profissionais coincidem inteiramente entre os países, fazendo com que as comparações internacionais sobre o número de efetivos respondam de modo insuficiente à pergunta sobre se em cada país esses números são suficientes ou não para satisfazer as necessidades de saúde. Existem ainda aspetos técnicos que limitam a leitura dos números: desde logo a (in)disponibilidade de informação, mas também a utilização de critérios e taxonomias distintas.⁽¹⁾

Esta ressalva é extensiva à interpretação de outros indicadores, tais como os rácios interprofissionais. Embora se saiba que em Portugal alguns destes rácios destoam de tendências internacionais (nomeadamente, o número de enfermeiros face a médicos), na verdade essa questão deve ser posta no plano de uma política de RHS. Importa saber quais os rácios desejáveis – não só de enfermeiros face a médicos, mas também de auxiliares e outros técnicos face a enfermeiros – tendo em conta as tarefas legalmente autorizadas, a formação dos diversos grupos profissionais, a disponibilidade e necessidade de profissionais, os modelos de organização dos cuidados, o orçamento disponível e a aceitabilidade pela população.

c) Falta de entendimento acerca da necessidade de RHS em Portugal (quantos são precisos e onde)

Sem prejuízo de alguns estudos realizados no âmbito do planeamento prospetivo, tarda em formar-se um consenso sobre o número de profissionais considerado adequado e necessário em Portugal nas diversas atividades direta e indiretamente envolvidas na prestação de cuidados, pública e privada. Como se argumentou, este número não pode decorrer apenas de comparações internacionais. Esta dificuldade de entendimento conjuga-se com a necessidade de clarificação do modelo de SNS pretendido para o futuro. Conjuga-se, também, com a necessidade de maior intersectorialidade política, envolvendo a saúde, a educação, a ciência e ensino superior e a economia, na gestão e planeamento prospetivo do stock de RHS, da formação pré-graduada e pós-graduada à absorção pelo mercado de trabalho. Conjuga-se ainda com um certo alheamento político acerca do processo de feminização que os RHS estão a atravessar com a renovação geracional.⁽²⁾

A literatura refere que a ausência de políticas relativas à adaptação das leis de género à especificidade do trabalho em saúde destoa de alguns dos principais países europeus.

⁽¹⁾ Por exemplo, diferenças entre: profissionais habilitados para exercer ou em exercício ativo; com ou sem alunos incluídos nas contagens; apenas os que trabalham na prestação de cuidados ou incluídos também os que trabalham na formação, ensino, investigação e gestão

⁽²⁾ Por exemplo, no SNS em 2016, 76,2% dos RHS são mulheres, as quais estão sobrerrepresentadas no escalão 30-34 anos e sub-representadas no escalão 50-59 anos.

4.3 Quanto se gasta com RHS em Portugal?

A despesa com recursos humanos face ao total de despesa em saúde em Portugal tem oscilado entre 32-34% (coluna A – tabela 4.1), valores que estão abaixo da média de 38% registada nos países desenvolvidos ⁽²⁾.^(k) No SNS, este valor tem-se situado em torno de 38% (coluna B). Percebe-se ainda que a despesa do SNS com recursos humanos tem representado cerca de 65% do total de despesa com RHS no país (coluna C), embora o orçamento do SNS represente uma parcela mais baixa face ao total de despesa em saúde (coluna D). Ou seja: por cada €100 gastos com a saúde em Portugal, pouco acima de €56 são pagos pelo SNS; por cada €100 gastos com recursos humanos na saúde, em torno de €65 são pagos pelo SNS.

O facto de o peso da despesa com RHS no setor privado ser mais baixo do que no setor público é por si só inconclusivo e sugere a necessidade de melhor se entenderem as características da prestação pública e privada em Portugal e a sua articulação. Esta caracterização deve procurar explicar a diferença entre o peso dos gastos com recursos humanos (reflete o tipo de cuidados prestados, as características laborais do emprego em saúde, ou ambas?) por outro lado, importa não esquecer que estes indicadores não incluem o trabalho independente e por conta própria, e sabe-se que a atividade privada em saúde em Portugal, em parte, baseia-se precisamente neste enquadramento laboral. Em suma, a evidência destaca a importância da boa gestão pública dos recursos humanos (pela responsabilidade de empregador e de prestador de cuidados) e o facto de a despesa com o capital humano em Portugal estar abaixo da generalidade dos países desenvolvidos.

Tabela 4.1 – despesa total e em RHS no SNS e em Portugal (2010-2015) – valores %

	COLUNA A DESPESA RHS / DESPESA EM SAÚDE – TOTAL	COLUNA B DESPESA RHS / DESPESA EM SAÚDE – SNS	COLUNA C DESPESA SNS EM RHS / DESPESA TOTAL EM RHS (%)	COLUNA D DESPESA SNS / TOTAL DESPESA SAÚDE (%)
2010	33,2	38,3	67,2	58,1
2011	32,4	36,6	64,6	57,1
2012	32,8	37,4	64,9	56,8
2013	34,2	38,9	65,5	57,5
2014	33,7	38,4	65,9	57,8
2015	*33,1	38,1	*65,0	56,5

Legenda:

Elaboração dos autores.

A seleção dos anos teve por base a disponibilidade de informação.

Coluna A calculada através do indicador “despesa corrente em saúde” (INE, Conta Satélite da Saúde. Consultado via Pordata no dia 14 de março de 2018) e do indicador “remuneração dos empregados (ordenados e salários + contribuições sociais dos empregadores)” (exclui trabalhadores por conta própria ou em regime de prestação de serviços. INE, Contas Nacionais 2017. Consultado no dia 14 de março de 2018). * valor calculado com base em projeção para 2015.

Coluna B calculada através do indicador “despesa corrente do SNS” e do indicador “despesa com pessoal” (PPPs excluídas) (ACSS. Consultado via Pordata no dia 14 de março de 2018).

Coluna C calculada através da proporção dos indicadores “despesa com pessoal” referente ao SNS (PPPs excluídas) (ACSS. Consultado via Pordata no dia 14 de março de 2018) “remuneração dos empregados (ordenados e salários + contribuições sociais dos empregadores)” referente ao setor público e privado (INE, Contas Nacionais 2017. Consultado no dia 14 de março de 2018). * valor calculado com base em projeção para 2015.

Coluna D calculada através do indicador “despesa corrente do SNS” (ACSS. Consultado via Pordata no dia 14 de março de 2018) e “despesa corrente em saúde” (INE, Conta Satélite da Saúde. Consultado via Pordata no dia 14 de março de 2018).

^(k) Os valores de Portugal e da média internacional excluem a despesa com prestação de serviços.

4.4 O que se conhece sobre cada grupo de RHS em Portugal?^(l)

a) Médicos

Embora seja recorrente a ideia de que, por comparação a valores internacionais, há excesso de médicos em Portugal, na verdade não se sabe exatamente qual o número de profissionais em exercício (total e por especialidade), nem quantos estão disponíveis para exercer no conjunto dos setores público e privado. A contagem nominal diz respeito ao universo de médicos habilitados (internos e especialistas), registados na Ordem dos Médicos, o que não traduz, em cada ano, quantos deles exercem atividade e qual a atividade exercida. Acresce ainda viés causado pela desatualização destes registos por situações de óbito. Além disso, importa salientar que cada país adota o seu próprio critério sobre a inclusão, ou não, de médicos internos dificultando, também por essa via, a comparação internacional da força de trabalho médico.

Se no SNS essa falta de informação é suprida pela ACSS, no setor privado a literatura não tem conseguido apresentar estimativas consensuais do número de médicos em exercício devido à falta de informação confiável e do multiemprego.

Não obstante este problema no diagnóstico de necessidade (quantos médicos são precisos e onde) e disponibilidade (quantos médicos existem e onde), é consensual que a oferta pré-graduada em medicina cresceu desde 2001 por via do aumento do *numerus clausus* e da abertura de novos cursos, após o desequilíbrio entre a oferta e a procura do SNS nos anos anteriores.^(m)

A literatura consultada insiste na ideia de que o ritmo de crescimento de estudantes de medicina em Portugal e daqueles que estudam no estrangeiro e têm interesse em exercer em Portugal supera muito a oferta de formação pós-graduada (o acesso ao internato médico) e a absorção pelo mercado de trabalho. Ainda que o número de internos tenha aumentado a um ritmo crescente, inclusive nos anos em que a crise económica e financeira mais se fez sentir, o facto é que o ritmo de crescimento de candidatos aumentou a um nível superior, levando a que um crescente número de alunos não tenha acesso ao internato médico.⁽ⁿ⁾

No período mais recente, de 2015 a 2017, o número de médicos no SNS aumentou 7,1%, valor que está acima da variação global dos RHS. Destes, 7,7% são especialistas e 6% internos (tabela 4.2). As horas de trabalho médico também variaram positivamente e esse aumento foi superior à variação do número de profissionais: horas de trabalho dos especialistas variaram 7,8% e dos internos 6,3%. Percebe-se ainda a importância do regime de prestação de serviço, que, somado ao trabalho assalariado, traduz uma variação de 15,5% nas horas de trabalho médico (mais do dobro da variação das horas trabalhadas pelo conjunto de profissionais de saúde que se situou nos 6,3%).

^(l) Para efeitos de organização da informação opta-se pela taxonomia seguida pela ACSS a que acresce a informação sobre os médicos dentistas. A categoria "outros profissionais" é incluída na análise dos técnicos superiores de saúde.

^(m) Em 2015, Portugal foi o 5.º país da OCDE com maior número de licenciados em medicina nesse ano (15,9/100.000 hab) (3).

⁽ⁿ⁾ Entre 2010 e 2017 o SNS registou um crescimento médio anual de 7,4% internos do ano comum e 4,3% internos de especialidade. Contudo, a abertura anual de vagas apresentou oscilações, tendo inclusive variado -0,5% entre 2013/2014 e -2,7% entre 2015/2016. Embora entre 2016 e 2018 o número de novas vagas tenha voltado a crescer em 12%, o número de candidatos que, nesse período, não foram colocados subiu 381% (de 147 candidatos em 2016 a 708 candidatos em 2018) ⁽⁴⁾.

Tabela 4.2 – Evolução do número de médicos (especialistas e internos) e de horas contratualizadas no SNS

		2015	2017	VARIAÇÃO 2015-2017 (%)
Médicos s/ internos	Nº	17.943	19.323	7,7
	CH (s/prestação serviço)	672.723	725.520	7,8
Médicos internos	Nº	8.758	9.286	6,0
	CH (s/prestação serviço)	349.222	371.305	6,3
Total médicos	Nº	26.701	28.609	7,1
	CH (c/prestação serviço)	3.871.971	4.472.594	15,5
Total RHS	Nº	126.212	131.998	4,6
	CH (c/prestação serviço)	7.768.846	8.256.492	6,3

Legenda:

Elaboração dos autores com base em dados da ACSS.

Os valores representam o registo a 31/12. Ambos os indicadores incluem os hospitais PPP. No caso do número de trabalhadores (N.º – medida dos contratos) exclui-se o trabalho em regime de prestação de serviço. No caso da carga horária (CH – medida das horas contratualizadas) inclui-se o trabalho em regime de prestação de serviço para o total de médicos.

Nota: O volume de horas de prestações de serviços médicos para o ano 2015 é constituído por duas parcelas: a) Valores para as entidades EPE, com base em reportes no âmbito da monitorização realizada em 2015, e b) Valores para as entidades SPA, estimados considerando a mesma proporção relativamente às EPE ocorrida em 2016 (primeiro ano com dados de prestações de serviço médicas para todas as entidades).

Não obstante este aumento, que vem acentuar uma tendência já consistente com anos anteriores, a distribuição de médicos – geográfica e por especialidades – é referida na literatura como um dos principais problemas da profissão médica, além do facto de este ser o grupo profissional da saúde mais envelhecido.^(o)

Os sucessivos governos têm mostrado dificuldade em corrigir estas assimetrias. Ao longo dos anos foram seguidas diversas estratégias no SNS, sem que seja clara a base de evidência utilizada para a sua definição. Por outro lado, não se encontraram avaliações do seu impacto, positivo ou negativo, que justificassem a decisão sobre a sua continuidade ou cessação.^(p)

^(o) Medicina Geral e Familiar (MGF) e Saúde Pública estão entre as especialidades que a literatura refere como requerendo maior atenção no sentido de aumentar a sua disponibilidade e de melhorar a distribuição territorial. Apesar do crescimento mais acentuado de vagas em MGF nos últimos anos, o índice de envelhecimento destes especialistas é apontado como particularmente preocupante, fazendo com que, globalmente, os especialistas nos cuidados de saúde primários sejam mais velhos do que os especialistas nos hospitais. Outras especialidades em que tem havido registo de carência: anatomia patológica (sobretudo no interior e sul do país), psiquiatria (sobretudo no sul) e psiquiatria infantil (no território nacional), radiologia (no interior), anestesiologia, cirurgia vascular, dermatologia, endocrinologia, neurologia (na globalidade do território).

^(p) Algumas dessas estratégias incluem: 1) A contratação de profissionais estrangeiros: Teve início em 2008 e procurou colmatar necessidades imediatas, principalmente de especialistas de MGF, através de memorandos de entendimento com o Governo Cubano. Alguma literatura refere que foi insuficiente para cobrir as graves necessidades, além de nem todos os profissionais terem cumprido os prazos contratuais previstos. Não se encontrou literatura que refira a continuidade deste programa, nem a situação destes profissionais; 2) O regime excepcional de contratação de médicos aposentados pelo SNS: Teve início em 2010 e tem incluído tanto MGF como especialistas hospitalares. Constitui uma medida de curto-prazo com efeitos potencialmente perversos na necessária renovação geracional. De 2014 a 2016 contabiliza-se um aumento de 202 a 292 casos. 3) A contratação de especialistas para áreas carenciadas: Teve início em 2015 e estabeleceu os termos e as condições de atribuição de incentivos aos trabalhadores médicos contratados por estabelecimentos localizados em zona geográfica qualificada como carenciada. O estímulo de recrutamento e mobilidade aplicado pelo atual governo abrangeu 150 vagas com maior oferta em MGF, Medicina Interna, Anestesiologia e Ortopedia.

Apesar de o número de especialistas e de internos no SNS estar a aumentar, importa cruzar essa informação com a população residente para melhor enquadrar estes ganhos à luz da procura potencial de cuidados de saúde. O stock de médicos no SNS face à população residente em Portugal continental cresceu no caso dos especialistas (de 1,8 a 2/1.000 hab) e manteve-se inalterado no caso dos internos (0,9/1.000 hab), embora em ambos os casos as assimetrias regionais tenham aumentado. No caso dos especialistas, este aumento reflete diferenças no ritmo de crescimento, dado que, embora o aumento da disponibilidade tenha ocorrido na generalidade das regiões (à exceção do Alentejo), foi mais acentuado nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo e do Algarve. No caso dos internos, devido à estagnação da disponibilidade nas regiões do Alentejo e do Algarve face ao ligeiro aumento nas regiões Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo (tabelas 3 e 4).

Em traços gerais, é nas regiões do Alentejo e do Algarve que se regista a menor disponibilidade de médicos no SNS por habitantes, em contraste com a região de Lisboa e Vale do Tejo. As regiões Norte e Centro tendem a estar em linha com a média nacional.

**Tabela 4.3 – médicos especialistas
SNS/1.000 hab (regiões de saúde)**

	2015	2017
Portugal Continental*	1,8	2,0
Norte	1,9	2,0
Centro	1,8	1,9
LVT	1,9	2,1
Alentejo	1,4	1,4
Algarve	1,4	1,6
Desvio-padrão (5 regiões)	0,25	0,28

**Tabela 4.4 – médicos internos SNS/1.000
hab (regiões de saúde)**

	2015	2017
Portugal Continental*	0,9	0,9
Norte	0,9	1,0
Centro	0,9	1,0
LVT	0,9	1,0
Alentejo	0,6	0,6
Algarve	0,7	0,7
Desvio-padrão (5 regiões)	0,17	0,2

* Inclui serviços centrais do SNS

Nota: Os valores representam o registo de profissionais a 31/12. Inclui os hospitais PPP. Os cálculos populacionais representam estimativas. A estimativa de 2015 foi calculada com base na variação da população residente em Portugal continental entre 2011 e 2015 (-0,2% segundo o INE – medida central) medida a partir dos Censos 2011. A estimativa de variação foi aplicada às cinco regiões por igual. A estimativa de 2017 foi calculada com base na variação da população residente em Portugal continental entre 2015 e 2017 (-0,1% segundo o INE – medida central) medida a partir da estimativa da população residente em cada região em 2015. A estimativa de variação foi aplicada às cinco regiões. Estas operações estatísticas resultam do facto dos critérios aplicados à delimitação das regiões de saúde não terem correspondência direta ao critério geográfico utilizado pelo INE para o cálculo das estimativas populacionais.

Como se observa na tabela 4.2, o trabalho médico contratualizado (de especialistas e internos) cresceu globalmente 15,5% de 2015 a 2017, ainda que se encontrem diferenças regionais significativas (tabela 4.5). Nas regiões Norte e Lisboa e Vale do Tejo, o aumento da disponibilidade de efetivos pela população residente é acompanhado pelo aumento das horas contratualizadas (respetivamente, 12% e 28%).

Em contraponto, nas regiões Centro e Algarve, o aumento da disponibilidade de médicos não tem reflexo no aumento do trabalho médico (diminuiu -0,4% e -35,5%). Na região do Alentejo verifica-se que, não obstante a estagnação da disponibilidade de efetivos face à população, houve um aumento das horas de trabalho (em cerca de 12%).

O que estes dados mostram é que o aumento da disponibilidade de profissionais face à população não se repercute diretamente no aumento das horas contratualizadas, facto que justifica a necessidade de considerar também o peso do trabalho médico realizado por prestação de serviço. De facto, a variação das horas contratualizadas em prestação de serviço representou 69% da variação total do trabalho médico na região Norte, 33% na região Centro, 81% em Lisboa e Vale do Tejo, 85% no Alentejo e 80% no Algarve.

Tabela 4.5 – variação das horas de trabalho médico e peso das horas de trabalho médico em prestação de serviços na variação total das horas de trabalho médico no SNS 2015-2017 (%) *

	Variação do trabalho médico	Peso da prestação de serviços na variação das horas de trabalho médico
Norte	12,1	68,5
Centro	-0,4	33,2
LVT**	28,1	80,8
Alentejo	12,3	85,1
Algarve	-35,5	80,4

* O volume de horas de prestações de serviços médicas para o ano 2015 é constituído por duas parcelas: a) Valores para as entidades EPE, com base em reportes no âmbito da monitorização realizada em 2015; b) Valores para as entidades SPA, estimados considerando a mesma proporção relativamente às EPE ocorrida em 2016 (primeiro ano com dados de prestações de serviço médicas para todas as entidades).

** No ano de 2015, por falta de dados relativos ao Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca no sistema RHV, a soma das cargas horárias contratualizadas foi estimada considerando o número de trabalhadores e um período normal de trabalho de 36h/semana (PNT em vigor nesta entidade conforme o respetivo Acordo-Empresa).

Nota: Os valores representam o registo de carga horária (medida em horas) a 31/12. Inclui os hospitais PPP.

b) Médicos dentistas

A tendência nas últimas décadas foi de crescimento acentuado do número de profissionais habilitados para exercer, mesmo durante o período da crise económica e financeira. Este crescimento resultou da aposta realizada no final dos anos 90 de alargamento da oferta pré-graduada, mas também do fluxo de profissionais imigrantes rondar os 10%, valor superior ao registado noutras profissões de saúde.

Os dados sobre a emigração apontam para níveis sem expressão estrutural.

Não se encontraram dados referentes à disponibilidade de dentistas em exercício ativo, pelo que as contagens conhecidas não permitem avaliar a necessidade destes recursos. A leitura possível é que o número de dentistas em Portugal convergiu com a média internacional ⁽⁵⁾.

A oferta de médicos dentistas tende a concentrar-se no setor privado, enquanto no SNS continua residual. O reforço desta oferta pelo setor público, principalmente nos cuidados de saúde primários, constitui uma preocupação desde há vários anos, ainda que os avanços políticos nesta matéria tenham sido tímidos. O atual governo tem continuado esta aposta, nomeadamente com a proposta da criação de uma carreira de médico dentista no SNS e com o compromisso de reforço da contratação destes profissionais em 2018 e 2019.

c) Enfermeiros

A contagem do stock de enfermeiros apresenta problemas semelhantes aos já identificados relativamente aos médicos e médicos dentistas, o que impossibilita saber, com rigor, quantos estão em exercício e quantos estão disponíveis para exercer. Em síntese, está em causa a falta de informação sobre a situação face ao emprego e sobre o multiemprego que o registo na Ordem não revela. ^(q)

Ainda assim, é possível perceber que, tal como na generalidade dos países, a enfermagem representa o grupo de RHS mais numeroso em Portugal. Fez parte do conjunto de profissões de saúde em que houve um estímulo de reforço dos efetivos após a carência sentida nos anos 90. Este reforço ocorreu por via do aumento do *numerus clausus* e da abertura de novos cursos de formação pré-graduada em estabelecimentos públicos e privados, fazendo da enfermagem um dos RHS com mais baixo índice de envelhecimento no país.

A literatura coincide na ideia de que, ao longo dos anos, a oferta de enfermeiros tem vindo a superar a procura do SNS, não sendo possível saber o nível de absorção pelo setor privado: em primeiro lugar, porque o valor de 5,4% de enfermeiros que em 2016 declarou trabalhar na atividade privada estará sub-representado considerando que 29,7% não forneceu informação sobre o local de atividade ou se estava em exercício (tabela 4.6); em segundo lugar, novamente porque se desconhece a realidade do multiemprego nestes profissionais.

^(q) Os dados sobre a atividade profissional de 2016 mostra que apenas 45,9% dos enfermeiros registados na OE declarou como atividade a prestação de cuidados (gerais e especializados), enquanto 49,9% não mencionou a sua atividade ou não exercia atividade, 2,6% exerciam cargos de gestão, 1% exercia funções de ensino/investigação, formação e consultoria e 0,6% exercia outras atividades não discriminadas.

Tabela 4.6 – Distribuição dos enfermeiros inscritos na OE em 2016 por área de atuação

ÁREA DE ATUAÇÃO	Nº	%
HOSPITAIS	35.809	51,4
CENTROS DE SAÚDE	7.470	10,7
Sub-total		62,1
ESTABELECIMENTO PRISIONAL/FORÇAS DE SEGURANÇA	148	0,2
SERVIÇO PREVENÇÃO TRATAMENTO TOXICODEPENDÊNCIA	165	0,2
Sub-total		0,4
CLÍNICAS/ESTAB. PRIVADOS DE SAÚDE	1.450	2,1
INSTITUTOS PARTICULAR DE SOLIDARIEDADE SOCIAL	593	0,9
LARES/CASA DE SAÚDE	636	0,9
EXERCÍCIO LIBERAL	1.114	1,6
Sub-total		5,4
ESTABELECIMENTO DE ENSINO DE ENFERMAGEM	711	1,0
APOSENTADOS	647	0,9
OUTROS	253	0,4
DESCONHECIDO	20.686	29,7
Total	69.682	100,0

* O volume de horas de prestações de serviços médicos para o ano 2015 é constituído por duas parcelas: a) Valores para as entidades EPE, com base em reportes no âmbito da monitorização realizada em 2015; b) Valores para as entidades SPA, estimados considerando a mesma proporção relativamente às EPE ocorrida em 2016 (primeiro ano com dados de prestações de serviço médicos para todas as entidades).

** No ano de 2015, por falta de dados relativos ao Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca no sistema RHV, a soma das cargas horárias contratualizadas foi estimada considerando o número de trabalhadores e um período normal de trabalho de 36h/semana (PNT em vigor nesta entidade conforme o respetivo Acordo-Empresa).

Nota: Os valores representam o registo de carga horária (medida em horas) a 31/12. Inclui os hospitais PPP.

Apesar de se referir com frequência que a degradação das condições laborais, o desemprego e o aumento da emigração se acentuaram nos últimos anos neste grupo profissional como consequência dos efeitos da crise económica e financeira, não só falta mais evidência sobre o tema, como a origem do agravamento da situação laboral dos enfermeiros deveria, provavelmente, ser remetida para o período após 2002, ano em que se introduziram no setor público os contratos individuais de trabalho.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Ver Stoleroff e Correia⁽⁶⁾ e Correia⁽⁷⁾ sobre questões laborais e Pereira⁽⁸⁾ sobre o tema da emigração.

Com efeito, a tentativa de estabilização e dignificação do trabalho em enfermagem que, em 2009, culminou com a revisão das carreiras de enfermagem, rapidamente foi posta em causa pelo momento político associado ao resgate financeiro a Portugal.

Entre 2010 e 2015 registaram-se perdas nos efetivos no SNS. De 2015 a 2017 verificou-se uma tendência de crescimento dos efetivos de enfermagem com um valor superior ao crescimento médio de efetivos no SNS: 7,2% e 4,6% respetivamente (tabela 4.7). Em todo o caso, este aumento não se refletiu proporcionalmente no aumento do trabalho de enfermagem (a variação das horas contratualizadas foi 0,1%), sendo a razão mais plausível a redução do período normal de trabalho aplicável aos profissionais em funções públicas das 40 horas para as 35 horas semanais. Significa, portanto, que o aumento nominal destes profissionais em 2 anos – na ordem dos 3.000 – apenas terá permitido colmatar o efeito da alteração à legislação laboral, não tendo tido reflexo na maior disponibilidade destes profissionais. Este facto deve ser tomado em consideração na avaliação da necessidade de contratação de enfermeiros para o SNS.

A literatura vem sublinhando o facto de o stock de enfermeiros continuar abaixo das necessidades de trabalho, sobretudo nos cuidados de saúde primários (CSP), referindo ainda situações decorrentes da sobrecarga dos profissionais disponíveis (devido à acumulação de trabalho suplementar a compensar em tempo), da necessidade de reforço da progressão das carreiras e da excessiva rotatividade destes profissionais devido a processos de mobilidade e de precariedade laboral.^(s)

Tabela 4.7 – Evolução do número de enfermeiros e horas contratualizadas no SNS

		2015	2017	VARIAÇÃO 2015-2017 (%)
Enfermeiros	Nº	40.615	43.559	7,2
	CH (s/prestação serviço)	1.592.910	1.594.765	0,1
Total RHS	Nº	126.212	131.998	4,6
	CH (c/prestação serviço)	7.768.846	8.256.492	6,3

Legenda:

Elaboração dos autores com base em dados da ACSS.

Os valores representam o registo a 31/12. Ambos os indicadores incluem os hospitais PPP. O número de enfermeiros (N.º – medida dos contratos) e a sua carga horária (CH – medida das horas contratualizadas) exclui o trabalho em regime de prestação de serviço por indisponibilidade de informação e inclui os serviços centrais do SNS (no ano de 2015, por falta de dados relativos à Direção-Geral da Saúde (DGS) e à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) no sistema RHV, não foram incluídas as cargas horárias dos respetivos trabalhadores).

^(s) Apesar do crescimento de enfermeiros nos CSP e na RNCCI, a literatura insiste que a disponibilidade continua muito abaixo das necessidades para melhorar estruturalmente o acesso e oferecer a abordagem holística pretendida. Encontra-se indicação de que 30% de enfermeiros no total de 1041 RHS no SNS afetos a cuidados paliativos em 2016 mostram as lacunas de disponibilidade nesta valência.

Tabela 4.8 – enfermeiros SNS/1.000 hab (regiões de saúde)

	2015	2017
Portugal Continental*	4,1	4,5
Norte	3,9	4,2
Centro	4,5	4,8
LVT	4,1	4,4
Alentejo	4,1	4,4
Algarve	4,2	4,5
Desvio-padrão (5 regiões)	0,23	0,21

* Inclui serviços centrais do SNS.

Nota: Os valores representam o registo de profissionais a 31/12. Inclui os hospitais PPP. Os cálculos populacionais representam estimativas. A estimativa de 2015 foi calculada com base na variação da população residente em Portugal continental entre 2011 e 2015 (-0,2% segundo o INE – medida central) medida a partir dos Censos 2011.

A estimativa de variação foi aplicada às cinco regiões por igual. A estimativa de 2017 foi calculada com base na variação da população residente em Portugal continental entre 2015 e 2017 (-0,1% segundo o INE – medida central) medida a partir da estimativa da população residente em cada região em 2015. A estimativa de variação foi aplicada às cinco regiões. Estas operações estatísticas resultam do facto dos critérios aplicados à delimitação das regiões de saúde não terem correspondência direta ao critério geográfico utilizado pelo INE para o cálculo das estimativas populacionais.

Tabela 4.9 – Variação das horas de trabalho de enfermagem no SNS 2015-2017 (%) *

Norte	0,8
Centro	-2,6
LVT**	0,8
Alentejo	-1,0
Algarve	0,7

* Exclui prestação de serviços por indisponibilidade de informação.

** No ano de 2015, por falta de dados relativos ao Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca no sistema RHV, a soma das cargas horárias contratualizadas foi estimada considerando o número de trabalhadores e um período normal de trabalho de 36h/semana (PNT em vigor nesta entidade conforme o respetivo Acordo-Empresa).

Nota: Os valores representam o registo de carga horária (medida em horas) a 31/12. Inclui os hospitais PPP.

De facto, o aumento de enfermeiros não revela os fluxos internos no SNS, sobretudo entre os cuidados hospitalares e primários. Se a tendência habitual era no sentido da atratividade dos prestadores hospitalares, nos últimos anos encontra-se indicação da maior atratividade dos CSP em virtude do modelo de trabalho das USF-B. Contudo, se por um lado, o argumento é que o stock de enfermeiros nos CSP continua a não ser suficiente, por outro, é que começa a haver falta de stock de enfermeiros nos cuidados hospitalares.

A análise mostra que o crescimento de profissionais ocorrido de 2015 a 2017 se reflete no aumento acentuado da disponibilidade face à população residente em todas as regiões. Em termos médios, o valor cresceu de 4,0 para 4,5 enfermeiros no SNS/1.000 hab (tabela 4.8). Além disso, a dispersão diminuiu, o que significa uma trajetória de correção de assimetrias geográficas na disponibilidade destes profissionais. A maior disponibilidade regista-se destacadamente na região Centro, enquanto a menor disponibilidade regista-se na região Norte. Em Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve os valores estão em linha com a média continental.

A análise regional das horas contratualizadas (tabela 4.9) permite perceber que, não obstante o aumento da disponibilidade de enfermeiros, a região Centro e Alentejo apresentam uma redução do trabalho de enfermagem (-2,6% e -1%, respetivamente), enquanto nas restantes os ganhos foram marginais.

Um outro problema, que recentemente ganhou visibilidade na agenda pública, diz respeito à dificuldade de conhecer a disponibilidade, e a consequente necessidade, de enfermeiros especialistas no país. A Ordem emite o título de especialista em seis áreas e em 2016 e 2017 a percentagem de enfermeiros especialistas foi 22,5% e 23,6% respetivamente, registando-se, nos dois anos, um maior número de enfermeiros na especialização em reabilitação, seguida da especialização médico-cirúrgica, saúde materna e obstetrícia, enfermagem na comunidade, saúde infantil e pediátrica e, por último, saúde mental e psiquiátrica (tabela 4.10).

Tabela 4.10 – Enfermeiros especialistas em Portugal

	2016	%	2017	%
Reabilitação	3.350	21,3	3.654	21,5
Médico-cirúrgica	3.135	20,0	3.541	20,9
Saúde Materna e Obstétrica	2.694	17,2	2.788	16,4
Enfermagem na comunidade	2.479	15,8	2.622	15,4
Saúde Infantil e pediátrica	2.291	14,6	2.461	14,5
Saúde Mental e Psiquiátrica	1.747	11,1	1.906	11,2
N.º especialistas	15.696	100,0	16.972	100,0
N.º generalistas	53.986		54.863	
N.º Total enfermeiros	69.682		71.835	
% Enfermeiros especialistas	22,5%		23,6%	

Legenda:

Elaboração dos autores com base nos dados da OE.

Os dados de 2016 dizem respeito aos inscritos a 31/12/2016 (acedido a 21 de março de 2018).

Os dados de 2017 dizem respeito aos inscritos a 31/12/2017 (acedido a 28 de fevereiro de 2018).

Desde a revisão das carreiras de enfermagem de 2009 que os empregadores do SNS deixaram de atualizar, de forma sistemática, a obtenção dos títulos de especialidade nos cadastros de enfermagem, não existindo, de igual modo, a preocupação de registar se a atividade desempenhada se encontra, ou não, a um nível de prática especializada.

Este problema também revela a dificuldade de estimar as necessidades prospetivas de enfermeiros especialistas nas diferentes áreas (qual o número ideal nas várias valências e porquê?), com eventual impacto em desequilíbrios do mercado de trabalho, e sugere uma utilização ineficiente destas competências.

d) Técnicos Superiores de Saúde

Inclui os ramos de engenharia sanitária, física hospitalar, psicologia clínica, veterinária, nutrição, laboratório, genética e farmácia.^(t) A principal evidência diz respeito à quase total ausência de informação sobre a sua disponibilidade e atividade no país de uma forma desagregada.

Nas últimas décadas, segundo a literatura, a oferta destas profissões supera a procura do SNS, não obstante o aumento agregado destes efetivos no SNS e não sendo claro o nível de absorção pelo setor privado. Sabe-se ainda que o crescimento de nutricionistas e psicólogos nos CSP continua longe de permitir cumprir a visão política de reforço deste nível de cuidados. No seu conjunto, este grupo profissional apresenta índices de envelhecimento relativamente baixos, o que significa um processo de renovação geracional constante. Ainda assim, à exceção dos farmacêuticos^(u), não se conhecem caracterizações sociodemográficas de cada profissão, dificultando a compreensão de necessidades prospetivas tanto no SNS como no setor privado.

A literatura refere o tendencial aumento da disponibilidade de farmacêuticos em exercício ativo especificamente na prestação de cuidados, mesmo durante o período da crise, convergindo com a disponibilidade média internacional: em 2000, havia 0,6 farmacêuticos em exercício/1.000 hab na média de países da OCDE, enquanto esse valor em Portugal era 0,4; em 2016, o valor médio da OCDE coincide com o registado em Portugal: 0,9 farmacêuticos em exercício/1.000 hab (OCDE, 2018). Parte significativa dos farmacêuticos (cerca de 2/3) exerciam no setor privado em farmácias comunitárias.

Especificamente no SNS, a leitura da disponibilidade dos técnicos superiores de saúde (TSS) deve ser agregada à categoria “outros profissionais”, em virtude de a estagnação da revisão das carreiras profissionais ter obrigado à contratação destes profissionais através daquele grupo. O stock agregado de técnicos superiores de saúde e outros profissionais registou um aumento de 6,9% entre 2015 e 2017, que está acima do aumento agregado de RHS no SNS, ainda que os ganhos de carga horária tenham sido marginais (0,8%). Por outras palavras, o aumento nominal destes recursos humanos não se traduziu diretamente no aumento do tempo de trabalho (tabela 4.11). Como já referido, a explicação plausível para esta diferença reside na alteração da lei laboral para os trabalhadores em funções públicas (passagem das 40h para 35h semanais), o que deve ser tomado em consideração na avaliação da necessidade futura de contratação destes profissionais para o SNS.

Quanto à disponibilidade face à população, os dados apontam para a estagnação com um reflexo marginal na atenuação da dispersão geográfica. A menor disponibilidade verifica-se na região Norte e a maior nas regiões do Alentejo e Algarve. No conjunto do continente, que inclui os serviços centrais do SNS, o aumento destes profissionais cresceu marginalmente face à população residente: de 0,8 para 0,9 técnicos superiores de saúde e outros profissionais no SNS/1.000 habitantes (tabela 4.12).

^(t) No dia 1 de setembro de 2017 entraram em vigor dois decretos-leis que estabeleceram o regime legal da carreira especial farmacêutica na Administração Pública e os requisitos de habilitação profissional para integração nessa carreira (Decreto-Lei n.º 108/2017 – Diário da República n.º 167/2017, Série I de 30.08.2017), assim como o regime da carreira farmacêutica nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde integradas no SNS (Decreto-Lei n.º 109/2017 – Diário da República n.º 167/2017, Série I de 30.08.2017). Desde essa data que os farmacêuticos hospitalares passaram a ter uma carreira específica.

^(u) Idem nota de rodapé anterior.

A análise regional da variação das horas contratualizadas volta a refletir os impactos da redução do tempo normal de trabalho para as 35h/semana: diminui nas regiões Algarve (-7,7%), Alentejo (-6,2%), Centro (-4,5%) e LVT (-0,5%) (tabela 4.13).

Tabela 4.11 – Evolução do número de técnicos superiores de saúde e outros profissionais e horas contratualizadas no SNS

		2015	2017	VARIAÇÃO 2015-2017 (%)
Técnicos Superiores de Saúde (TSS)	N.º	1.706	1.713	0,4
	CH (s/prestação serviço)	66.506	61.196	-8,0
Outros	N.º	6.615	7.178	8,5
	CH (s/prestação serviço)	251.849	259.663	3,1
TSS + Outros	N.º	8.321	8.891	6,9
	CH (s/prestação serviço)	318.355	320.858	0,8
Total RHS	N.º	126.212	131.998	4,6
	CH (c/prestação serviço)	7.768.846	8.256.492	6,3

Legenda:

Elaboração dos autores com base em dados da ACSS.

Os valores representam o registo a 31/12. Ambos os indicadores incluem os hospitais PPP. O número de TSS e outros profissionais (N.º – medida dos contratos) e as suas cargas horárias (CH – medida das horas contratualizadas) excluem o trabalho em regime de prestação de serviço por indisponibilidade de informação e inclui os serviços centrais do SNS (no ano de 2015, por falta de dados relativos à Direção-Geral da Saúde (DGS) e à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) no sistema RHV, não foram incluídas as cargas horárias dos respetivos trabalhadores).

Tabela 4.12 – Número de técnicos superiores de saúde e outros profissionais no SNS/1.000 hab (regiões de saúde)

	2015	2017
Portugal Continental*	0,8	0,9
Norte	0,6	0,6
Centro	0,7	0,7
LVT	0,7	0,7
Alentejo	0,8	0,8
Algarve	0,8	0,8
Desvio-padrão (5 regiões)	0,10	0,09

* Inclui serviços centrais do SNS.

Nota: Os valores representam o registo de profissionais a 31/12. Inclui os hospitais PPP. Os cálculos populacionais representam estimativas. A estimativa de 2015 foi calculada com base na variação da população residente em Portugal continental entre 2011 e 2015 (-0,2% segundo o INE – medida central) medida a partir dos Censos 2011.

A estimativa de variação foi aplicada às 5 regiões por igual. A estimativa de 2017 foi calculada com base na variação da população residente em Portugal continental entre 2015 e 2017 (-0,1% segundo o INE – medida central) medida a partir da estimativa da população residente em cada região em 2015.

A estimativa de variação foi aplicada às 5 regiões. Estas operações estatísticas resultam do facto dos critérios aplicados à delimitação das regiões de saúde não terem correspondência direta ao critério geográfico utilizado pelo INE para o cálculo das estimativas populacionais.

Tabela 4.13 – Variação das horas de trabalho de técnicos superiores de saúde e outros profissionais no SNS 2015-2017 (%)*

Norte	2,9
Centro	-4,5
LVT**	-0,5
Alentejo	-6,2
Algarve	-7,7

* Exclui prestação de serviços por indisponibilidade de informação

** No ano de 2015, por falta de dados relativos ao Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca no sistema RHV, a soma das cargas horárias contratualizadas foi estimada considerando o número de trabalhadores e um período normal de trabalho de 36h/semana (PNT em vigor nesta entidade conforme o respetivo Acordo-Empresa).
Nota: Os valores representam o registo de carga horária (medida em horas) a 31/12. Inclui os hospitais PPP.

e) Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica^(v)

Inclui as profissões de técnico de análises clínicas e de saúde pública, técnico de anatomia patológica, citologia e tanatologia, técnico de audiologia, técnico de cardiopneumologia, técnico de farmácia, fisioterapeuta, higienista oral, técnico de medicina nuclear, técnico de neurofisiologia, ortoptista, ortoprotésico, técnico de prótese dentária, técnico de radiologia, técnico de radioterapia, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional e técnico de saúde ambiental. A principal evidência diz respeito à quase total ausência de informação sobre a disponibilidade e atividade no país. Uma vez mais, a questão prende-se com o facto do universo de profissionais habilitados não refletir a disponibilidade para exercer nem o exercício ativo. A contabilização da atividade no SNS é relativamente fácil de obter, o que contrasta com o trabalho no setor privado.

Entre a pouca informação fornecida pela literatura inclui-se a referência à inconsistência da contagem dos fisioterapeutas em exercício ativo e à diminuição dos técnicos de farmácia como resultado da contração desta indústria após 2008. Sabe-se que o grupo das tecnologias de diagnóstico e terapêutica foi incluído no leque de profissões de saúde relativamente ao qual, no final dos anos 90, se alargou a formação pré-graduada, tanto pela oferta pública como privada, embora este alargamento não tenha tido em conta a capacidade de absorção no mercado de trabalho.

Entre 2002 e 2009, registou-se um aumento no conjunto destes profissionais no SNS, embora com oscilações. No período da crise houve uma diminuição, voltando a verificar-se alguma recuperação entre 2015 e 2017: +3,2%. O ritmo deste crescimento esteve abaixo do crescimento global de RHS e não terá sido suficiente para refletir um aumento do trabalho destes profissionais: as horas contratadas diminuíram -4% (tabela 4.14). À semelhança dos demais grupos profissionais, a explicação mais plausível para esta diferença reside na redução para as 35h/semana dos trabalhadores em funções públicas, o que deve estar presente na avaliação imediata das necessidades destes recursos humanos no SNS.

^(v) Através do Decreto-Lei n.º 110/2017, de 31 de agosto, foi estabelecido o regime legal da carreira aplicável aos técnicos superiores das áreas de diagnóstico e terapêutica, em regime de contrato de trabalho nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde integradas no SNS e os respetivos requisitos de habilitação profissional e percurso de progressão profissional e de diferenciação técnico-científica. Através do Decreto-Lei n.º 111/2017, de 31 de agosto, foi estabelecido o regime legal da carreira especial de técnico superior das áreas de diagnóstico e terapêutica e os requisitos de habilitação profissional.

Tabela 4.14 – Evolução do número de técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica e horas contratualizadas no SNS

		2015	2017	VARIAÇÃO 2015-2017 (%)
Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	N.º	7.955	8.206	3,2
	CH (s/prestação serviço)	310.602	298.188	-4,0
Total RHS	N.º	126.212	131.998	4,6
	CH (c/prestação serviço)	7.768.846	8.256.492	6,3

Legenda:

Elaboração dos autores com base em dados da ACSS.

Os valores representam o registo a 31/12. Ambos os indicadores incluem os hospitais PPP. O número de TSDT (N.º – medida dos contratos) e a sua carga horária (CH – medida das horas contratualizadas) exclui o trabalho em regime de prestação de serviço por indisponibilidade de informação e inclui os serviços centrais do SNS (no ano de 2015, por falta de dados relativos à Direção-Geral da Saúde (DGS) e à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) no sistema RHV, não foram incluídas as cargas horárias dos respetivos trabalhadores).

Tabela 4.15 – Número de técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica no SNS/1.000 hab (regiões de saúde)

	2015	2017
Portugal Continental*	0,8	0,8
Norte	0,6	0,7
Centro	0,8	0,8
LVT	0,9	0,9
Alentejo	0,9	0,9
Algarve	0,9	1,0
Desvio-padrão (5 regiões)	0,13	0,13

* Inclui serviços centrais do SNS.

Nota: Os valores representam o registo de profissionais a 31/12. Inclui os hospitais PPP. Os cálculos populacionais representam estimativas. A estimativa de 2015 foi calculada com base na variação da população residente em Portugal continental entre 2011 e 2015 (-0,2% segundo o INE – medida central) medida a partir dos Censos 2011.

A estimativa de variação foi aplicada às cinco regiões por igual. A estimativa de 2017 foi calculada com base na variação da população residente em Portugal continental entre 2015 e 2017 (-0,1% segundo o INE – medida central) medida a partir da estimativa da população residente em cada região em 2015. A estimativa de variação foi aplicada às cinco regiões. Estas operações estatísticas resultam do facto dos critérios aplicados à delimitação das regiões de saúde não terem correspondência direta ao critério geográfico utilizado pelo INE para o cálculo das estimativas populacionais.

Tabela 4.16 – Variação das horas de trabalho de técnicos de diagnóstico e terapêutica no SNS 2015-2017 (%) *

Norte	-2,1
Centro	-5,0
LVT**	-4,5
Alentejo	-3,0
Algarve	-3,5

* Exclui prestação de serviços por indisponibilidade de informação.

** No ano de 2015, por falta de dados relativos ao Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca no sistema RHV, a soma das cargas horárias contratualizadas foi estimada considerando o número de trabalhadores e um período normal de trabalho de 36h/semana (PNT em vigor nesta entidade conforme o respetivo Acordo-Empresa).

Nota: Os valores representam o registo de carga horária (medida em horas) a 31/12. Inclui os hospitais PPP.

Percebe-se que o aumento do stock de TSDT no SNS não teve expressão significativa em relação à população residente: manteve-se a 0,8/1.000 hab. A maior disponibilidade encontra-se no Algarve, que registou um crescimento marginal, e a menor na região Norte, embora também tenha registado crescimento (tabela 4.15). A análise das horas contratualizadas mostra, por sua vez, uma evolução negativa nas cinco regiões: -5% na região Centro, -4,5% em LVT, -3,5% no Algarve, -3% no Alentejo e -2,1% na região Norte (tabela 4.16).

A conflitualidade em torno do processo de revisão destas carreiras especiais esteve bastante presente na agenda pública até meados de 2017, situação que, entretanto, parece ter sido ultrapassada, pese embora não seja ainda conhecida a regra de transição que permitirá aos profissionais que já se encontravam em exercício a integração no novo regime. Não se conhece a situação laboral nos prestadores privados. Estas profissões no seu conjunto apresentam índices de envelhecimento relativamente baixos no SNS, enquanto no setor privado também não se conhece qualquer caracterização sociodemográfica dos ativos.

f) Assistentes técnicos

São exemplos de funções que se inserem nesta categoria as de secretário clínico e de administrativo. A principal evidência a que a literatura se refere diz respeito à falta de informação sobre disponibilidade e atividade destes profissionais. A contabilização da atividade no SNS é relativamente fácil de obter, o que contrasta com o trabalho no setor privado.

Não se conhecem caracterizações sociodemográficas destes ativos no SNS nem no setor privado, não sendo, por isso, possível antever qual a necessidade de renovação geracional. Alguma literatura tem reportado a falta destes RHS nos CSP cujos efeitos são sentidos no funcionamento administrativo das organizações. De 2015 a 2017 o número de efetivos registou uma diminuição de -0,5%, que se torna ainda mais significativa percebendo que as horas de trabalho diminuíram -8,5% (tabela 4.17). A redução marginal dos efetivos associada à alteração da lei laboral para as 35h/semana traduz-se na necessidade imediata de reforço do stock destes profissionais.

Face à população residente, a distribuição geográfica destes efetivos permaneceu inalterada (ocorreu um ligeiro aumento no Algarve). As regiões do Alentejo e Algarve apresentam a maior disponibilidade em relação à população residente, por contraste à região Norte e Lisboa e Vale do Tejo (tabela 4.18). A análise regional das horas de trabalho mostra reduções nas cinco regiões (tabela 4.19).

Tabela 4.17 – Evolução do número de assistentes técnicos e horas contratualizadas no SNS

		2015	2017	VARIAÇÃO 2015-2017 (%)
Assistentes Técnicos	N.º	16.496	16.416	-0,5
	CH (s/prestação serviço)	648.782	593.536	-8,5
Total RHS	N.º	126.212	131.998	4,6
	CH (c/prestação serviço)	7.768.846	8.256.492	6,3

Legenda:

Elaboração dos autores com base em dados da ACSS.

Os valores representam o registo a 31/12. Ambos os indicadores incluem os hospitais PPP. O número de TSDT (N.º – medida dos contratos) e a sua carga horária (CH – medida das horas contratualizadas) exclui o trabalho em regime de prestação de serviço por indisponibilidade de informação e inclui os serviços centrais do SNS (no ano de 2015, por falta de dados relativos à Direção-Geral da Saúde (DGS) e à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) no sistema RHV, não foram incluídas as cargas horárias dos respetivos trabalhadores).

Tabela 4.18 – Número de assistentes técnicos no SNS/1.000 hab (regiões de saúde)

	2015	2017
Portugal Continental*	1,7	1,7
Norte	1,5	1,5
Centro	1,7	1,7
LVT	1,6	1,6
Alentejo	1,9	1,9
Algarve	1,8	1,9
Desvio-padrão (5 regiões)	0,18	0,17

* Inclui serviços centrais do SNS.

Nota: Os valores representam o registo de profissionais a 31/12. Inclui os hospitais PPP. Os cálculos populacionais representam estimativas. A estimativa de 2015 foi calculada com base na variação da população residente em Portugal continental entre 2011 e 2015 (calculada pelo INE – medida central) apurada nos Censos 2011 (-0,2%), a qual foi aplicada às cinco regiões. A estimativa de 2017 foi calculada com base na variação da população residente em Portugal continental entre 2015 e 2017 (calculada pelo INE – medida central) (-0,1%), a qual foi aplicada às cinco regiões.

Estas operações estatísticas resultam do facto dos critérios aplicados à delimitação das regiões de saúde não terem correspondência direta ao critério geográfico utilizado pelo INE para o cálculo das estimativas populacionais.

Tabela 4.19 – Variação das horas de trabalho de assistentes técnicos no SNS 2015-2017 (%) *

Norte	-6,3
Centro	-8,7
LVT**	-7,5
Alentejo	-9,4
Algarve	-6,5

* Exclui prestação de serviços por indisponibilidade de informação

** No ano de 2015, por falta de dados relativos ao Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca no sistema RHV, a soma das cargas horárias contratualizadas foi estimada considerando o número de trabalhadores e um período normal de trabalho de 36h/semana (PNT em vigor nesta entidade conforme o respetivo Acordo-Empresa)

Nota: Os valores representam o registo de carga horária (medida em horas) a 31/12. Inclui os hospitais PPP.

g) Assistentes Operacionais

São exemplos de funções que se inserem nesta categoria as de apoio à prestação de cuidados e as de apoio geral (condução de viaturas, transporte de mercadorias, vigilância, etc.). A principal evidência diz respeito à ausência de dados sobre a relação entre a disponibilidade (incluindo o total de efetivos no país, a sua distribuição por prestadores, os processos e ritmos de entrada e de saída da profissão) e necessidade, tanto no SNS como no setor privado.

Não se conhecem caracterizações sociodemográficas destes ativos a partir da literatura, quer no SNS quer no setor privado, não sendo possível antever qual a necessidade de renovação geracional. Este facto é por si só relevante e merece a devida atenção política na medida em que este grupo constitui cerca de 20% dos RHS no SNS. Não só se sabe que houve alguma redução dos efetivos durante o período da crise, como a sua contratação tende a ocorrer por via de outsourcing e/ou através da prestação de serviços o que dificulta o diagnóstico das características sociodemográficas destes recursos humanos, assim como as suas necessidades e expectativas.

De 2015 a 2017 estes efetivos aumentaram 0,7% no SNS, abaixo da variação média dos RHS (tabela 4.20), o que tem expressão na redução das horas de trabalho (na ordem dos -4,8%). Face à população residente, a disponibilidade manteve-se em 2,7 profissionais no SNS/1.000 hab no território continental, ainda que tenha tido reflexo na diminuição ligeira das assimetrias regionais. A disponibilidade é mais expressiva no conjunto das regiões à exceção da região Norte (tabela 4.21). As horas de trabalho diminuíram em todas as regiões (tabela 4.22).

Tabela 4.20 – Evolução do número de assistentes operacionais e horas contratualizadas no SNS

		2015	2017	VARIAÇÃO 2015-2017 (%)
Assistentes Operacionais	Nº	26.124	26.317	0,7
	CH (s/prestação serviço)	1.026.225	976.552	-4,8
Total RHS	Nº	126.212	131.998	4,6
	CH (c/prestação serviço)	7.768.846	8.256.492	6,3

Legenda:

Elaboração dos autores com base em dados da ACSS.

Os valores representam o registo a 31/12. Ambos os indicadores incluem os hospitais PPP. O número de AO (N.º – medida dos contratos) e a sua carga horária (CH – medida das horas contratualizadas) exclui o trabalho em regime de prestação de serviço por indisponibilidade de informação e inclui os serviços centrais do SNS (no ano de 2015, por falta de dados relativos à Direção-Geral da Saúde (DGS) e à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) no sistema RHV, não foram incluídas as cargas horárias dos respetivos trabalhadores).

Tabela 4.21 – Número de assistentes operacionais SNS/1.000 hab (regiões de saúde)

	2015	2017
Portugal Continental*	2,7	2,7
Norte	2,4	2,4
Centro	2,7	2,8
LVT	2,8	2,8
Alentejo	2,8	2,8
Algarve	2,8	2,8
Desvio-padrão (5 regiões)	0,18	0,17

* Inclui serviços centrais do SNS.

Nota: Os valores representam o registo de profissionais a 31/12. Inclui os hospitais PPP. Os cálculos populacionais representam estimativas. A estimativa de 2015 foi calculada com base na variação da população residente em Portugal continental entre 2011 e 2015 (calculada pelo INE – medida central) apurada nos Censos 2011 (-0,2%), a qual foi aplicada às cinco regiões. A estimativa de 2017 foi calculada com base na variação da população residente em Portugal continental entre 2015 e 2017 (calculada pelo INE – medida central) (-0,1%), a qual foi aplicada às cinco regiões.

Estas operações estatísticas resultam do facto dos critérios aplicados à delimitação das regiões de saúde não terem correspondência direta ao critério geográfico utilizado pelo INE para o cálculo das estimativas populacionais.

Tabela 4.22 – Variação das horas de trabalho de assistentes operacionais SNS 2015-2017 (%) *

Norte	-4,4
Centro	-6,0
LVT**	-4,1
Alentejo	-6,1
Algarve	-7,8

* Exclui prestação de serviços por indisponibilidade de informação

** No ano de 2015, por falta de dados relativos ao Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca no sistema RHV, a soma das cargas horárias contratualizadas foi estimada considerando o número de trabalhadores e um período normal de trabalho de 36h/semana (PNT em vigor nesta entidade conforme o respetivo Acordo-Empresa).

Nota: Os valores representam o registo de carga horária (medida em horas) a 31/12. Inclui os hospitais PPP.

4.5 Características do emprego público na saúde^(w)

O trabalho clínico na saúde é especialmente complexo e desgastante devido à natureza intrínseca das atividades (a ameaça constante da vida e o facto de se lidar com o sofrimento do outro), mas também devido ao funcionamento e dinâmicas organizacionais (o trabalho por turnos; a necessidade dos fluxos de informação serem partilhados por diversos profissionais, serviços e instituições; a possibilidade dos recursos humanos poderem não ser suficientes para assegurar a melhor qualidade do trabalho realizado). Não obstante este entendimento ser amplamente partilhado no contexto académico – ainda que seriam úteis mais estudos sobre o tema em Portugal – a atenção política parece finalmente ter tomado em linha de conta a preocupação de melhor compreender a exposição dos RHS a problemas físicos e/ou psicológicos e a encontrar as estratégias para melhorar a qualidade do trabalho em saúde no SNS.^(x)

^(w) O facto de se analisar apenas no SNS traduz, desde logo, a indisponibilidade dos dados analisados no setor privado.

^(x) https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/114924995/details/maximized?serie=II&parte_filter=31&day=2018-03-27&date=2018-03-01&dreId=114926071

A comparação da evolução do número de profissionais e de remunerações no SNS permite perceber os efeitos das respostas políticas à crise na diminuição, ainda que marginal, de efetivos e na diminuição mais acentuada das remunerações: entre 2010 e 2015: a soma da variação salarial no SNS foi na ordem de -9% e do número de profissionais em cerca -1% (tabela 4.23).

Este dado é relevante considerando a tendência encontrada na generalidade dos países desenvolvidos a respeito da política de RHS durante a crise económica e financeira:

- 1) em traços gerais a despesa com RHS não diminuiu;
- 2) embora os gastos públicos em saúde tenham aumentado face à criação de riqueza, o nível de despesa com RHS manteve-se relativamente estável;
- 3) o aumento do peso da despesa com RHS é menor na despesa pública em saúde do que é na despesa privada⁽²⁾. Em 2016 parece haver uma inversão de ciclo, dado o crescimento de efetivos no SNS (2,93% face a 2015) mas, sobretudo, de despesa com remunerações (5,40% face a 2015), fazendo situar a soma da variação dos dois indicadores, respetivamente em 1,98% e -6,44%, entre 2010 e 2016.

Tabela 4.23 – variação anual do número e de despesa com RHS no SNS (2010-2015)

	RHS no SNS (nº)	Variação anual (%)	Despesa com RHS no SNS (€)	Variação anual (%)
2010	127.493		3.935.000	
2011	126.297	-0,94	3.507.900	-10,85
2012	127.213	0,72	3.345.800	-4,62
2013	124.364	-2,24	3.467.000	3,62
2014	123.205	-0,93	3.465.100	-0,05
2015	126.212	2,44	3.467.500	0,07
2016	129.915	2,93	3.654.700	5,40
	Soma	1,98	Soma	-6,44

Legenda:

Elaboração dos autores

Pro = projeção

Valores a preços correntes.

Os anos foram selecionados em função da disponibilidade de informação em ambos os indicadores.

Indicador: "despesa com pessoal" (PPPs excluídas) (ACSS. Consultado via Pordata no dia 14 de março de 2018).

Outra questão prende-se com os vínculos laborais. O emprego no SNS organiza-se em torno de dois mecanismos principais de contratação além da prestação de serviços: trabalho em regime de contrato de trabalho em funções públicas e no âmbito do código do trabalho.

O trabalho em funções públicas continua a ser dominante no SNS, ainda que, entre 2015 e 2017, se identifique o seu decréscimo por conta do crescimento da contratação por via do código do trabalho e o aumento marginal do trabalho em regime de prestação de serviço (inclui tarefas e avenças) (tabela 4.24).

Uma questão que a literatura vem sinalizando diz respeito à temporalidade dos vínculos laborais, nomeadamente que a precariedade e/ou limitação temporal dos vínculos conduz a níveis mais elevados de rotatividade dos recursos humanos. O argumento é que elevados níveis de rotatividade dos profissionais prejudica a estabilidade necessária às características do trabalho em saúde: o imediatismo da ação, o envolvimento interprofissional e interinstitucional e a organização do trabalho por turnos. Cerca de 87% dos vínculos laborais no SNS são por tempo indeterminado e ligeiras reconfigurações fizeram-se sentir, entre 2015 e 2017, pela passagem de contratos a termo certo a termo incerto (tabela 4.25).

Em termos globais, o recurso ao trabalho suplementar no SNS foi reduzido em -10,2% entre 2015 e 2017, sobretudo por conta da diminuição do trabalho em horas-extra (-24,6%) (tabela 4.26). A análise desta tendência deve-se conjugar com a evidência de aumento das horas de trabalho (6,3% no conjunto dos RHS incluindo a prestação de serviços), o que mostra que a redução da sobrecarga dos profissionais em exercício pode não ter sido compensada pelo aumento das horas de trabalho contratualizadas. Por outras palavras, que o aumento das horas contratualizadas devia ter sido maior para permitir a redução da sobrecarga dos RHS sem limitar a disponibilidade aos utentes.^(y)

O absentismo manteve-se durante este período: cada profissional faltou, em média, 28 dias por ano. Os motivos dizem respeito à situação de doença, proteção na parentalidade, acidentes ou doenças profissionais, por adesão a greves e outras situações (tabela 4.27).

A produção estatística desenvolvida não permite a comparação com outros países sabendo-se, no entanto, que a literatura tem reportado este problema na generalidade dos países. As razões estão relacionadas com aspetos intrínsecos ao trabalho em saúde ⁽⁹⁾, mas também não podem ignorar a crescente feminização dos RHS e, consequentemente, as situações associadas à gravidez e maternidade. Importa monitorizar os valores aqui obtidos ao longo do tempo.

Em termos globais, entre 2015 e 2017, os dias de ausência dos profissionais para formação aumentou cerca 3,4%.^(z)

^(y) Nota importante: não é possível estabelecer uma comparação numérica linear entre os dois indicadores (horas contratualizadas e horas realizadas em trabalho suplementar) devido a diferenças metodológicas nos seus apuramentos (ver as legendas nas respetivas tabelas).

^(z) Não se apresenta uma tabela com a informação desagregada em virtude da classificação das atividades não permitir a correspondência linear com as categorias profissionais usadas neste capítulo. Opta-se por apenas referir o valor global e confirma-se que em nenhum grupo profissional essa variação foi negativa.

Tabela 4.24 - Modalidade de vinculação dos RHS no SNS (%)

	2015	2017
Trabalho em funções públicas	62,9	59,4
Código do trabalho	34,8	38,1
Prestação de serviços (tarefas + avenças)	1,7	1,9
Mandato/Comissão de serviço	0,6	0,6
Nomeação	0,0	0,0
Total	100,0	100,0

Legenda:

Elaboração dos autores com base em dados da ACSS (Balanço Social). Os valores anuais foram calculados com base na média dos valores mensais. PPP não incluídas por indisponibilidade da informação.

Tabela 4.25 - Tipo de contrato dos RHS no SNS (%)

	2015	2017
Termo certo (C. Funções Públicas + CIT)	2,3	1,6
Termo incerto (C. Funções Públicas + CIT)	8,3	8,8
Tempo indeterminado (C. Funções Públicas + CIT)	87,0	87,1
Prestação de serviços (tarefas + avenças)	1,7	1,9
Mandato/Comissão de serviço	0,6	0,6
Nomeação	0,0	0,0
Total	100,0	100,0

Legenda:

Elaboração dos autores com base em dados da ACSS (Balanço Social). Os valores anuais foram calculados com base na média dos valores mensais. PPP não incluídas por indisponibilidade da informação.

Tabela 4.26 - Variação das horas realizadas em trabalho suplementar no SNS 2015-2017 (%)

Trabalho noturno suplementar		-8,9%	
Trabalho em folgas e feriados	Trabalho em dias descanso semanal complementar	2,9%	6,5%
	Trabalho em dias descanso semanal obrigatório		-9,9%
	Trabalho em feriados		12,2%
Horas-extra	Trabalho suplementar diurno	-24,6%	-38,91%
	Trabalho suplementar noturno		-10,3%
Total RHS		-10,2%	

Tabela 4.27 - Média dias de ausência por profissional por motivo (valores em dias)

	2015	2017
Doença	13	13
Proteção na parentalidade	9	10
Outros	3	3
Acidentes em serviço ou doença profissional	2	1
Greve	1	1
Falecimento familiar	0	0
Assistência à família	0	0
Trabalhador-estudante	0	0
Casamento	0	0
Por conta do período de férias	0	0
Injustificadas	0	0
Com perda de vencimento	0	0
Cumprimento pena disciplinar	0	0
Total	28	28

Legenda:

Elaboração dos autores com base em dados da ACSS (Balanço Social). Os valores anuais foram calculados com base na média dos valores mensais. PPP não incluídas por indisponibilidade da informação.

4.6 Conclusões

1. Existe fragilidade na informação sobre os profissionais em exercício e sobre a disponibilidade daqueles que, estando habilitados, não exercem. Esta dificuldade abrange a generalidade dos grupos profissionais, à exceção dos farmacêuticos.
2. O diagnóstico de necessidades de RHS não pode bastar-se com as comparações internacionais. Desde logo, porque as necessidades em RHS são função das necessidades assistenciais da população servida – que, por sua vez, justificam as necessidades em serviços – e estas têm de ser aferidas em cada contexto específico. Depois também porque as comparações não são sensíveis a aspetos relacionados com as qualificações dos grupos profissionais, os modelos de organização do trabalho, as questões laborais ou a integração técnica e tecnológica nos processos de trabalho.
3. O nível de despesa com RHS do país está abaixo da média dos países desenvolvidos (variou entre 32-34%, no período de 2010 a 2015, enquanto o valor internacional de referência está estimado em 38%). Nesse período, a despesa com remunerações no SNS registou uma variação na ordem dos -9%, enquanto o número de profissionais variou cerca de -1%. Em 2016 parece haver uma mudança de ciclo, dado o número de efetivos no SNS ter variado 2,9% face a 2015 e a despesa com remunerações 5,4%.
4. A análise dos RHS presentes no SNS exige dinâmica, que capte as entradas e saídas de profissionais ao longo do ano. Os dados habitualmente usados pela ACSS para medir a evolução de RHS no SNS têm por base a situação a 31 de dezembro. Os autores deste estudo tiveram que fazer uso dessa informação sempre que não conseguiram apurar outros números, mas chamam a atenção que este tema exige uma análise diferente.
5. Entre 2015-2017 o número de RHS no SNS variou 4,6% e as horas contratualizadas 6,3%. Ou seja, mais profissionais estão disponíveis e o volume de trabalho cresceu a um nível superior.
6. O trabalho suplementar variou -10,2% no mesmo período. Embora este indicador, por si só, revele menor sobrecarga dos profissionais em exercício no SNS, o facto de a sua diminuição ter sido superior ao aumento das horas contratualizadas pode significar a diminuição do trabalho realizado (deve-se ainda retirar o tempo de ausência para formação dos profissionais, que aumentou 3,4%, e o absentismo que se manteve inalterado).
7. Mais importante: estes dados não devem basear a interpretação sobre se as necessidades de profissionais no SNS estão ou não a ser corrigidas. Essa leitura carece de uma análise integrada dos indicadores aqui apresentados com os tempos de acesso aos cuidados, o número de camas disponível, a organização da rede cuidados, a qualidade do emprego e sobrecarga dos profissionais em exercício, alterações técnicas e tecnológicas nos processos de trabalho, etc.
8. O crescimento do número de profissionais no SNS foi assimétrico: médicos – internos e especialistas – enfermeiros e técnicos superiores de saúde (incluindo outros profissionais) cresceram a um nível superior à média do crescimento do conjunto dos profissionais (respetivamente 7,1%, 7,2% e 6,9%). O número de técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica e assistentes operacionais cresceu abaixo da média (3,2% e 0,7%) e o dos assistentes técnicos diminuiu em -0,5%.

9. O crescimento das horas contratualizadas no SNS também apresenta assimetrias: o trabalho médico aumentou significativamente (15,5%), o trabalho de enfermagem e dos técnicos superiores de saúde praticamente estagnou (respetivamente 0,1% e 0,8%) e o dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, assistentes técnicos e assistentes operacionais diminuiu (respetivamente -4%, -8,5% e -4,8%). Isto significa que o aumento nominal de enfermeiros (cerca de 3 000) e de técnicos superiores (a contabilização é indefinida porque muitos deles estão a ser contratados como “outros profissionais”) não teve reflexo no aumento real do trabalho. Existem diversos fatores que podem explicar a diferença entre a tenência de evolução do número de profissionais e do número de horas contratualizadas, sendo a mais plausível a redução do período normal de trabalho aplicável aos profissionais em funções públicas das 40 horas para as 35 horas semanais. Estes dados parecem traduzir a necessidade de reforço do ritmo de contratação de todos os grupos profissionais, à exceção dos médicos, num contexto de procura crescente de cuidados. Acrescerá ainda a necessidade de se equacionar a consequência da aplicação deste período normal de trabalho aos profissionais vinculados ao abrigo do código do trabalho.

10. Os vínculos contratuais mostram a preponderância do trabalho em funções públicas e o gradual crescimento da contratação ao abrigo do código do trabalho (de 34,8% a 38,1% entre 2015-2017). O tipo de contrato maioritário é a tempo indeterminado (87%), havendo alguma substituição de contratos a termo certo por contratos a termo incerto. A prestação de serviço aumentou marginalmente em número de contratos.

11. A análise integrada da disponibilidade regional de efetivos e de horas contratualizadas permite a interpretação de necessidades de curto-prazo, que abaixo se apresenta. Sublinha-se que os números disponíveis sugerem a possibilidade da prestação de cuidados revelar iniquidades na rede pública, ao longo do território continental. Estes dados obrigam à devida discussão política tendo em conta os princípios constitucionais a que o SNS está obrigado e as expectativas que a população nele deposita.

Região norte

Médicos: O crescimento da disponibilidade de médicos internos e especialistas e das horas de trabalho não indicia necessidades imediatas de novas contratações. Em todo o caso, importa não ignorar que parte significativa do crescimento do trabalho médico ficou a dever-se à prestação de serviços, o que deve ser equacionado na avaliação prospetiva das necessidades destes profissionais.

Enfermeiros: Apesar de a disponibilidade face à população ter aumentado continua abaixo da média nacional, o que, associado ao aumento marginal do tempo de trabalho, parece sugerir a necessidade de reforço da disponibilidade de profissionais.

Técnicos Superiores de Saúde: Não obstante o aumento das horas contratualizadas, o facto de a disponibilidade face à população ser a mais baixa do país e de ter estagnado parece sugerir a necessidade de reforço da disponibilidade de profissionais.

Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica: Embora com uma tendência crescente, o facto de a disponibilidade de profissionais face à população continuar abaixo da média nacional, a par da diminuição das horas contratualizadas, parece sugerir a necessidade de reforço de profissionais.

Assistentes técnicos: Além de ter estagnado, a disponibilidade de profissionais face à população é das mais baixas, o que, associado à diminuição das horas contratualizadas, parece sugerir que deverá ser dada prioridade ao reforço deste grupo.

Assistentes operacionais: Além de ter estagnado, a disponibilidade de profissionais face à população é das mais baixas, o que, associado à diminuição das horas contratualizadas, parece sugerir que deverá ser dada prioridade ao reforço deste grupo.

Região Centro

Médicos: Não obstante a evolução positiva da disponibilidade de médicos internos e especialistas face à população, a ligeira diminuição das horas de trabalho indicia a necessidade de reforço da disponibilidade, sobretudo de especialistas, para estar em linha com a média nacional.

Enfermeiros: A redução das horas de trabalho não traduz o facto de a disponibilidade de profissionais face à população ser das mais elevadas. Poderá haver necessidade de corrigir esta redução, embora a prioridade deva estar no reforço da disponibilidade noutras regiões.

Técnicos Superiores de Saúde: O facto de a disponibilidade face à população ter estagnado ligeiramente abaixo da média nacional, associado à diminuição das horas contratualizadas, sugere alguma necessidade de reforço da disponibilidade de profissionais.

Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica: Não obstante a disponibilidade face à população estar em linha com a média nacional, a estagnação dessa tendência reflete-se na diminuição das horas contratualizadas, podendo sugerir a necessidade de reforço de profissionais.

Assistentes técnicos: Não obstante a disponibilidade face à população estar em linha com a média nacional, a estagnação dessa tendência reflete-se na diminuição das horas contratualizadas, sugerindo a necessidade de reforço de profissionais.

Assistentes operacionais: Embora a disponibilidade de profissionais face à população seja das mais elevadas registou-se uma redução acentuada das horas de trabalho. Poderá haver necessidade de inverter esta tendência, ainda que a prioridade deva ser o reforço da disponibilidade noutras regiões.

Lisboa e Vale do Tejo

Médicos: O crescimento da disponibilidade de médicos internos e especialistas e das horas de trabalho não parece suscitar necessidades imediatas de novas contratações. Em todo o caso, importa não ignorar que parte significativa do crescimento do trabalho médico ficou a dever-se à prestação de serviços, o que deve ser equacionado na avaliação prospetiva das necessidades destes profissionais.

Enfermeiros: Apesar de a disponibilidade face à população ter aumentado e estar em linha com a média nacional, o aumento marginal do tempo de trabalho sugere alguma necessidade de reforço da disponibilidade de profissionais.

Técnicos Superiores de Saúde: O facto de a disponibilidade face à população ter estagnado ligeiramente abaixo da média nacional, associado à diminuição das horas contratualizadas sugere alguma necessidade de reforço da disponibilidade de profissionais.

Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica: Não obstante a disponibilidade face à população estar acima da média nacional, a estagnação dessa tendência reflete-se na diminuição das horas contratualizadas, sugerindo a necessidade de reforço de profissionais.

Assistentes técnicos: Além de ter estagnado, a disponibilidade de profissionais face à população é das mais baixas, o que associado à diminuição das horas contratualizadas sugere que reforço de profissionais deve ser prioritário.

Assistentes operacionais: Embora a disponibilidade de profissionais face à população seja das mais elevadas registou-se uma redução acentuada das horas de trabalho. Poderá haver necessidade de inverter esta tendência, ainda que a prioridade deva ser o reforço da disponibilidade noutras regiões.

Alentejo

Médicos: Não obstante o aumento das horas contratualizadas, a disponibilidade de profissionais face à população estagnou e é das mais baixas do país. Suscita-se a necessidade de avaliação dos riscos desta tendência de aparente dependência do trabalho médico em prestação de serviços, visto que se trata da região do país onde este traço é mais vincado.

Enfermeiros: Apesar de a disponibilidade face à população ter aumentado e estar em linha com a média nacional, a diminuição do tempo de trabalho sugere a necessidade de reforço de novos profissionais.

Técnicos Superiores de Saúde: Embora a disponibilidade face à população esteja em linha com a média nacional, a sua estagnação reflete-se na redução acentuada das horas de trabalho. Parece haver necessidade de inverter esta tendência, ainda que a prioridade deva ser o reforço da disponibilidade noutras regiões.

Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica: Não obstante a disponibilidade face à população estar acima da média nacional, a estagnação dessa tendência reflete-se na diminuição das horas contratualizadas, sugerindo a necessidade de reforço de profissionais.

Assistentes técnicos: Embora a disponibilidade de profissionais face à população seja das mais elevadas registou-se uma redução acentuada das horas de trabalho. Parece haver necessidade de inverter esta tendência, ainda que a prioridade deva ser o reforço da disponibilidade noutras regiões.

Assistentes operacionais: Embora a disponibilidade de profissionais face à população seja das mais elevadas registou-se uma redução acentuada das horas de trabalho. Parece haver necessidade de inverter esta tendência, ainda que a prioridade deva ser o reforço da disponibilidade noutras regiões.

Algarve

Médicos: Não obstante o aumento da disponibilidade de especialistas face à população, o valor continua abaixo da média nacional. Além disso, as horas contratualizadas também caíram como resultado da elevada dependência do trabalho assegurado pela prestação de serviços. O reforço da disponibilidade de profissionais indicia-se como prioritário.

Enfermeiros: Apesar de a disponibilidade face à população ter aumentado e estar em linha com a média nacional, o aumento marginal do tempo de trabalho sugere alguma necessidade de reforço da disponibilidade de profissionais.

Técnicos Superiores de Saúde: Embora a disponibilidade face à população esteja em linha com a média nacional, a sua estagnação reflete-se na redução acentuada das horas de trabalho. Há necessidade de inverter esta tendência, ainda que a prioridade deva ser o reforço da disponibilidade noutras regiões.

Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica: Não obstante a disponibilidade face à população estar acima da média nacional e de ter aumentado, as horas contratualizadas diminuíram. Sugere-se a necessidade de corrigir esta redução, embora a prioridade deva ser o reforço da disponibilidade noutras regiões.

Assistentes técnicos: Embora a disponibilidade de profissionais face à população seja das mais elevadas e tenha crescido, registou-se uma redução acentuada das horas de trabalho. Parece haver necessidade de inverter esta tendência, ainda que a prioridade deva ser o reforço da disponibilidade noutras regiões.

Assistentes operacionais: Embora a disponibilidade de profissionais face à população seja das mais elevadas registou-se uma redução acentuada das horas de trabalho. Parece haver necessidade de inverter esta tendência, ainda que a prioridade deva ser o reforço da disponibilidade noutras regiões.

4.7 Recomendações

Planear a força de trabalho necessária em Portugal daqui a 5, 10 ou 15 anos é fundamental para alcançar o objetivo de responder às necessidades de saúde da população de um modo efetivo e eficiente. Para este planeamento racional é importante, primeiro, saber que sistema de saúde se pretende em Portugal, em concreto, que valências de cuidados se deseja que sejam asseguradas no SNS e como os serviços serão organizados. Pode parecer difícil definir as necessidades futuras de serviços sabendo que elas dependem de mudanças demográficas, epidemiológicas, tecnológicas e organizacionais que o país ainda vai conhecer. Contudo, é possível desenvolver cenários baseados na informação disponível sobre as tendências hoje observáveis.

Do lado dos recursos necessários para produzir os serviços planeados, definir a futura força de trabalho em saúde consiste em estimar quantos trabalhadores das várias categorias profissionais serão necessários e com que competências. Essa informação deve permitir estimar a diferença entre a força de trabalho hoje em dia disponível e a desejada no futuro. Ainda assim, importa não esquecer que cabe aos decisores políticos escolher as medidas e estratégias para corrigir essa diferença.

Como este capítulo mostra que o problema que Portugal apresenta, à semelhança de outros países da OCDE, é que a informação sobre a disponibilidade e acessibilidade atual dos RHS não permite definir de modo absolutamente confiável a força de trabalho que o país tem, logo qual a que necessita a médio e longo prazo. Na base das observações feitas a partir de nosso esforço para caracterizar os RHS em Portugal, podemos formular algumas recomendações para melhorar o conhecimento da sua situação atual e, assim, informar melhor o processo de planeamento em saúde.

Recomendação 1: garantir o cumprimento do disposto na Lei N.º 104/2015, de 24 de agosto, relativamente à criação do Inventário Nacional dos Profissionais de Saúde. Importa avaliar os motivos pelos quais, dois anos volvidos, o Inventário ainda não existe. Importa igualmente perceber se no cenário da completa implementação desta Lei o resultado alcançado permitiria obter os dados necessários. Nessa medida, urge ponderar a pertinência de se requerer informação de RHS de todos os prestadores privados (incluindo trabalho por conta própria) para corresponder a situação de exercício/não exercício face às cédulas profissionais emitidas.

Recomendação 2: mandar um organismo independente, existente ou novo, para refletir sobre a definição, fontes, recolha, tratamento e utilização dos indicadores que compõem o Inventário Nacional de Profissionais de Saúde.

Recomendação 3: desenvolver e implementar um sistema estandardizado de recolha de dados de características demográficas e profissionais sobre todas as categorias dos RHS existentes de modo desagregado. Isto significa utilizar as mesmas divisões territoriais, a mesma periodicidade, as mesmas definições (horas trabalhadas, tipo de atividade, etc.).^(aa) O objetivo é produzir dados comparáveis por profissão, sem os quais avaliações periódicas do impacto das intervenções para reforçar a força de trabalho não são exequíveis. É crítico documentar o stock total de RHS no país, ou seja, os dos sectores público e privado (evitando a dupla contagem devida ao duplo emprego). O mesmo princípio aplica-se aos dados da produção de futuros trabalhadores de saúde pelas instituições de formação.^(bb)

^(aa) A utilização das definições e categorias do “Joint questionnaire” desenvolvido pela OMS, OCDE e Eurostat constitui uma referência para os indicadores mais básicos (<https://www.oecd.org/statistics/data-collection/Health%20Data%20-%20Guidelines%202.pdf>).

^(bb) A Direção Geral do Ensino superior, tem dados sobre o número de vagas e o número de candidatos para cada curso. Os dados são incompletos para as instituições privadas (<http://www.dges.gov.pt/guias/indcurso.asp?curso=9500>).

Recomendação 4: além das características demográficas e profissionais dos RHS, recolher informações sobre a atividade efetuada, as modalidades de contratação, absentismo, mobilidade dos trabalhadores empregados por prestadores públicos e privados. Para perceber melhor a dinâmica do mercado de trabalho, inquéritos regulares (por exemplo a cada 2 anos) permitiriam recolher informações sobre intenção dos trabalhadores de reduzir/aumentar as horas de trabalho, de mudar de trajetória profissional, de duplo emprego, mudar de região, de emigrar. Outros inquéritos periódicos aos utentes sobre a aceitabilidade e a qualidade percebida dos RHS podem informar sobre possíveis deficiências a corrigir do ponto de vista da formação e competências dos vários profissionais de saúde.

Recomendação 5: não é por via dos dados atualmente (in)disponíveis que não se pode tornar a força de trabalho em saúde mais efetiva e eficiente na resposta às necessidades assistenciais da população. Urge uma definição política para a estratégia de recursos humanos desejada em Portugal que seja partilhada por decisores políticos e demais atores do sistema de saúde.

4.8 Bibliografia

1. Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra Arias M, Leone C. A universal truth: no health without a workforce. Third Global Forum on Human Resources for Health. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization; 2013. 104 p.
2. Hernandez-Peña P, Poullier JP, Van Mosseveld CJ, Van de Maele N, Cherilova V, Indikadahena C, et al. Health worker remuneration in WHO Member States. Bull World Health Organ. 2013 Nov; 91(11):808-15.
3. OECD. Health at a Glance 2017. Paris: OECD; 2017.
4. Ministério da Saúde. Portal da Transparência do SNS. Lisboa: Ministério da Saúde; 2018.
5. OECD. OECD Statistics. Paris: OECD; 2018.
6. Stoleroff A, Correia T. A empresarialização do sector hospitalar público português: a desregulação do mercado de trabalho médico e os desafios sindicais para a sua re-regulação. CIES e-Forcing Papers n.º 47/2008; 2008; 18 p.
7. Correia T. Medicina: o agir numa saúde em mudança. Lisboa: Mundos Sociais; 2012. 211 p.
8. Pereira C. Vidas Partidas: enfermeiros portugueses no estrangeiro. Lisboa: Lusodidacta; 2015. 194 p.
9. Kisakye AN, Tweheyo R, Ssengooba F, Pariyo GW, Rutebemberwa E, Kiwanuka SN. Regulatory mechanisms for absenteeism in the health sector: a systematic review of strategies and their implementation. Journal of Healthcare Leadership. 2016 Nov; 8: 81-94.

Anexo: Notas metodológicas

Tendo em vista o objetivo do capítulo, optou-se pela realização de uma scoping review de modo a mapear, compilar e analisar a informação disponível referente aos RHS em Portugal, bem como identificar eventuais lacunas de informação existentes.

Para tal, foi realizada uma pesquisa preliminar nas bases de dado Pubmed, Scielo, Science Direct e Scopus seguida de uma análise de palavras de texto nos títulos e resumos e dos termos de índice usados para descrever o artigo. Posteriormente foi realizada uma pesquisa avançada, nas mesmas 4 bases de dados, mediante utilização de cada um dos seguintes descritores (utilizados individualmente): Healthcare Workforce Portugal, Health Workforce Portugal, Healthcare Personnel Portugal, Human Resources for Health Portugal, Healthcare Workers Portugal e Recursos Humanos em Saúde Portugal. Esta análise foi realizada por dois investigadores, de forma independente e análoga, tendo em vista a validação dos resultados obtidos. A metodologia utilizada por ambos diferiu na utilização da expressão AND na dimensão de pesquisa com o objetivo de captar diferenças nos resultados da pesquisa.

Dado o elevado número de artigos que emergiram optou-se por, logo na primeira fase, eliminar todos os artigos que não fizessem menção à situação dos RHS em Portugal. A segunda fase compreendeu a leitura, análise e resumo dos artigos selecionados mediante a aplicação de critérios de inclusão/ exclusão, sendo que se obteve um total de 76 artigos após eliminação de repetições. Quanto à tomada de decisão relativamente à inclusão/exclusão dos artigos teve-se em consideração a abordagem das dimensões disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos RHS, ainda que numa perspetiva de comparação internacional, o que resultou na listagem final de artigos recolhidos abaixo apresentada.

Relativamente à literatura cinzenta, procedeu-se à recolha pelo método de “bola de neve” a partir dos artigos consultados.

A análise em questão abrange documentos desde o ano de 2001 até 2017, detalhando-se na tabela abaixo os documentos incluídos.

	INVESTIGADOR 1		INVESTIGADOR 2	
Base bibliográfica	1ª FASE	2ª FASE	1ª FASE	2ª FASE
PUBMED	86	59	39	23
SCIENCE DIRECT	16	13	40	19
SCOPUS	33	26	s/ resultados	s/ resultados
SCIELO	13	8	16	6
Total	148	106	95	48
Total após Eliminação de Repetições e Aplicação de Critérios de Inclusão / Exclusão	76 ARTIGOS			

LISTA NOMINAL DOS ARTIGOS

TÍTULO	AUTORES	ANO	REVISTA
1 Policy and management of human resources in the health care system of Portugal [Politique et gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé au Portugal. Controverses et problématiques actuelles	Biscaia A, et al.	2003	Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales. 43(3): 379
2 Política e Gestão dos Recursos Humanos na Saúde em Portugal-Controvérsias	Biscaia A, et al.	2003	Revista Portuguesa de Clínica Geral. 19: 281-289
3 Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector.	Ferrinho P, et al.	2003	Human Resources for Health. 1(1):11
4 Oral healthcare systems in the extended European union	Widström E, Eaton KA	2004	Oral Health & Preventive Dentistry. 2(3): 155-194
5 Nondecision making and inertia in Portuguese health policy	Oliveira, MD, Magone JM, Pereira JA	2005	Journal of Health Politics, Policy and Law, 30(1-2):
6 Consumers' perceptions of community pharmacy in Portugal: a qualitative exploratory study	BisCavaco AM, Dias JP, Bates IP, caia A, et al.	2005	Pharm World Sci. 27(1): 54-60
7 Health care reform in Portugal: An evaluation of the NHS experience	Oliveira MD, Pinto CG	2005	Health Economics, 14(Suppl. 1): S203-S220
8 Stress and burnout among Portuguese anaesthesiologists.	Morais A, et al.	2006	European journal of anaesthesiology. 23(5): 433
10 Reforming the Portuguese health services system: key human resources for health issues.	Conceição C, Lima C, Ferrinho P	2007	Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales
11 The state of the health workforce in Portugal.	Biscaia A, Martins J, Carolo M	2007	Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales
12 Professionals entering and leaving the Portuguese health services system	Martins J, Biscaia A, Antunes AR	2007	Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales
13 Multiple employment in the health sector in Portugal	Ferrinho P, et al.	2007	Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales
14 The health status of Portuguese healthcare professionals..	Fronteira I, Biscaia A	2007	Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales
15 Determinants of violence against health workers in Portugal..	Craveiro I, Fronteira I, Coelho A	2007	Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales

LISTA NOMINAL DOS ARTIGOS

TÍTULO	AUTORES	ANO	REVISTA
16 Challenges for performance assessment and improvement in primary health care: The case of the Portuguese health centres	Amado CA, Santos SP	2009	Health Policy. 91(1): 43-56
17 Migration as a form of workforce attrition: A nine-country study of pharmacists	Wuliji T, Carter S, Bates I	2009	Human Resources for Health. 7;32
18 Geographic distribution of physicians in Portugal	Isabel C, Paula V	2010	European Journal of Health Economics. 11 (4): 383-393
19 A review of nursing workforce policies in five European countries: Denmark, Finland, Ireland, Portugal and United Kingdom/England.	Attree M, et al	2011	Journal of nursing management. 19(6): 786-802
20 Os fatores determinantes da rotatividade externa dos enfermeiros: vínculo contratual, incentivos salariais ou reconhecimento profissional	Poeira A, Mamede RP	2009	Revista de Enfermagem Referência. III(4): 107-114
21 Satisfação profissional dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários: O caso do Centro de Saúde de Barcelos/ Barcelinhos	Castro J, et al.	2011	Revista Portuguesa de Saúde Pública. 29(2): 157-172
22 From policy to reality: clinical managers' views of the organizational challenges of primary care reform in Portugal.	Lapão LV, Dussault G.	2012	International Journal of Health Planning and Management. 27(4): 295-307
23 What influences national and foreign physicians' geographic distribution? An analysis of medical doctors' residence location in Portugal.	Russo G, et al.	2012	Human Resources for Health. 10:12.
24 Uso de cenários estratégicos para planeamento de recursos humanos em saúde: o caso dos farmacêuticos comunitários em Portugal 2010-2020	Gregório J, Lapão LV	2012	Revista Portuguesa de Saúde Pública. 30(2): 125-142
25 Qualidade e formação como fatores importantes na reestruturação da administração pública portuguesa: o exemplo do setor da saúde	Costa N, Patrício JZ	2012	Revista de Administração Pública. 46(1): 271-290
26 State of the art in telemedicine - concepts, management, monitoring and evaluation of the telemedicine programme in Alentejo (Portugal)	Oliveira TC, Branquinho MJ, Gonçalves L	2012	Studies in Health Technology and Informatics. 179: 29-37

LISTA NOMINAL DOS ARTIGOS

TÍTULO	AUTORES	ANO	REVISTA
27 An ecological study on the geographic patterns of ischaemic heart disease in Portugal and its association with demography, economic factors and health resources distribution	Ferreira-Pinto LM, Rocha-Gonçalves F, Teixeira-Pinto A	2012	BMJ Open. 2(4):e000595
28 Health policy reform in tough times: The case of Portugal.	Barros P	2012	Health Policy. 106(1): 17-22
29 The strength of primary care in Europe: an international comparative study.	Kringos D, et al.	2013	British Journal of General Practice. 63(616): e742-50
30 Patient's access to healthcare and treatment in rheumatoid arthritis: the views of stakeholders in Portugal.	Laires PA, et al.	2013	BMC musculoskeletal disorders. 14:279
31 From constraints to opportunities? Provision of psychosocial support in Portuguese oncogenetic counselling services.	Mendes A, et al.	2013	Journal of Genetic Counselling. 22(6): 771-783
32 Trends of cross-border mobility of physicians and nurses between Portugal and Spain	Leone C, et al.	2013	Human Resources for Health. 11:36
33 Nurses in advanced roles: a review of acceptability in Portugal.	Buchan J, et al.	2013	Revista latino-americana de enfermagem. 21:38-46
34 Meanings of quality of care: perspectives of Portuguese health professionals and patients	Silva S, et al.	2013	Br J Health Psychol. 18(4): 858-873
35 On evaluating health centers groups in Lisbon and Tagus Valley: Efficiency, equity and quality	Ferreira C, Marques RC, Nicola P	2013	BMC Health Services Research. 13(1):529
36 A scenario-planning approach to human resources for health: the case of community pharmacists in Portugal.	Gregório J, Cavaco A, Lapão LV	2014	Human Resources for Health. 12:58.
37 Barriers to the implementation of advanced clinical pharmacy services at Portuguese hospitals	Brazinha I, Fernandez-Llimos F	2014	International Journal of Clinical Pharmacy. 36(5): 1031-1038
38 Demography of physicians in Portugal: prospective analysis	Santana P, Peixoto H, Duarte N	2014	Acta Médica Portuguesa. 27(2): 246-251

LISTA NOMINAL DOS ARTIGOS

TÍTULO	AUTORES	ANO	REVISTA
39 Health professionals moving to... and from Portugal	Ribeiro J, et al.	2014	Health Policy. 114(2-3): 97-108
40 Papéis profissionais de médicos e enfermeiros em Portugal: limites normativos à mudança.	Temido M, Dussault G	2014	Revista Portuguesa de Saúde Pública. 32(1): 45-54
41 Experiences of motherhood: Unmet expectations of immigrant and native mothers, about the Portuguese health system	Coutinho E, et al.	2014	Atencion Primaria. 46(S5): 140-144
42 Motivation for career choice and job satisfaction of GP trainees and newly qualified GPs across Europe: a seven countries cross-sectional survey.	Roos M, et al.	2014	Education for Primary Care. 25(4): 202-210
43 Preventive health services implemented by family physicians in Portugal-a cross-sectional study based on two clinical scenarios	Martins C, et al.	2014	BMJ Open. 26;4(5):e005162.
44 Reforma na atenção primária à saúde e implicações na cultura organizacional dos Agrupamentos dos Centros de Saúde em Portugal	Leone C, Dussault G, Lapão LV	2014	Cadernos de Saúde Pública. 30(1):149-160
45 Work environment issues and intention-to-leave in Portuguese nurses: A cross-sectional study.	Leone C, et al.	2015	Health Policy. 119(12): 1584-92
46 The impact of the financial crisis on human resources for health policies in three southern-Europe countries	Correia T, Dussault G, Pontes C	2015	Health Policy. 119(12): 1600-1605
47 How can a country learn from the experience of another? Expanding nurses' scope of practice in Portugal: lessons from England.	Temido M, Dussault G	2015	Health Policy. 119(4): 475-87
48 Recruitment and retention of health professionals across Europe: A literature review and multiple case study research	Kroezen M, et al.	2015	Health Policy. 119(12): 1517-1528
49 Desigualdades sociais, políticas de saúde e formação de médicos, enfermeiros e dentistas no Brasil e em Portugal	Craveiro I, et al.	2015	Ciência & Saúde Coletiva. 20(10): 2985-2998
50 Occupational stress and user satisfaction with primary healthcare in Portugal	Craveiro I, et al.	2015	Ciência & Saúde Coletiva. 20(10): 2985-2998

LISTA NOMINAL DOS ARTIGOS

TÍTULO	AUTORES	ANO	REVISTA
51 Influence of community pharmacists' attitudes on antibiotic dispensing behavior: a cross-sectional study in Portugal	Ribeiro J, et al.	2015	Health Policy. 114(2-3): 97-108
52 Performance indicators for clinical practice management in primary care in Portugal: Consensus from a Delphi study	Basto-Pereira M, et al.	2015	European Journal of General Practice. 21 (1): 52-57
53 Policies to sustain the nursing workforce: An international perspective	Buchan J, et al.	2015	International Nursing Review. 62(2): 162-170
54 Bedside healthcare rationing dilemmas: a survey from Portugal	Pinho M, Borges A	2015	International Journal of Human Rights in Healthcare. 8(4): 233-246
55 The impact of economic recession on health-care and the contribution by nurses to promote individuals' dignity	Nunes S, Rego G, Nunes R	2015	Nursing Inquiry. 22(4): 285-295
56 Quality supply of nonprescription medicines in Portuguese community pharmacy: An exploratory case study	Veiga P, et al.	2015	Research in Social & Administrative Pharmacy. 11(6): 880-890
57 Comparative Analysis of Specialization in Palliative Medicine Processes Within the World Health Organization European Region	Centeno C, Bolognesi D, Biasco G	2015	Journal of Pain and Symptom Management. 49(5): 861-870
58 Factors influencing tuberculosis screening in healthcare workers in Portugal	Meireles JM, Gaio R, Duarte R	2015	European Respiratory Journal. 45(3): 834-838
59 Effects of the financial crisis and Troika austerity measures on health and health care access in Portugal	Legido-Quigley H, et al.	2016	Health Policy. 120(7): 833-839
60 A tale of loss of privilege, resilience and change: the impact of the economic crisis on physicians and medical services in Portugal.	Russo G, et al.	2016	Health Policy. 120(9): 1079-1086
61 Finding the "right-size" physical therapy workforce: International perspective across 4 countries	Jesus, TS, et al.	2016	Physical Therapy. 96(10): 1597-1609
62 Implications of dual practice for universal health coverage.	McPake B, et al.	2016	Bull World Health Organ. 94(2): 142-146
63 Relationship of health workers with their organization and work: a cross-cultural study	Yepes-Baldó M, Romeo M, Berger R	2016	Revista de Saúde Pública. 50:18.

LISTA NOMINAL DOS ARTIGOS

TÍTULO	AUTORES	ANO	REVISTA
64 Forecasting the medical workforce: a stochastic agent-based simulation approach	Lopes MA, Almeida AS, Almada-Lobo B	2016	Health Care Management Science. 21(1): 52-75
65 Patient Satisfaction in Relation to Nursing Care at Home	Chaves C, Santos M	2016	Procedia - Social and Behavioral Sciences. 217: 1124-1132
66 The effects of austerity measures on quality of healthcare services: a national survey of physicians in the public and private sectors in Portugal.	Correia T, et al.	2017	Procedia - Social and Behavioral Sciences. 217: 1124-1132
67 Challenges and strategies to improve the availability and geographic accessibility of physicians in Portugal.	Oliveira AP, Dussault G, Craveiro I	2017	Human Resources for Health. 15(1):24
68 Organizational commitment and job satisfaction: an exploratory study in family health units in Portugal	Pereira I, Veloso A, Silva IS, Costa P.	2017	Cadernos de Saúde Pública. 33(4): e00153914
69 Human resources for health (and rehabilitation): Six Rehab-Workforce Challenges for the century.	Jesus TS, et al.	2017	Human Resources for Health. 15(1):8
70 Migration intentions among Portuguese junior doctors: Results from a survey	Ramos P, Alves H	2017	Health Policy. 121(12): 1208-1214
71 Exploring public sector physicians' resilience, reactions and coping strategies in times of economic crisis; findings from a survey in Portugal's capital city area	Russo G, et al.	2017	BMC Health Services Research. 17:207
72 Processes and experiences of Portugal's international recruitment scheme of Colombian physicians: Did it work?	Masanet E	2017	Health Policy. 121(8): 929-935
73 Social and economic value of Portuguese community pharmacies in health care	Félix J, et al.	2017	BMC Health Services Research. 17(1);606
74 How to best manage time interaction with patients? Community pharmacist workload and service provision analysis.	Gregório J, Cavaco AM, Lapão LV	2017	Research in Social & Administrative Pharmacy. 13(1): 133-147
75 To which countries do European psychiatric trainees want to move to and why?	Pinto da Costa M, et al.	2017	European Psychiatry. 45: 174-181
76 The provision of accredited higher education on dementia in six European countries: An exploratory study.	Hvalič-Touzery S, et al.	2017	Nurse Education Today. 60: 161-169

LISTA NOMINAL DA LITERATURA CINZENTA INCLUÍDA

TÍTULO	AUTORES	ANO
1 Migration of health personnel in the WHO region	Gilles Dussault e outros	2009
2 Human resources for health - Plan component of National Health Plan 2011-15	Gilles Dussault e outros	2010
3 WHO evaluation of National Health Plan of Portugal	OMS e outros	2010
4 Portugal health system performance assessment	OMS e outros	2010
5 Atuais e futuras necessidades previsionais de médicos	ACSS	2011
6 Portugal - Mobility of health professionals	Associação para o desenvolvimento da Medicina Tropical e outros	2011
7 Análise da sustentabilidade financeira do serviço nacional de saúde	Entidade reguladora da saúde	2011
8 Portugal health system review (em progresso)	Pedro Pita Barros e outros	2011
9 15 Propostas para melhorar a eficiência no SNS	Ordem dos Enfermeiros	2013
10 An universal truth - no health without a workforce	OMS	2013
11 Um futuro para a saúde	Fundação Calouste Gulbenkian	2014
12 O sistema de saúde no tempo da troika: a experiência dos médicos	Tiago Correia e outros	2015
13 Relatório social do Ministério da Saúde	Ministério da Saúde	2016
14 Recursos humanos estrangeiros na saúde - atualização de dados	Ministério da Saúde	2016
15 Portugal health system review	Jorge Simões e outros	2017
16 Portugal - Human resources	Observatório Europeu Sistemas Políticas Saúde	2017
17 State of the health in the EU - Portugal	UE e outros	2017
18 Relatórios de Primavera	Observatório Português Sistemas de Saúde	2001-2017
19 Relatórios de Primavera	ACSS	S/D
20 Os cidadãos no centro do sistema. Os profissionais no centro da mudança	Grupo técnico reforma hospitalar - Ministério Saúde	S/D

CAPÍTULO 5 |

A BOA GOVERNAÇÃO EM SAÚDE

VÍTOR RAPOSO^{1,2}, PEDRO LOPES FERREIRA^{1,2}

1 | Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

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

A BOA GOVERNAÇÃO EM SAÚDE

5.1 Introdução

O termo “boa governação” emergiu nos trabalhos do Banco Mundial (BM), no final dos anos 80 e no início dos anos 90 do século passado, nas suas preocupações relativamente à forma como a governação afetava o desempenho económico,⁽¹⁾ incluindo de forma variada áreas como a gestão do sector público, a prestação de contas organizacional, o governo da lei, a transparência dos processos de decisão e o acesso à informação. Este conceito foi adotado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e pela União Europeia e integrado nos seus requisitos para assistência no desenvolvimento económico. Mais tarde, foi expandido aos Programas de Desenvolvimento das Nações Unidas (PDNU) para incorporar uma dimensão política que inclui a legitimidade, a prestação de contas e a competência do governo, para além da proteção dos direitos humanos através do governo da lei.

A boa governação é vista pelas organizações internacionais de desenvolvimento como uma condição necessária para o desenvolvimento económico,⁽²⁻⁵⁾ social e humano sustentado.⁽⁶⁻⁸⁾ Este tema tem vindo a assumir um papel cada vez mais predominante no desenvolvimento dos sistemas de saúde,⁽⁹⁾ na promoção/melhoria do seu desempenho e na efetividade das reformas implementadas.⁽¹⁰⁻¹²⁾

Apesar de não existir oficialmente um enquadramento que permita avaliar a boa governação em saúde, podem ser utilizados alguns enquadramentos existentes, nomeadamente: domínios associados ao conceito de provedoria (stewardship) da Organização Mundial de Saúde;⁽¹³⁾ funções essenciais da saúde pública da Pan American Health Organization;^(14,15) dimensões da boa governação do BM;^(5,16) princípios de boa governação dos PDNU;^(6,7,17) indicadores de boa governação da World Governance Assessment;⁽¹⁸⁾ características institucionais dos sistemas de saúde da OCDE;^(19,20) e indicadores de boa governação em saúde da United States Agency for International Development.⁽²¹⁾

Siddiqi et al.,⁽²²⁾ numa proposta de um possível enquadramento para a avaliação da governação dos sistemas de saúde, baseando-se em alguns dos anteriormente indicados, consideram como princípios de boa governação a visão estratégica, a participação e orientação de consensos, o primado da lei (estado de direito), a transparência, a resposta, a equidade e inclusão, a efetividade e eficiência, a prestação de contas/responsabilização pelos resultados, a inteligência e informação, e a ética. Analisando os vários enquadramentos constata-se que a transparência e a prestação de contas/responsabilização pelos resultados são princípios transversais aos mesmos.

Por seu turno, Barbazza e Tello⁽²³⁾ identificam como dimensões essenciais da governação os valores fundamentais (controlo da corrupção, democracia, direitos humanos, ética e integridade, prevenção de conflitos, bem público e o primado da lei), as subfunções (prestação de contas/responsabilização, parcerias, formulação da direção estratégica das políticas, gerar informação/inteligência, adequar a organização/desenho do sistema, participação e consenso, regulação e transparência) e os resultados (efetividade, eficiência, equidade, qualidade, resposta, sustentabilidade, proteção do risco financeiro e social, e melhoria da saúde).

Os mesmos autores concluem que apesar de uma base crescente de literatura nesta área, é necessário um esforço concertado para uma compreensão mais acessível da governação em saúde.

5.2 Governação hospitalar

Os hospitais são considerados como organizações extraordinariamente complicadas^(24,25) sendo, segundo Drucker⁽²⁶⁾ a forma mais complexa de organização humana que alguma vez se tentou gerir. A complexidade resulta, de entre outros fatores, da diversidade e interações de profissões (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, administradores, etc.) e de outros interessados (doentes, governo, etc.) muitas vezes defendendo aspetos, perspetivas e horizontes temporais, aparentemente incompatíveis.⁽²⁷⁾

Dos diversos tipos de organização, o hospital representa aquela que mais uso intensivo faz de recursos humanos, capital, tecnologia e conhecimento — necessitando consequentemente de um enquadramento de administração com os seus órgãos de governo e uma equipa profissional de gestores. Ao mesmo tempo, desempenha um papel fundamental no contexto em que está inserido relacionado com o tipo específico do bem que produz – prestação de cuidados de saúde – e, consequentemente, com a responsabilidade que tem perante a tutela não apenas na prestação direta de cuidados de saúde, mas também na promoção, prevenção e proteção da saúde.

Na literatura podem ser encontradas várias definições de governação hospitalar que refletem diferentes perspetivas sobre o hospital e o entendimento do papel dos seus atores. Veja-se, por exemplo, Rice,⁽²⁸⁾ Eeckloo et al.,⁽²⁹⁻³¹⁾ Hundert,⁽³²⁾ Hundert e Crawford,^(33,34) Hundert e Topp.⁽³⁵⁾ No âmbito do projeto *Governing Hospitals in Europe*, financiado pelo European Observatory on Health Systems and Policies, a governação hospitalar foi definida como o conjunto de processos e ferramentas relacionadas com a tomada de decisão referente à direção/condução da totalidade da atividade institucional, que influencia todos os aspetos do comportamento organizacional e reconhece as relações complexas entre os múltiplos intervenientes.⁽³⁶⁾

Nesta abordagem, a governação ocorre em diferentes níveis: macro (decisões ao nível governamental que determinam a estrutura básica, organização e financiamento do sistema de saúde e do sector hospitalar), meso (decisões ao nível institucional do hospital – políticas, estratégias, etc. – que são permitidas ao hospital) e micro (que dizem respeito à gestão operacional corrente relativas a pessoas, capitais, tecnologias, etc., dentro das organizações). A rapidez da mudança na saúde das populações e a resposta que a indústria procura dar através da inovação científica e tecnológica (quer através de novos meios de diagnóstico e de terapêutica quer através da oferta de tecnologias de informação e de comunicação inovadoras) obriga a uma análise constante e contínua sobre os potenciais ganhos em saúde resultantes, assim como sobre as vantagens potenciais que apresentam para o desempenho das organizações prestadoras.

Nestas condições, as necessidades de formação, conhecimento e capacidade das equipas com responsabilidade na governação dos hospitais é um imperativo necessário, nomeadamente na gestão de topo destas organizações. Assim, a seleção e nomeação dos responsáveis pela governação dos hospitais deve ser sustentada num processo de seleção que tenha em conta os critérios de transparência, de isenção e de mérito dos seus potenciais candidatos.

5.3 Transparência e Prestação de contas/responsabilização

A prestação de contas/responsabilização pelos resultados assenta no princípio de que os cidadãos possuem o direito de que os seus governantes sejam responsáveis e responsabilizados pela forma como usam a autoridade do Estado e os recursos.⁽⁵⁾ Assim, para além do direito de saber como está a funcionar o governo (transparência) devem poder escolher entre diferentes opções políticas e económicas com base no desempenho das diferentes entidades em presença (contestabilidade). Desta forma, os agentes de decisão (governo, sector privado, sociedade civil organizada) são responsáveis perante a população, bem como perante os interessados (stakeholders) institucionais.^(9,7,17) A prestação de contas/responsabilização pelos resultados assenta em conhecimento e informação e, como tal, nos mecanismos de transparência na governação.

A transparência encerra o direito dos cidadãos estarem informados⁽⁵⁾ sendo fornecida informação suficiente para entender e monitorizar os processos e as instituições.^(6,7) Isto pressupõe fluxos livres de informação, exigindo a divulgação regular de informação: planos de atividades, fontes de financiamento, órgãos de governo etc. Também implica informação clara e publicamente acessível sobre os direitos dos cidadãos, serviços para os quais os cidadãos podem ser eleitos, formas de aceder a esses serviços (tal como taxas que devem ser pagas, como pagar essas taxas, e que formas de recurso estão disponíveis em caso de litígio), quais os regulamentos que os cidadãos devem respeitar (incluindo os agentes responsáveis, as sanções e os mecanismos de recurso).

No domínio dos sistemas de saúde, Siddiqi et al.⁽²²⁾ consideram que a transparência assenta no livre fluxo de informação sobre todos os assuntos relacionados com a saúde – processos, instituições e informação devem estar diretamente acessíveis para todos os potenciais interessados, e deve ser fornecida a informação necessária para acompanhar e monitorizar as questões da saúde. Relativamente à prestação de contas/responsabilização pelos resultados, os mesmos autores consideram que os agentes de decisão no governo, o sector privado e as organizações da sociedade civil envolvidas na saúde são responsáveis perante o público bem como perante todos os interessados institucionais. A prestação de contas é diferente, dependendo da organização e se a decisão é interna ou externa às mesmas.

Por sua vez, Brinkerhoff⁽³⁷⁾ considera a prestação de contas/responsabilização pelos resultados como um elemento fundamental na promoção e melhoria do desempenho dos sistemas de saúde e distingue três tipos: financeira (monitorização/acompanhamento e elaboração de relatórios relativos à alocação, desembolso e aplicação de recursos financeiros utilizando ferramentas de auditoria, orçamentais e contabilísticas), desempenho (demonstrar e responder pelo desempenho relativamente às metas contratualizadas) e política/democrática (garantindo que o governo cumpre as promessas eleitorais, mantém a confiança do público, agrega e representa os interesses dos cidadãos, e responde às necessidades e preocupações atuais e emergentes da sociedade).

Siddiqi et al.⁽²²⁾ associam os princípios de transparência e prestação de contas/responsabilização sobre os resultados a um domínio, a um nível de avaliação (nacional, formulação de políticas de saúde, implementação das políticas) e as questões gerais (resumidas no quadro seguinte).

Tabela 5. 1 - Princípios de transparência e prestação de contas/responsabilização

Princípio	Domínio	Nível de avaliação	Perguntas gerais
Transparência	No processo de decisão	Nacional	A informação sobre procedimentos administrativos e financeiros está prontamente disponível? Até que ponto é transparente o processo de alocação de recursos?
		Formulação de políticas de saúde	Existem mecanismos de monitorização no terreno para garantir a transparência das decisões? Quem está envolvido na monitorização dos serviços de saúde?
		Implementação de políticas	Como são os gestores nomeados/transferidos? Depois do desembolso de fundos após quanto tempo está disponível a informação relativa às auditorias financeiras?
Prestação de contas/ responsabilização pelos resultados	Interna Externa	Nacional	Qual é o papel da imprensa/meios de comunicação? Qual é o papel dos órgãos eleitos (legislativo)? Qual é o papel do sistema judicial?
		Formulação de políticas de saúde	Existem mecanismos no terreno para fiscalizar o cumprimento das regras financeiras e administrativas?
		Implementação de políticas	Qual a evidência sobre a aplicação efectiva dos processos de prestação de contas?

Tomando como base os princípios atrás enunciados, neste Relatório de Primavera, e não pretendendo ser exaustivos, escolhemos como exemplos para ilustrar dois temas que têm merecido a atenção dos investigadores na área da governação da saúde: a (i) seleção e nomeação dos membros dos Conselhos de Administração (CA) dos hospitais públicos, bem como a (ii) avaliação do desempenho dos seus membros.

No campo das práticas de boa governação, nomeadamente da governação hospitalar, alguns dos fatores relacionados com a transparência e a prestação de contas/responsabilização pelos resultados estão associados à forma como os membros dos CA são nomeados, quais os critérios utilizados para esse efeito e a sua avaliação.^(38,39) Estas questões surgem também associadas à efetividade dos CA. O Victorian Public Hospital Governance Reform Panel⁽⁴⁰⁾ relativamente à efetividade dos CA, foca aspetos relacionados com a seleção, a integração e a formação, a avaliação, as comissões e a remuneração.

Estas ideias são reforçadas em documentos mais recentes do European Observatory on Health Systems and Policies que foca o tema da governação hospitalar em vários países europeus,⁽³⁶⁾ do Department of Health of the Victorian Health Services,^(41,42) do Center for Healthcare Governance, da American Hospital Association's, sobre a governação dos hospitais,⁽⁴³⁾ e do Center for International Private Enterprise (CIPE) e U.S. Agency for International Development (USAID) que focam princípios e linhas de orientação para a governação dos hospitais.⁽⁴⁴⁾

5.4 Seleção e nomeação dos membros dos CA

Com o início da empresarialização dos hospitais públicos em 2002, na senda das reformas da nova gestão pública, foram criadas expectativas no sentido do processo de seleção e nomeação dos CA evoluir para a observância de critérios de transparência, isenção e mérito. No entanto, o processo manteve-se praticamente inalterado, apesar das transformações que ocorreram no sector hospitalar. A este propósito, Raposo⁽³⁸⁾ salienta que “o sistema de nomeação é pouco transparente tendo em conta o critério de nomeação demasiado vago e a conhecida interferência política nos processos de nomeação que fragilizam o hospital – quer na sua imagem quer na adaptação ao e do novo CA (que vai ter de conhecer a organização, os projetos em curso, e compreender, nalguns casos, um novo setor) – e os nomeados para os CA – que podem ser muito competentes, mas veem o seu nome envolvido em polémica”.

Para além da discussão em meio académico, no campo da investigação relacionada com a governação hospitalar, existiram várias recomendações que deram ênfase à necessidade introduzir alterações no sistema de seleção e de nomeação, nomeadamente o “Memorando de Entendimento”^(cc) de 17 de Maio de 2011, o Relatório nº20/10-Audit (“Auditoria ao Sistema Remuneratório dos Gestores Hospitalares e aos Princípios e Boas Práticas de Governação dos Hospitais EPE”) do Tribunal de Contas (TC),^(dd) em 2011, e o Relatório Final do Grupo Técnico Para a Reforma Hospitalar (GTPRH) (“Os cidadãos no centro do sistema. Os profissionais no centro da mudança”),^(ee) de 2011.

O “Memorando de Entendimento” definia uma meta específica (ponto 3.73 para o 4º trimestre de 2011), inserida no objetivo de aumentar a eficiência e a eficácia do sistema nacional de saúde, que refere a necessidade de “melhorar os critérios de seleção e adotar medidas para garantir uma seleção mais transparente dos presidentes e membros dos conselhos executivos dos hospitais” assegurando que sejam “obrigados por lei a ser pessoas de reconhecida competência na gestão da saúde e administração em saúde”. A 4ª revisão deste memorando de entendimento, de 27 de Junho de 2012, reiterava esta meta adequando o horizonte temporal (ponto 3.68 para o 2º trimestre de 2012).

O Relatório do TC⁽⁴⁵⁾ fazia uma recomendação específica, considerando que “os estatutos dos hospitais EPE não densificam os requisitos mínimos inerentes ao mérito e perfil necessários para a nomeação individual” e que “o sistema de nomeação não garante que sejam aplicados os critérios do mérito e da igualdade de oportunidades associados à transparência” (p.11). Apesar das alegações em contraditório do Ministro de Estado e das Finanças, o TC⁽⁴⁵⁾ “considera que o estrito cumprimento das disposições legais não prejudica o reforço da transparência dos critérios, dos procedimentos de seleção e escolha dos gestores, de acordo com as boas práticas de governação” (p.11).

^(cc) Também conhecido pelo “Memorando da Troika”, celebrado entre o Governo Português, a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu (BCE) e o Fundo Monetário Internacional (FMI).

^(dd) Disponível em http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2011/2s/audit-dgtc-rel017-2011-2s.shtm.

^(ee) Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Relat%C3%B3rio-final-do-Grupo-T%C3%A9cnico-para-a-Reforma-Hospitalar.pdf>.

O Relatório Final do GTPRH,⁽⁴⁶⁾ no capítulo relativo à forma de melhorar a governação, dedicava uma medida à seleção dos membros dos CA.

Considerava que, de forma a assegurar um melhor desempenho dos gestores hospitalares, a seleção dos presidentes e dos membros dos CA deve privilegiar pessoas com:

(1) experiência em funções de direção não inferior a 3 anos, (2) experiência no sector da Saúde, e (3) experiência no sector hospitalar ou Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Era também mencionado que “os procedimentos a adotar no respetivo processo de seleção devem incluir sempre, para além da avaliação do currículo profissional e da adequação do perfil ao cargo a efetuar pela Comissão de Recrutamento e Seleção para a Administração Pública (CReSAP),^(ff) a análise comparativa das competências de vários candidatos, designadamente através de entrevista, dotando assim o processo de seleção de gestores hospitalares de maior transparência” (p.238).

Antes do XIX Governo Constitucional de Portugal, a publicação do novo estatuto do gestor público^(gg), os princípios de bom governo das empresas do setor empresarial do Estado (SEE)^(hh) (onde se destaca os princípios relativos à divulgação de informação – materializado na criação de um sítio na DGTF),⁽ⁱⁱ⁾ e a alteração do regime jurídico do SEE e das empresas públicas^(jj) constituíram alavancas para os princípios da transparência e da prestação de contas. No entanto, o processo de seleção e nomeação dos membros dos CA manteve-se cristalizado, apesar das recomendações do TC e de vários investigadores, parecendo ter sido o Memorando de Entendimento que despoletou o processo de mudança.

Com o XIX Governo Constitucional de Portugal, assistimos à alteração do estatuto do gestor público (EGP),^(kk) à criação de uma página no Portal do Governo (PG) onde eram indicadas as nomeações para cada Ministério, designadamente do Ministério da Saúde (MS),^(ll) e foi criada a CReSAP.

5.4.1 Estatuto do gestor público

Com o novo EGP, alterado à luz das circunstâncias ditadas pelo programa de ajuda económica e financeira, os gestores públicos são escolhidos de entre pessoas com comprovadas idoneidade, mérito profissional, competências e experiência de gestão, bem como sentido de interesse público e habilitadas, no mínimo, com o grau académico de licenciatura (Artº 12º). A definição do perfil, experiência profissional e competências de gestão adequadas às funções do cargo, é da competência do membro do Governo responsável pelo respetivo setor de atividade devendo informar a CReSAP.

^(ff) Lei n.º 64/2011, de 22 de Dezembro de 2012.

^(gg) Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março de 2007. Alterado à luz das circunstâncias ditadas pelo programa de ajuda económica e financeira, a que Portugal passou a estar sujeito a partir de Maio de 2011. A revisão operou-se pela publicação do Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de Janeiro de 2012, e incidiu, de forma particular, sobre os aspectos relacionados com o recrutamento e selecção e as remunerações e benefícios, associados a uma gestão por objectivos.

^(hh) Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007, de 28 de Março de 2007.

⁽ⁱⁱ⁾ Informação sobre as empresas do SEE, disponível em <http://www.dgtf.pt/sector-empresarial-do-estado-see/informacao-sobre-as-empresas>. Para além informação diversa sobre os hospitais EPE, são divulgados os currículos dos membros do CA e outra informação associada.

^(jj) Decreto-Lei n.º 300/2007, de 23 de Agosto de 2007.

^(kk) Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de Janeiro de 2012.

^(ll) Estava página estava disponível em <http://www.portugal.gov.pt/pt/o-governo/nomeacoes/ministerio-da-saude.aspx>, no ponto relativo às nomeações no Sector Empresarial do Estado. Entretanto, as nomeações passaram a estar disponíveis através da ligação <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc21/governo/nomeacoes> apenas para as nomeações para os Gabinetes dos membros do Governo.

A definição, por regulamento, dos critérios aplicáveis na avaliação de candidatos a cargos de gestor público, designadamente, as competências de liderança, colaboração, motivação, orientação estratégica, orientação para resultados, orientação para o cidadão e serviço de interesse público, gestão da mudança e inovação, sensibilidade social, experiência profissional, formação académica e formação profissional é da competência da CReSAP.

O EGP no Artº 13 determina que a nomeação passa a ser feita mediante Resolução do Conselho de Ministros, fundamentada e publicada no Diário da República juntamente com uma nota relativa ao currículo académico e profissional do designado, sob proposta dos membros do Governo responsáveis pela área das finanças e pelo respetivo sector de atividade. A proposta deve ser acompanhada de avaliação realizada pela CReSAP, não vinculativa, de currículo e de adequação de competências ao cargo de gestor público. A CReSAP poderá realizar entrevista e aplicar outros métodos de avaliação.

5.4.2 Página de nomeações do Ministério da Saúde

Durante o XIX Governo Constitucional, na página de nomeações do Ministério da Saúde eram listadas as nomeações feitas por este ministério. Era mencionado que nalguns casos os despachos de nomeação e designação para os gabinetes se encontravam ainda em fase de elaboração, após o que seriam publicados em Diário da República. Para além das funções desempenhas, do nome e da idade eram também apresentados os vencimentos em valor bruto mensal. No caso das nomeações para os CA dos hospitais era também indicado se era uma nova nomeação ou se transitava do governo anterior.

A título de exemplo e analisando-se os dados que constavam nesta página para o período 2011-2013,⁽⁴⁷⁾ verificava-se que o XIX Governo Constitucional tinha nomeado 194 pessoas (40 Presidentes, 71 Vogais Executivos, 43 Diretores Clínicos e 40 Enfermeiros Diretores) relativos a 40 CA de hospitais (21 Centros Hospitalares, 8 Hospitais, 3 IPO, 8 Unidades Locais de Saúde).

Destes 194 nomeados, 119 (61%) eram novas nomeações e 75 (39%) transitavam de anteriores CA. Constatava-se também que de todas as nomeações, apenas 10 CA (25%) tinham sido avaliados pela CReSAP. Esta diferença poderá ser explicada, pelo facto de a CReSAP ter sido criada apenas no final de 2011 e do consequente período necessário para começar a funcionar.

A criação desta página foi um marco importante no processo de transparência, apesar de, na altura, a adição de uma ligação direta para o Despacho de Nomeação ou para a Resolução do Conselho de Ministros ou então, pelo menos, a indicação do seu número, poder trazer um valor acrescentado no acesso à informação. Entretanto, as nomeações passaram a estar disponíveis apenas para as nomeações para os Gabinetes dos membros do Governo,^(mm) não sendo possível fazer este acompanhamento de uma forma tão fácil.

^(mm)Disponíveis através da ligação <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc21/governo/nomeacoes>.

5.4.3 CReSAP

A criação da CReSAP segue de perto as práticas de outros países, nomeadamente do Reino Unido onde existe o cargo de *Commissioner for Public Appointments*⁽ⁿⁿ⁾ que tem como funções regular, acompanhar e fiscalizar as nomeações feitas pelos vários Ministérios para os CA das várias empresas públicas de acordo com um código de práticas. Já em 2008, o Instituto Português de *Corporate Governance* (IPCG)^(oo) elaborou, na sequência do desafio lançado pelo então Secretário de Estado e Finanças,^(pp) o documento “*Critérios Políticos na Nomeação de Gestores Públicos*”^(qq) que salientava a importância deste tipo de comissão e da definição de critérios claros e objetivos.

A CReSAP^(rr) tem à sua responsabilidade condução do processo concursal destinado à seleção da alta direção da Administração Pública e a avaliação curricular não vinculativa sobre a adequação das competências das entidades propostas para o exercício de cargos de gestor público. Pode ler-se no sítio desta comissão que a mesma procura assegurar com transparência, isenção, rigor e independência as funções de recrutamento e seleção de candidatos para cargos de direção superior da Administração Pública e avalia o mérito dos candidatos a gestores públicos. Saliente-se, de novo, que o parecer da CReSAP não tem um carácter vinculativo, donde poderá ser possível a nomeação mesmo que a CReSAP não reconheça as competências necessárias.

Desta forma, a publicação dos pareceres constituiu um mecanismo fundamental para o reforço da transparência. No entanto, este processo de publicação dos pareceres passou por fases distintas ao longo do tempo: publicação do parecer apenas se o candidato o autorizasse; publicação integral dos pareceres (os candidatos apenas podiam concorrer se autorizassem a divulgação do parecer); publicação apenas da conclusão (adequado/não adequado) do parecer.

No final de 2012 foi registada alguma polémica uma vez que, de acordo com as regras instituídas, o parecer só podia ser divulgado se a personalidade em avaliação desse a sua permissão. A CReSAP, no Relatório de Atividades e Contas de 2012,⁽⁴⁸⁾ demonstrava o seu incómodo com esta situação, mencionando que “a experiência que foi sendo obtida ao longo de 2012 suporta claramente as vantagens decorrentes de uma prática de transparência e prestação de contas, justificando que se caminhe para a publicitação dos pareceres emitidos, tendo em conta, embora, as indicações da Comissão Nacional de Proteção de Dados, a quem foi solicitado parecer” (p.34).

⁽ⁿⁿ⁾Mais informação em <http://publicappointmentscommissioner.independent.gov.uk>. Nesta página encontra-se o Code of Practice for Ministerial Appointments bem como outra informação que orienta todo o processo.

^(oo)Mais informação em <http://www.cgov.pt>.

^(pp)Lançado na abertura da conferência subordinada ao tema “Corporate Governance e o Sector Empresarial do Estado: Critérios Políticos na Nomeação de Gestores?”, realizada pelo IPCG.

^(qq)Disponível em http://www.cgov.pt/index.php?option=com_myblog&show=Criterios-Politicos-na-Nomeacao-de-Gestores-Publicos.html&Itemid=37.

^(rr)Mais informação em <http://www.cresap.pt>.

Assim, em fevereiro de 2013 depois de um parecer da Comissão Nacional de Proteção de Dados,^(ss) a CReSAP divulgou um esclarecimento onde menciona que deixaria de emitir o parecer de avaliação de perfil de gestores públicos se a personalidade em causa não autorizasse a sua divulgação, tornando desta forma obrigatória a autorização de divulgação para que a CReSAP procedesse à avaliação de perfil de gestor público.

No entanto, apesar desta posição, ainda durante o ano de 2013, a CReSAP decidiu passar a divulgar apenas a conclusão, de modo a evitar a exposição pública de pareceres desfavoráveis que poderiam ser considerados “homicídios profissionais”.^(tt) Esta tomada de posição é justificada pelo processo de aprendizagem e a necessidade de “encontrar o caminho entre o direito à transparência e o direito à reserva, também perante a pressão da comunicação social”.^(uu)

5.5 Avaliação do desempenho dos membros dos CA

A avaliação dos CA é um imperativo fundamental que tem sido sistematicamente descurado. Depois da iniciativa inerente à Comissão de Avaliação dos Conselhos de Administração dos Hospitais EPE (CACAH),^(vv) cujo relatório final nunca foi tornado público, nada foi feito. O próprio relatório do TC,⁽⁴⁵⁾ já mencionado anteriormente, foca com particular interesse este ponto e recomenda inclusivamente “*providenciar pela implementação, no ano de 2012, da avaliação formal do desempenho dos CA*” (p.28).

Saliente-se que a avaliação do desempenho dos membros do CA permite consolidar/aprofundar vários aspetos como a fiabilidade do sistema de seleção dos membros do CA, a garantia da eficiência das políticas públicas e a prossecução dos objetivos traçados e a prestação de contas/responsabilização pelos resultados dos gestores públicos.

O Relatório Final do GTPRH,⁽⁴⁶⁾ no capítulo relativo à forma de melhorar a governação, dedica uma medida a esta temática salientando que “para que a prestação de contas possa ser eficaz é essencial avaliar, de forma a permitir a verificação do cumprimento dos objetivos e a própria interpretação dos resultados apresentados”(p.243). Desta forma, é proposto que os gestores hospitalares “sejam avaliados de acordo com um painel de indicadores que inclua os indicadores adotados nos contratos programa e nos contratos de gestão para avaliação de gestores de empresas do SEE, de forma a permitir a comparabilidade dos resultados não apenas ao nível do sector da saúde, mas também ao nível do SEE”. Como horizonte temporal era definido que a regulamentação associada a esta medida deveria ser aprovada até ao final do primeiro semestre de 2012.

Desconhecendo-se o relatório final da CACAH (que nem sequer é mencionado no documento do GTPRH) seria importante perceber como foram selecionados os indicadores para o painel que servirá de base à avaliação dos gestores hospitalares (quadro 36 do documento do GTPRH, p.243),⁽⁴⁶⁾ quais os indicadores que dependem diretamente do gestor (e não de outros fatores) e quais os que podem ser sujeitos a algum tipo de engenharia descurando outros aspetos da missão do hospital. No entanto, o referido relatório não justificava as escolhas feitas para o exemplo apresentado.

^(ss)Que permite a publicação dos pareceres sobre as avaliações curriculares e de adequação de personalidades para o exercício de cargos de gestores públicos desde que seja satisfeita a exigência de proporcionalidade que implica a garantia da legitimidade, ou seja, a autorização da divulgação.

^(tt)Jornal Público, “A Cresap tem de ter um papel mais activo na avaliação dos gestores”, 2/12/2013, entrevista a João Bilhim, Presidente da CReSAP.

^(uu)Idem.

^(vv)Criada pelo Despacho 3596/2008, de 16 de Janeiro de 2008.

No campo da investigação, Alves,⁽⁴⁹⁾ perante a inexistência de um instrumento que permitisse avaliar os CA dos hospitais EPE, apresenta uma reflexão teórica sobre o tema, e desenvolveu um modelo de avaliação que recolheu um consenso elevado entre peritos nacionais com reconhecida experiência e conhecimento na área.

Saliente-se que até ao momento, e apesar do documento do GTPRH de outras iniciativas anteriores e de contributos no campo da investigação, parecem não ter existido quaisquer desenvolvimentos no que concerne à avaliação dos membros dos CA.

5.6 Conclusões e recomendações

A seleção e nomeação dos membros dos CA é uma medida fundamental para a transparência do sistema, para a credibilidade dos diferentes atores e para a defesa do interesse público. Qualquer que seja a forma adotada é importante que seja garantido que essa seleção respeita princípios básicos (mérito e adequação à função, igualdade de oportunidades, integridade e sentido de serviço público, abertura e proporcionalidade, transparência e fundamentação) e que estes são materializados em regras práticas (descrição das funções e perfil, pré-seleção de candidatos, critérios de escolha, difusão dos processos de pré-seleção, documento de justificação da nomeação, renovação de mandatos, divulgação de informação após cada nomeação, supervisão do cumprimento das regras de pré-seleção e divulgação da informação anual).

Apesar da mudança na forma de seleção/nomeação dos membros dos CA, o processo de nomeação é praticamente o mesmo mantendo-se o forte pendor de confiança política. Antes da CReSAP, a nomeação era feita pelo Ministro da Saúde e pelo Ministro das Finanças; após a criação da CReSAP passou a ser elaborada uma proposta pela tutela responsável, sendo feita uma avaliação pela CReSAP sem qualquer carácter vinculativo, e a nomeação é feita posteriormente pelo Conselho de Ministros. Não deixa contudo de ser importante assinalar que se ganhou alguma transparência neste processo apesar das mudanças sucessivas no que se refere à publicitação dos pareceres da CReSAP.

A avaliação do desempenho dos membros dos CA, apesar da intenção política, parece não ter avançado. Saliente-se que a avaliação é fundamental para consolidar/aprofundar a fiabilidade do sistema de seleção dos membros do CA, a garantia da eficiência das políticas públicas e a prossecução dos objetivos traçados, e a prestação de contas/responsabilização pelos resultados dos gestores públicos.

5.7 Bibliografia

1. Landman T, Häusermann J. Map-making and analysis of the main international initiatives on developing indicators on democracy and good governance. Unpublished manuscript, University of Essex, Human Rights Centre. 2003 Jul.
2. World Bank. Governance and Development. Washington D.C.:World Bank; 1992.
3. World Bank. Development in Practice. Governance - The World Bank's Experience. Washington D.C.: World Bank; 1994.
4. World Bank. World Development Report 1997 - The State in a Changing World. New York, N.Y.: Oxford University Press, Inc; 1997.
5. Nabli MK, Humphreys C. Better governance for development in the Middle East and North Africa: enhancing inclusiveness and accountability. Washington D.C.: World Bank Publications; 2003.
6. United Nations Development Programme. Governance for sustainable human development - A UNDP policy document. New York, N.Y.: UNDP; 1997.
7. United Nations Development Programme. Reconceptualising Governance. New York, N.Y.: UNDP, Management Development and Governance Division Bureau for Policy and Programme Support ; 1997.
8. United Nations Development Programme. UNDP Strategy Note on Governance for Human Development. New York, N.Y.: UNDP; 2004.
9. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Saúde que rupturas?. em: Observatório Português dos Sistemas de Saúde (Ed.) Relatório de Primavera. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.
10. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.
11. World Health Organization. Good Governance for Health. Geneva: WHO, Department of Health Systems. Equity Initiative Paper No 14, 1998.
12. World Health Organization. The European Health Report 2002. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. WHO regional publications. European series ; No. 97, 2002.
13. World Health Organization. The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO; 2000.
14. World Health Organization. Public Health in Americas - Essential public health functions. Washington, D.C.: Pan American Health Organization. Scientific and Technical Publication No. 589, 2002.
15. World Health Organization. Essential public health functions: a three-country study in the Western Pacific Region. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2003.
16. Kaufmann D, Kraay A, Zoido-Lobaton P. Governance Matters. Washington D.C.: World Bank; 1999. World Bank Policy Research Working Paper 2196.
17. Graham J, Plumptre TW, Amos B. Principles for good governance in the 21st century. Ottawa: Institute on governance; 2003 Aug.
18. Court J, Hyden G, Mease K. Assessing Governance: Methodological Challenges. Tokyo, Japan: United Nations University. World Governance Survey Discussion Paper 2, 2002.
19. Joumard I, André C, Nicq C. Health Care Systems: Efficiency and Institutions. Paris: OECD Publishing. OECD Economics Department Working Papers, No. 769, 2010.
20. Paris V, Devaux M, Wei L. Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries. Paris: OECD Publishing. OECD Health Working Papers, No. 50, 2010.
21. Brinkerhoff DW, Bossert TJ. Health Governance: Concepts, Experience, and Programming Options. Washington, DC, United States: Agency for International Development (Project Health Systems 20/20). 2008.

22. Siddiqi S, Masud TI, Nishtar S, Peters DH, Sabri B, Bile KM, et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. *Health policy*. 2009 Apr 1;90(1):13-25.
23. Barbazza E, Tello JE. A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern. *Health Policy*. 2014 May 1;116(1):1-1.
24. Glouberman S, Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease—Part I: Differentiation. *Health care management review*. 2001 Jan 1;26(1):56-69.
25. Glouberman S, Mintzberg H. Managing the care of health and the cure of disease—Part II: Integration. *Health care management review*. 2001 Jan 1;26(1):70-84.
26. Drucker PF. *The New Realities: In Government and Politics, in Economics and Business, in Society and World View*, New York: Harper & Row; 1989.
27. Golden B. Transforming Healthcare Organizations. *Healthcare Quarterly*. 2006 Nov;10, 10-19.
28. Rice J. *Hospital Boards: An International Journey for World Class Governance Effectiveness* Minneapolis: The International Health Summit; 2003.
29. Eeckloo K, Van Herck G, Van Hulle C, Vleugels A. From Corporate Governance To Hospital Governance.: Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management. *Health Policy*. 2004 Apr 1;68(1):1-5.
30. Eeckloo K, Delesie L, Vleugels A. Hospital Governance in Europe. EAHM-Conference, Dublin, 1 Septembre 2006.
31. Eeckloo K, Delesie L, Vleugels A. Where is the pilot? The changing shapes of governance in the European hospital sector. *The journal of the Royal Society for the promotion of health*. 2007 Mar;127(2):78-86.
32. Hundert M. Issues in the governance of Canadian hospitals III: Financial oversight. *Hospital Quarterly*. 2003;6(3):63-66.
33. Hundert M, Crawford R. Issues in the governance of Canadian hospitals, Part 1: Structure and process. *Hospital Quarterly*. 2002;6(1):63-67.
34. Hundert M, Crawford R. Issues in the governance of Canadian hospitals, Part II: Hospital planning. *Hospital Quarterly*. 2002;6(2):48-50.
35. Hundert M, Topp A. Issues in the governance of Canadian Hospitals IV: quality of hospital care. *Hospital Quarterly*. 2003;6(4):60-2.
36. Saltman RB, Durán A, Dubois HFW. (Eds.) *Governing Public Hospitals - Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2011.
37. Brinkerhoff DW. Accountability and health systems: toward conceptual clarity and policy relevance. *Health policy and planning*. 2004 Nov 1;19(6):371-9.
38. Raposo V. *Governança hospitalar - uma proposta conceptual e metodológica para o caso português*. Faculdade de Economia. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2007.
39. Raposo V, Harfouche A. *Governing Public Hospitals - Portugal*. Em: Saltman RB, Durán A, Dubois HFW. (Eds.) *Governing Public Hospitals - Reform strategies and the movement towards institutional autonomy*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 217-240. 2011.
40. Victorian Public Hospital Governance Reform Panel. *Victorian Public Hospital Governance Reform Panel - Final Report*. 2003.
41. Department of Health. *Building board capability - A strategic framework to enable the effectiveness of boards of Victorian health services*. Melbourne: State of Victoria, Victorian Government; 2012.
42. Department of Health. *The Victorian health services governance handbook*. Melbourne: State of Victoria, Victorian Government; 2012.
43. Center for Healthcare Governance. *National Health Care Governance Survey Report*. The American Hospital Association's. 2014

44. Healthcare Governance & Transparency Association. Principles and Guidelines for Governance in Hospitals. Healthcare Governance & Transparency Association (HeGTA), Center for International Private Enterprise (CIPE), U.S. Agency for International Development (USAID). 2014.
45. Tribunal de Contas. Auditoria ao Sistema Remuneratório dos Gestores Hospitalares e aos Princípios e Boas Práticas de Governação dos Hospitais EPE. Actos do tribunal: Relatório nº 17/2011-2ª S. Lisboa: Tribunal de Contas; 2011.
46. Ministério da Saúde. Relatório Final do Grupo Técnico Para a Reforma Hospitalar - Os cidadãos no centro do sistema. Os profissionais no centro da mudança. 2011.
47. Raposo V. Transparency and accountability – do we get better leaderships? [Communication O-083]. XXXV Jornadas AES Economía de la Salud - Salud, bienestar y cohesión social: hacia un enfoque transversal de las políticas. 17-19 junio 2015, Granada, AES.
48. Comissão de Recrutamento e Seleção para a Administração Pública. Relatório de Actividades e Contas 2012. 2012.
49. Alves A. Responsabilidade e governação na moderna gestão hospitalar. Secção Autónoma de Ciências da Saúde. Aveiro, Universidade de Aveiro. 2011.

CAPÍTULO 6 |

“MELHORAR A INFORMAÇÃO CIENTÍFICA EM CONTEXTO DE USO REAL, AUMENTAR A EFICIÊNCIA DO SISTEMA DE SAÚDE”

**ROGÉRIO GASPAR¹, FILIPA DUARTE-RAMOS¹,
FERNANDO FERNANDEZ-LLIMOS¹, INÊS TEIXEIRA²,
TERESA CIPRIANO RODRIGUES^{1,3}, JOÃO FILIPE RAPOSO^{4,5},
FÁTIMA FALCÃO^{1,6}, ERICA VIEGAS⁶, PATRÍCIA CAVACO⁶,
JOSÉ NUNES MARQUES⁶, ANA MARTINS⁶**

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

2 | CEFAR-ANF

3 | CEG-IST, Instituto Superior Técnico

4 | Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP)

5 | Faculdade de Ciências Médicas da Universidade NOVA de Lisboa

6 | Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (CHLO)

“Melhorar a informação científica em contexto de uso real, aumentar a eficiência do Sistema de Saúde”

6.1 Introdução

Rogério Gaspar

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

O capítulo do medicamento segue, este ano, a orientação geral do OPSS: um “think-tank” de natureza académica com preocupação de análise com rigor científico, incompatível com o exercício avulso de um fórum meramente opinativo sobre o sistema de saúde o que, infelizmente, vai pululando (legitimamente, mas sem ganhos acrescidos) na sociedade portuguesa.

O método e o rigor que constituem a nossa opção central impedem, obviamente, neste capítulo, a referência a avaliação de decisões polémicas sobre a organização do sistema, ainda em estudo, sendo que estas e outras decisões, com implicações na política do medicamento, serão também inevitavelmente matéria que cruzará tangencialmente a discussão sobre a governança do sistema, matéria contida em capítulo diverso no presente “Relatório de Primavera 2018” (RP018).

Nesse sentido, e apesar de opiniões pessoais já expressas, não referiremos aqui questões tão importantes como os desafios que as alterações propostas no quadro da operação do INFARMED (designadamente a sua deslocalização intempestiva) colocam para o papel de regulação do medicamento. As decisões anunciadas e ainda em fase de análise por comissão específica, no momento em que encerramos este texto, pelo seu contorno ainda indefinido, tornam difícil uma discussão mais rigorosa, sobre os desafios que se colocam a Portugal no quadro da evolução do sistema europeu de regulação do medicamento. Quaisquer medidas nacionais desligadas da evolução do sistema europeu terão repercussões na próxima década. Voltaremos certamente a esse assunto em próximo relatório se tal for necessário. Nesse momento serão mais claros os contornos e impacto de decisões nacionais isoladas, no contexto da resposta e participação integrada das competências nacionais no quadro do sistema europeu.

Deve no entanto destacar-se como aspeto positivo o ter-se reiniciado um ciclo virtuoso de acesso à inovação terapêutica, anteriormente cortado de forma brutal, em virtude do enquadramento e controlo externo de Portugal, mas com consequências óbvias na acessibilidade dos cidadãos à inovação. Muito necessita de ser realizado quanto aos critérios a seguir e no futuro teremos certamente oportunidade de discutir o contexto mais geral da avaliação das tecnologias de saúde, nas quais o medicamento ocupa um papel importante, mas não isolado. Chegou o momento de iniciar de forma decidida um novo caminho, a outra metade do caminho, numa via já anunciada, iniciada timidamente, mas a necessitar de passos mais firmes. Um novo enquadramento orçamental de natureza plurianual seria obviamente um contributo positivo para esse impulso reformador tão necessário.

No presente RP2018 decidimos continuar um caminho iniciado em momento anterior, de aprofundamento do método e rigor na análise de casos concretos relevantes, como exemplo do muito que há a fazer na investigação, monitorização e análise, quanto ao papel do medicamento como tecnologia de saúde diferenciada, no quadro das políticas de saúde. Mantemos ainda duas secções permanentes em relatórios anteriores: a análise da evolução do mercado e a identificação da legislação relevante no setor (esta última remetida para anexo).

Depois da referência, em anos anteriores, à importância na melhoria do acesso a medicamentos antirretrovirais ou a medicamentos oncológicos, quisemos este ano abordar uma importante evolução do sistema, em concreto, no âmbito de intervenções inovadoras de aconselhamento farmacêutico. Será abordado o caso concreto do aconselhamento farmacêutico na área da oncologia, olhando para o caminho já percorrido e abrindo alamedas a caminho futuro, nesta e em outras áreas.

Pela relevância nos encargos com a despesa do SNS em ambulatório, com medicamentos, decidimos também olhar para o contexto da utilização terapêutica dos antidiabéticos orais percebendo os marcos importantes, numa janela temporal delimitada. Portugal tem uma utilização muito acima dos valores encontrados em outros países europeus no consumo de associações fixas de antidiabéticos orais. Relativamente aos inibidores DPP-4 encontramos um consumo que significa cerca de 80% da despesa com antidiabéticos, excluindo as insulinas, quando considerados em combinação ou em monoterapia.

O acesso a medicamentos adequados às necessidades dos utilizadores do sistema de saúde é algo absolutamente essencial. Nesta oportunidade, realizámos uma análise tendo por base a caracterização geográfica da despesa com medicamentos. A opção em si mesma produz um resultado limitado e insuficiente para iniciar uma reflexão sobre equidade no acesso, baseado na variabilidade geográfica da despesa. Contudo, algumas das diferenças encontradas podem permitir estabelecer uma linha de base para futura monitorização, com critérios mais finos e exaustivos, no observado em alguns municípios ou regiões, visando a identificação de determinantes sociogeográficos e sociodemográficos no acesso com equidade. Uma das limitações metodológicas encontradas foi a ausência de informação sobre as DDDs - métrica utilizada e recomendada pela OMS, essencial para o cálculo das DHDs, como indicador-padrão da prevalência da utilização de medicamentos. Pretendemos regressar a este tema, em próximo RP ou em publicação autónoma.

A despesa pública com medicamentos foi sistematicamente apontada em momentos anteriores como espaço de poupança em sucessivos orçamentos para o SNS. Este foi um sector onde os governos sucessivos terão sempre tendência a olhar mais para a determinante poupança do que para a determinante uso racional e efetivo. Por ausência de ferramentas e por pressão de controle financeiro do OE.

Parece-nos ser esse um modelo esgotado e pernicioso. As tendências quer de aumento de custos em inovação diferenciadora para obtenção de melhores cuidados de saúde, qualidade de vida e sobrevivência, quer de aumento da prevalência de patologias crónicas, como consequência do envelhecimento demográfico, inexorável na nossa sociedade, determinam a necessidade de abordagens mais sofisticadas no enquadramento da variável despesa pública com medicamentos.

É fundamental promover metodologias de avaliação rigorosa em todas as tecnologias de saúde (e em consequência, também numa das mais diferenciadas como é o caso do medicamento), mas igualmente inovar nos processos de contratualização com o setor privado (indústria farmacêutica, farmácias, distribuidores), melhorando a eficiência do sistema com ganhos em efetividade terapêutica e em equidade no acesso. Uma melhor integração das tecnologias existentes será também determinante para evitar perdas de eficiência que envolvam desperdício de recursos que são por definição escassos, face aos desafios crescentes.

É obrigatório sair de um ciclo vicioso de debate fechado, entre sector público pagador (OE) e um sector privado envolvendo indústria, farmácias e distribuidores. Sem descurar o papel interessante que o sector social pode também desempenhar, é essencial abrir oportunidades para um papel mais ativo dos cidadãos como verdadeiros atores centrais do sistema de saúde. Importante é igualmente melhorar a qualidade da informação disponível sobre a utilização de medicamentos em contexto real. Para além da informação decorrente de ensaios clínicos controlados, prévios à autorização de introdução no mercado (AIM), a informação científica rigorosa, resultante da utilização em contexto real, no sistema de saúde em concreto, será sempre determinante para as melhorias a introduzir, pelo que a geração da mesma deverá ser fortemente encorajada.

Ao constataremos assimetrias na despesa pública com medicamentos, curiosamente mais elevada, quando normalizamos per capita, em zonas menos favorecidas do ponto de vista socioeconómico e sociogeográfico, seria também interessante (no futuro) verificar se esse aumento de despesa corresponde a critérios menos exigentes na prescrição ou à prevalência de patologias (e sua cronicidade), associadas ou determinadas pelo envelhecimento da população em regiões em acelerado processo de desertificação demográfica. Um leque muito grande de variáveis que não se encontra completamente explorada no RP2018, mas às quais voltaremos certamente em próxima oportunidade.

O papel dos profissionais de saúde, mas igualmente dos cidadãos, será determinante para qualquer tipo de inovação nos processos integrativos a implementar. É ainda de realçar a crescente consciencialização da necessidade de dispor de previsibilidades orçamentais plurianuais, afim de permitir o planeamento de ciclos de médio prazo, recorrendo às fontes de informação disponíveis, quer sobre os ciclos de I&D (naturalmente longos), quer sobre a evolução positiva na capacidade de integrar tecnologias, reguladas de forma diferenciada, mas com aplicabilidade estratégica num sistema de saúde sempre centrado no utilizador/cidadão.

Há um caminho a fazer, percebendo os limites financeiros, mas sempre envolvendo todos na melhoria da eficiência do sistema, com transparência e determinação política.

6.2 Despesa com medicamentos em Portugal

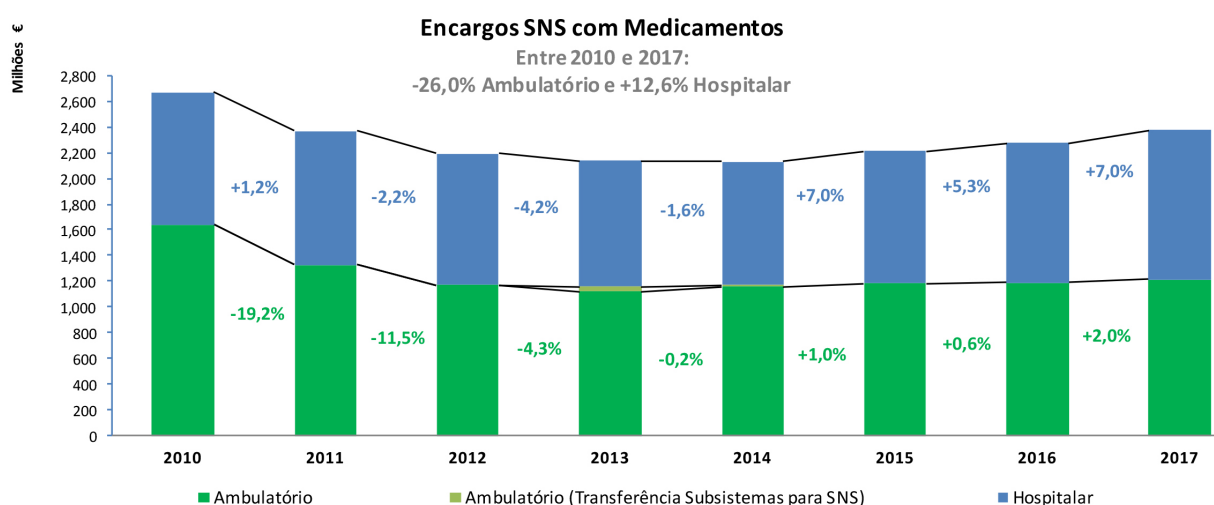
Inês Teixeira, CEFAR-ANF

Nos últimos anos, Portugal destaca-se dos demais países da OCDE pela redução na despesa em saúde, sobretudo com medicamentos, surgindo como um dos países com maior decréscimo. Um relatório recente⁽¹⁾ detalha as políticas de contenção da despesa com medicamentos utilizadas após 2008 nos vários países da OCDE.

O programa de ajustamento iniciado em 2011, e que concedeu assistência financeira ao nosso país, instituiu uma série de políticas para redução da despesa pública na área da saúde e do medicamento, em particular.⁽²⁾ Portugal surge como o país com mais medidas implementadas no âmbito do medicamento entre 2010 e 2015, existindo evidência desta situação mesmo antes do programa de ajustamento.^(3,4)

Neste contexto, apesar do aumento do volume de embalagens dispensadas, entre 2010 e 2017, a despesa do Serviço Nacional de Saúde com medicamentos foi reduzida em cerca de 427,2 milhões de euros no ambulatório (-26,0%) (Figura 6.1), resultado das diversas medidas implementadas, que atuaram sobretudo ao nível de redução de preços, com diminuição das margens da distribuição, e aumento da quota de genéricos.⁽⁵⁾

Figura 6.1 - Evolução encargos SNS com medicamentos ambulatório versus hospital (2010-2017)



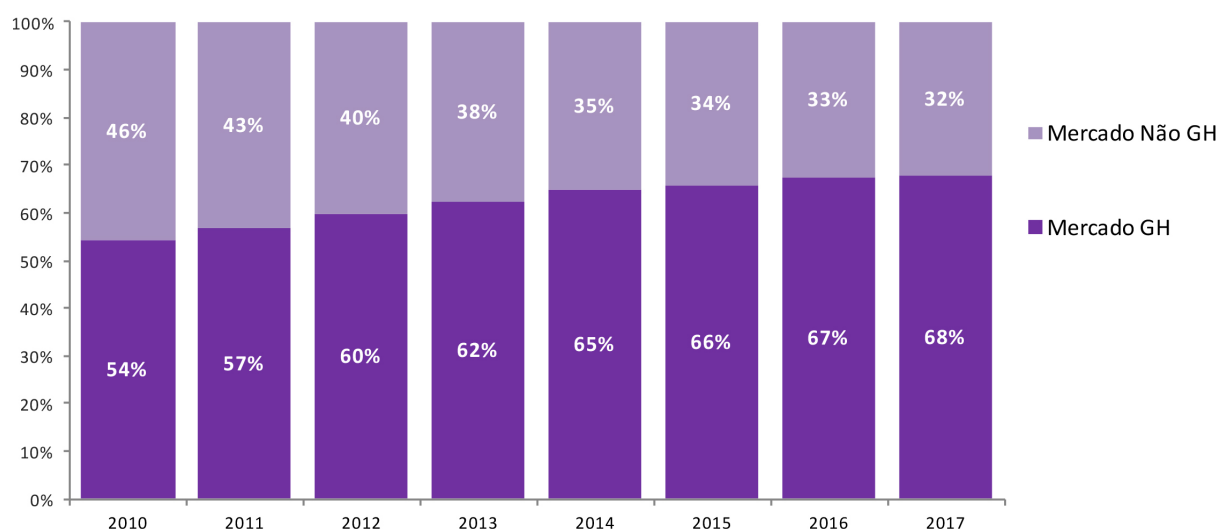
Fonte: INFARMED (elaboração própria)

[Despesa Hospitalar: não inclui medicamentos para o tratamento da Hepatite C; Estimativa para Dez-17]

A diminuição da despesa em ambulatório é essencialmente explicada pela redução do preço dos medicamentos (-27% no preço médio SNS, ponderado pelas dispensas), com corte muito acentuado nos genéricos (-53,4%) em comparação com as marcas (-8,3%), nesse período temporal.⁽⁶⁾ Esta redução teve um impacto ampliado nas farmácias e grossistas que viram a sua remuneração reduzida por embalagem dispensada.

O mercado concorrencial (incluído em Grupos Homogéneos) tem vindo a aumentar continuamente (+24,9%), atingindo 67,7% das unidades dispensadas em ambulatório SNS no ano 2017 (Figura 6.2)

Figura 6.2 – Evolução do peso (em unidades) do mercado dos GHs no mercado ambulatorio SNS (2010-2017)



Fonte: CEFAR (2018)

A quota de genéricos acompanha esta tendência crescente (com aumento de 50,0% entre 2010 e 2017), atingindo 47,9% em Dezembro 2017, do volume total dispensado nas farmácias comunitárias com comparticipação SNS (mercado concorrencial e não concorrencial).⁽⁷⁾

Diversos instrumentos têm contribuído para promover o mercado de genéricos,⁽⁸⁾ nomeadamente através da prescrição obrigatória por DCI, remoção de barreiras à entrada, maior periodicidade na criação de grupos homogêneos, ou incentivos às farmácias para aumento da dispensa de genéricos e, entre estes, os mais baratos, numa partilha de valor associada ao seu contributo na poupança obtida pelo Estado [Portaria n.º262/2016, 7/10].

O recente aumento dos encargos é explicado, em parte, pelas novas moléculas comparticipadas em ambulatório (cerca de 40 novas moléculas entre 2015-2017), representando mais 25,3 milhões de euros de encargos no SNS em 2017 (Figura 6.3). A título de exemplo, foram comparticipados novos antidiabéticos (Empagliflozina e Dulaglutido) a 90%, novos anticoagulantes (Edoxabano) a 69%, o medicamento indicado para cessação tabágica (Vareniclina), ou a associação fixa de antagonista dos receptores da angiotensina e diurético (Azilsartan medoxomilo+Clorotalidona), já comparticipados isoladamente.

Tabela 6.1 - Novas moléculas comparticipadas, impacto Encargos SNS ambulatório (2015-2017)

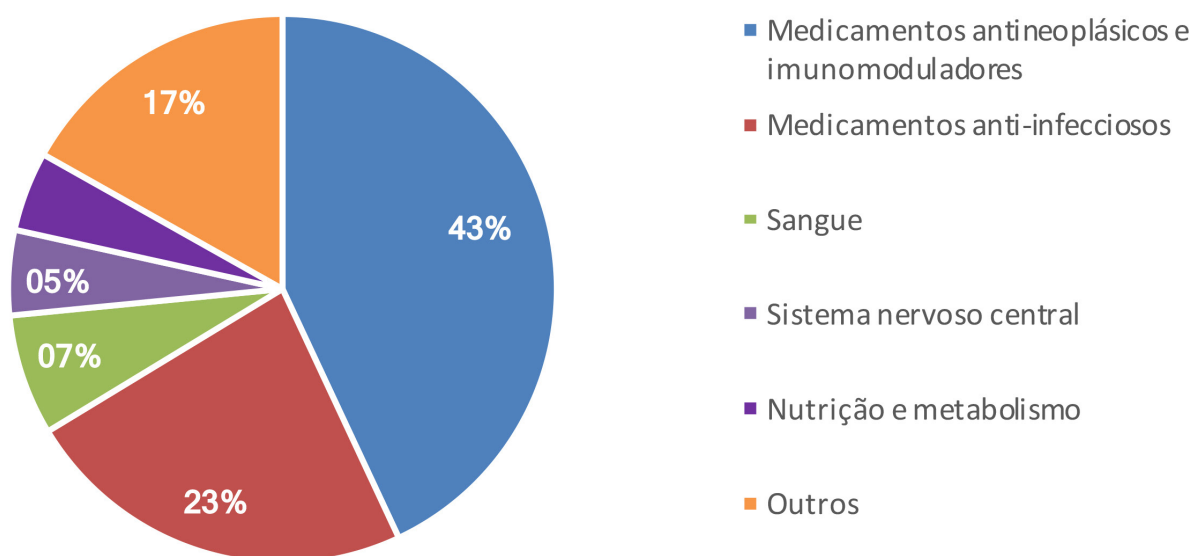
ANO DE COMPARTICIPAÇÃO	N.º DCI COM VENDAS	PERÍODO DE VENDAS				
		2015	2016	ANO Δ	2017	YTD Δ
2015	20	4,4	18,0	13,6	29,0	10,9
2016	8	—	4,0	4,0	11,3	7,4
2017	13	-	-	0,0	7,0	7,0
TOTAL		4,4	22,0	17,5	47,3	25,3

Fonte: CEFAR (2018)

Adicionalmente, a taxa média de comparticipação do SNS tem vindo a crescer, atingindo em 2017 o valor mais elevado dos últimos 5 anos (63,9%).

Quanto ao mercado hospitalar, apesar do decréscimo entre 2011-14, a despesa do SNS aumentou 129,4 milhões de euros (+12,6%) entre 2010 e 2017, de acordo com os dados do INFARMED. O peso da factura hospitalar nos encargos públicos com medicamentos cresceu mais de 10 pontos percentuais nos últimos sete anos, representando atualmente metade da despesa SNS com medicamentos (Figura 6.1). Em termos de peso na despesa hospitalar, os medicamentos antineoplásicos e imunomoduladores representam 43% do total, seguidos pelos anti-infecciosos com 23,3% (Figura 6.3).⁽⁹⁾

Figura 6.3 – Top 5 grupos farmacoterapêuticos, encargos SNS hospitalar (Jan-Nov:2017)



Fonte: INFARMED (2018)

O equilíbrio entre inovação e sustentabilidade do SNS reforça cada vez mais o papel central da avaliação de tecnologias de saúde, na relação custo-efetividade, não afastando a relevância da consolidação de medidas de eficiência, combate ao desperdício e à fraude, juntamente com o reforço necessário de financiamento do SNS.⁽¹⁰⁾

Mais do que medidas que atuam apenas no curto prazo, o sistema precisa de políticas efetivas, embora mais demoradas. Um relatório da Comissão Europeia⁽¹¹⁾ refere vários estudos que demonstram que reformas incrementais ou parciais não atingiram os objetivos no passado, sendo necessária uma abordagem com instrumentos que incluam comportamento estratégico e incentivos apropriados para todos os agentes.

A Estratégia Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde 2016-2020(12) veio, aliás, delinear a prossecução de uma política sustentável que concilie rigor orçamental e inovação, na melhoria da articulação com outros níveis de cuidados e agentes, valorizando o papel da farmácia comunitária e dos serviços prestados à população, apostando na promoção de literacia em saúde, prevenção da doença e no desenvolvimento da utilização racional do medicamento.

Os compromissos estão lançados, com o intuito de garantir melhoria na equidade e qualidade dos cuidados de saúde, assegurando princípios de sustentabilidade, mas o caminho está longe de terminar.

6.3 Assimetrias geográficas na despesa com medicamentos

Fernando Fernandez-Llimos, Filipa Duarte-Ramos

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

Segundo o recente relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), Health at a Glance 2017, do total dos gastos das famílias portuguesas, 3,8% são para o pagamento de despesas com a saúde, um valor acima da média, que está nos 3%, com base em dados de 2015. O mesmo relatório refere que 10,1% dos portugueses não compraram medicamentos prescritos pelo médico por motivos financeiros no ano anterior e 8,3% falharam uma ida ao médico pelo mesmo motivo.

No presente estudo de caso procedeu-se à análise da distribuição geográfica da despesa com medicamentos comparticipados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), dispensados pelas farmácias comunitárias de Portugal Continental. Para este efeito procedeu-se à análise dos dados disponibilizados pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), provenientes do Centro de Conferência de Faturas (CCF). Foram solicitados dados de despesa em PVP,^(ww) encargos para o SNS e número de embalagens, por origem de prescrição (Cuidados de Saúde Primários, Hospitais do SNS, Medicina Privada e Nacional), por trimestre de 2014 a 2017.

As análises foram conduzidas ao nível das NUTSII,^(xx) NUTSIII e dos municípios, por total de despesa, despesa per capita e despesa direta com medicamentos (out-of-pocket).

Para o cálculo das despesas per capita e da proporção de população idosa, utilizou-se a população média anual residente (N.º) por local de residência (NUTS - 2013) , sexo e grupo etário (por ciclos de vida).⁽¹³⁾ Na inexistência, à data de redação deste documento, de informação sobre a população média residente em 2017, procedeu-se a uma estimativa da mesma aplicando a variação populacional observada entre 2015 e 2016, aos efetivos populacionais de 2016.

Nos anos em análise (2014-2018^(yy)) a despesa com medicamentos dispensados em farmácias comunitárias, a PVP, rondou os 2 mil milhões de euros, com variações de +1,6% (2014-2015), -0,4% (2015-2016) e +2,1% (2016-2017), como se pode observar na Tabela 6.2

^(ww) PVP: preço de venda ao público

^(xx) NUTS: Nomenclature of Territorial Units for Statistics

^(yy) Os dados referentes a 2017 correspondem na projeção ao final do ano, com base nos dados fornecidos de janeiro a novembro

A proporção de despesa por NUTSII manteve-se estável durante o período em análise correspondendo a aproximadamente 35% no Norte, 26% no Centro, 27% na área Metropolitana de Lisboa, 8% no Alentejo e 4% no Algarve. A Tabela 6.2 apresenta ainda os valores de despesa por NUTSIII por ano em estudo e respectivas variações percentuais.

Tabela 6.2: Despesa com medicamentos dispensados em farmácias comunitárias, a PVP (EUR) (2014-2017)

	PVP2014	PVP2015	Var%	PVP2016	Var%	PVP2017	Var%
NORTE	662 687 388,89	676 652 963,06	2,1%	676 888 907,19	0,0%	694 692 650,38	2,6%
ALTO MINHO	51 268 805,12	51 993 935,88	1,4%	52 132 810,66	0,3%	53 283 061,38	2,2%
CÁVADO	70 239 954,50	71 305 543,23	1,5%	71 577 542,96	0,4%	73 740 610,39	2,9%
AVE	74 427 828,61	76 120 537,98	2,2%	76 316 870,50	0,3%	77 835 541,06	2,0%
ÁREA METROPOLITANA DO PORTO	317 874 357,54	323 335 702,73	1,7%	324 519 138,52	0,4%	333 833 176,94	2,8%
ALTO TÂMEGA	18 713 177,56	18 827 777,12	0,6%	18 742 543,45	-0,5%	19 297 377,31	2,9%
TÂMEGA E SOUSA	65 648 868,30	68 799 335,98	4,6%	68 031 447,59	-1,1%	69 635 794,71	2,3%
DOURO	41 375 519,63	42 345 726,43	2,3%	41 690 310,68	-1,6%	42 567 895,22	2,1%
TERRAS DE TRÁS-OS-MONTES	23 138 877,63	23 924 403,71	3,3%	23 878 242,83	-0,2%	24 499 193,37	2,5%
CENTRO	495 378 031,39	502 046 386,89	1,3%	498 950 530,63	-0,6%	509 367 286,76	2,0%
OESTE	71 247 541,75	72 223 030,59	1,4%	71 943 028,30	-0,4%	73 753 200,76	2,5%
REGIÃO DE AVEIRO	75 835 071,78	76 996 382,86	1,5%	76 703 229,97	-0,4%	78 546 988,24	2,3%
REGIÃO DE COIMBRA	103 795 407,24	105 626 051,48	1,7%	104 723 948,19	-0,9%	106 759 477,56	1,9%
REGIÃO DE LEIRIA	63 631 761,51	64 250 964,76	1,0%	63 579 832,46	-1,1%	65 268 312,83	2,6%
VEISEU DÃO LAFÕES	56 960 144,18	57 783 130,62	1,4%	57 062 429,95	-1,3%	58 403 157,34	2,3%
BEIRA BAIXA	19 545 744,38	19 613 730,27	0,3%	19 430 578,76	-0,9%	19 739 698,29	1,6%
MÉDIO TEJO	54 020 491,75	54 336 499,11	0,6%	54 549 055,40	0,4%	54 898 953,59	0,6%
BEIRAS E SERRA DA ESTRELA	50 341 868,80	51 216 597,20	1,7%	50 958 427,60	-0,5%	51 997 498,15	2,0%
ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA	529 194 998,14	536 924 165,74	1,4%	534 015 423,64	-0,5%	543 859 685,95	1,8%
ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA	529 194 998,14	536 924 165,74	1,4%	534 015 423,64	-0,5%	543 859 685,95	1,8%
ALENTEJO	157 688 086,40	158 384 414,37	0,4%	156 605 956,29	-1,1%	159 661 883,85	1,9%
ALENTEJO LITORAL	19 701 915,14	19 771 852,49	0,4%	19 379 353,96	-2,0%	19 803 882,23	2,1%
BAIXO ALENTEJO	23 934 483,19	24 184 825,44	1,0%	23 817 430,81	-1,5%	24 365 456,72	2,2%
LEZÍRIA DO TEJO	51 697 306,07	52 097 918,32	0,8%	51 515 907,29	-1,1%	52 550 833,46	2,0%
ALTO ALENTEJO	24 793 014,20	24 810 365,58	0,1%	24 297 906,56	-2,1%	24 740 855,35	1,8%
ALENTEJO CENTRAL	37 561 367,80	37 519 452,54	-0,1%	37 595 357,67	0,2%	38 200 856,09	1,6%
ALGARVE	75 006 649,18	76 423 603,00	1,9%	76 524 966,31	0,1%	77 820 724,41	1,7%
ALGARVE	75 006 649,18	76 423 603,00	1,9%	76 524 966,31	0,1%	77 820 724,41	1,7%
TOTAL	1 919 955 154,00	1 950 431 533,06	1,6%	1 942 985 784,06	-0,4%	1 985 402 231,35	2,1%

Entre 2014 e 2017 a despesa por origem de prescrição manteve-se praticamente constante (Tabela 6.3). Mais de metade da despesa com medicamentos dispensados em farmácias comunitárias teve origem em prescrições provenientes dos cuidados de saúde primários, seguidos da medicina privada (~ 27%) e dos hospitais do SNS (~ 17,5%).

Tabela 6.3: Despesa com medicamentos dispensados em farmácias comunitárias, por origem de prescrição, a PVP (EUR) (2014-2017)

Origem da prescrição	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%
Cuidados Primários	1 065 657 630,49	55,5%	1 058 287 006,72	54,3%	1 045 680 715,51	53,8%	1 065 492 524,05	53,7%
Medicina privada	521 745 376,51	27,2%	538 425 350,81	27,6%	544 073 489,90	28,0%	546 019 807,68	27,5%
Hospitais SNS	320 406 685,49	16,7%	342 030 462,29	17,5%	341 773 363,72	17,6%	363 427 837,30	18,3%
Outros	12 145 461,51	0,6%	11 688 713,24	0,6%	11 458 214,93	0,6%	10 462 062,32	0,5%
TOTAL	1 919 955 154,00		1 950 431 533,06		1 942 985 784,06		1 985 402 231,35	

A despesa nacional per capita com medicamentos (PVP) foi aproximadamente 200 euros, com pequenas variações no período em estudo. Como se pode observar na Tabela 6.4, existem duas NUTSII – Alentejo e Centro – com valores de despesa superiores à média nacional durante os anos em estudo. O Algarve manteve-se durante todo o período estudado como a região com menor despesa per capita.

Numa análise geográfica mais desagregada, olhando para os valores das NUTSIII verifica-se que, de uma forma geral, no Centro e Alentejo, todas as NUTSIII apresentaram valores de despesa superiores à média nacional. Já na região Norte, apesar de apresentar um valor global de despesa per capita inferior ao da média nacional, verificou-se uma elevada variabilidade da despesa ao nível das NUTSIII, com 50% destas (Alto Minho, Alto Tâmega, Douro e Terras de Trás-os-Montes) acima da média nacional.

É de salientar a estabilidade observada na maioria destes perfis de despesa nos anos em estudo. A Área Metropolitana de Lisboa, sendo uma das que apresentou uma despesa per capita abaixo da média nacional, foi a que registou a menor variação no período 2014-2017 ($\Delta +2,0\%$). Já a Área Metropolitana do Porto, apesar de se manter com valores de despesa abaixo da média nacional, teve um crescimento de 6,1% no mesmo período. Em relação ao Centro, Alentejo e Algarve, o crescimento da despesa (2014-17) rondou os 4,0%, com valores semelhantes ao nível das diferentes NUTSIII que as compõem, com exceção do Baixo Alentejo ($\Delta +5,2\%$) e das Beiras e Serra da Estrela ($\Delta +7,0\%$). A região Norte destacou-se por apresentar o maior crescimento no período ($\Delta + 6,5\%$), sobressaindo Terras de Trás-os-Montes, com um crescimento de 9,9%, numa despesa per capita que já era superior à média nacional.

Tabela 6.4: Despesa per capita com medicamentos dispensados em farmácias comunitárias, a PVP (EUR) (2014-2017)

	PVP2014	PVP2015	Var%	PVP2016	Var%	PVP2017	Var%
NORTE	182,97	187,76	2,6%	188,83	0,6%	194,84	3,1%
ALTO MINHO	215,42	220,06	2,1%	222,97	1,3%	230,31	3,2%
CÁVADO	172,40	175,40	1,7%	176,88	0,8%	183,07	3,4%
AVE	177,28	181,93	2,6%	183,60	0,9%	188,50	2,6%
ÁREA METROPOLITANA DO PORTO	183,60	187,59	2,1%	188,78	0,6%	194,72	3,0%
ALTO TÂMEGA	207,44	210,93	1,7%	213,13	1,0%	222,78	4,3%
TÂMEGA E SOUSA	154,25	162,38	5,0%	161,65	-0,5%	166,58	3,0%
DOURO	209,80	216,88	3,3%	215,79	-0,5%	222,69	3,1%
TERRAS DE TRÁS-OS-MONTES	206,27	216,00	4,5%	218,25	1,0%	226,72	3,7%
CENTRO	218,81	222,50	1,7%	222,36	-0,1%	228,26	2,6%
OESTE	198,77	201,41	1,3%	200,94	-0,2%	206,32	2,6%
REGIÃO DE AVEIRO	208,08	211,35	1,5%	210,87	-0,2%	216,27	2,5%
REGIÃO DE COIMBRA	233,77	239,04	2,2%	238,28	-0,3%	244,22	2,4%
REGIÃO DE LEIRIA	219,85	222,16	1,0%	220,94	-0,6%	227,95	3,1%
VEISEU DÃO LAFÕES	219,03	222,96	1,8%	222,10	-0,4%	229,31	3,1%
BEIRA BAIXA	231,41	234,54	1,3%	234,86	0,1%	241,22	2,6%
MÉDIO TEJO	225,84	228,49	1,2%	230,89	1,0%	233,91	1,3%
BEIRAS E SERRA DA ESTRELA	224,82	230,95	2,7%	232,73	0,8%	240,56	3,3%
ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA	188,38	190,89	1,3%	189,28	-0,9%	192,18	1,5%
ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA	188,38	190,89	1,3%	189,28	-0,9%	192,18	1,5%
ALENTEJO	215,02	218,64	1,7%	218,09	-0,3%	224,31	2,8%
ALENTEJO LITORAL	205,34	208,40	1,5%	205,53	-1,4%	211,34	2,7%
BAIXO ALENTEJO	196,41	201,33	2,4%	200,11	-0,6%	206,63	3,2%
LEZÍRIA DO TEJO	212,20	215,81	1,7%	214,67	-0,5%	220,30	2,6%
ALTO ALENTEJO	221,20	225,07	1,7%	223,76	-0,6%	231,35	3,3%
ALENTEJO CENTRAL	234,96	237,85	1,2%	240,68	1,2%	246,99	2,6%
ALGARVE	169,90	172,93	1,8%	173,34	0,2%	176,46	1,8%
ALGARVE	169,90	172,93	1,8%	173,34	0,2%	176,46	1,8%
TOTAL	194,53	198,23	1,9%	198,07	-0,1%	203,81	2,8%

A despesa direta com medicamentos (out-of-pocket) foi de aproximadamente 700 milhões de euros anuais, estável durante o período em estudo, correspondente a cerca de 36% do valor anual da despesa em PVP, sem diferenças consideráveis entre as regiões. A média nacional per capita deste indicador rondou os 71 euros (Tabela 6.5). Duas regiões apresentaram valores de out-of-pocket acima da média nacional - Centro e Alentejo - respectivamente com 78 EUR e 76 EUR. A região Norte apresentou, durante o período 2014-2017, o 2º valor mais baixo de out-of-pocket, ainda que tenha sido aquela em se verificou um maior aumento percentual do mesmo ($\Delta +5,01\%$), sendo a média nacional de $+2,20\%$. A Área Metropolitana de Lisboa destaca-se por ser a única que registou um crescimento negativo ($\Delta -0,30\%$).

Tabela 6.5: Despesa direta (out-of-pocket) per capita com medicamentos dispensados em farmácias comunitárias, a PVP (EUR) (2014-2017)

	2014	2015	Var%	2016	Var%	2017	Var%	
NORTE	65,32	67,50	3,2%	67,14	-0,5%	68,66	2,2%	5,1%
ALTO MINHO	75,15	77,05	2,5%	77,46	0,5%	79,54	2,6%	5,8%
CÁVADO	60,73	62,56	2,9%	62,77	0,3%	64,35	2,5%	6,0%
AVE	62,10	64,52	3,7%	64,33	-0,3%	65,35	1,6%	5,2%
ÁREA METROPOLITANA DO PORTO	66,80	68,67	2,7%	68,33	-0,5%	69,82	2,1%	4,5%
ALTO TÂMEGA	73,04	74,29	1,7%	74,15	-0,2%	76,96	3,6%	5,4%
TÂMEGA E SOUSA	53,90	57,49	6,2%	56,25	-2,2%	57,63	2,4%	6,9%
DOURO	74,56	76,83	2,9%	75,53	-1,7%	77,04	2,0%	3,3%
TERRAS DE TRÁS-OS-MONTES	71,27	74,61	4,5%	74,66	0,1%	76,76	2,7%	7,7%
CENTRO	77,70	79,36	2,1%	77,95	-1,8%	78,45	0,6%	1,0%
OESTE	70,98	72,29	1,8%	70,97	-1,9%	72,10	1,6%	1,6%
REGIÃO DE AVEIRO	75,27	76,87	2,1%	75,45	-1,9%	76,56	1,5%	1,7%
REGIÃO DE COIMBRA	83,60	85,98	2,8%	83,96	-2,4%	85,10	1,3%	1,8%
REGIÃO DE LEIRIA	78,33	79,52	1,5%	77,43	-2,7%	78,47	1,3%	0,2%
UISEU DÃO LAFÕES	77,12	78,91	2,3%	78,01	-1,1%	79,76	2,2%	3,4%
BEIRA BAIXA	81,85	83,39	1,8%	82,12	-1,5%	82,77	0,8%	1,1%
MÉDIO TEJO	78,30	79,28	1,2%	78,40	-1,1%	78,98	0,7%	0,9%
BEIRAS E SERRA DA ESTRELA	78,37	80,58	2,7%	80,06	-0,6%	74,89	-6,9%	-4,4%
ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA	71,49	72,82	1,8%	71,28	-2,2%	71,27	0,0%	-0,3%
ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA	71,49	72,82	1,8%	71,28	-2,2%	71,27	0,0%	-0,3%
ALENTEJO	75,30	77,33	2,6%	75,91	-1,9%	77,21	1,7%	2,5%
ALENTEJO LITORAL	71,98	73,92	2,6%	71,72	-3,1%	73,11	1,9%	1,6%
BAIXO ALENTEJO	67,18	69,65	3,6%	68,20	-2,1%	69,88	2,4%	4,0%
LEZÍRIA DO TEJO	73,55	75,50	2,6%	74,07	-1,9%	75,51	1,9%	2,7%
ALTO ALENTEJO	79,26	81,58	2,8%	79,76	-2,3%	80,88	1,4%	2,0%
ALENTEJO CENTRAL	83,37	85,04	2,0%	84,47	-0,7%	85,37	1,1%	2,4%
ALGARVE	62,78	63,96	1,8%	63,40	-0,9%	64,09	1,1%	2,1%
ALGARVE	62,78	63,96	1,8%	63,40	-0,9%	64,09	1,1%	2,1%
TOTAL	70,54	72,30	2,4%	71,28	-1,4%	72,06	1,1%	2,2%

Com o objectivo de investigar as assimetrias observadas na despesa per capita com medicamentos, procedeu-se a uma análise por municípios ao longo dos 4 anos em estudo (Figura 6.4). Na ausência de dados de despesa por faixa etária e, sendo sabido que esta varia diretamente com a idade, procedeu-se ao estudo da associação entre a despesa per capita com medicamentos e a proporção de idosos. Nos 4 anos em estudo, identificou-se uma correlação positiva entre ambas as variáveis, com um incremento de aproximadamente 3,5 euros, por variação de um ponto percentual na proporção de idosos. A correlação encontrada, apesar de ser estatisticamente significativa, apresenta uma elevada dispersão, sendo que a proporção de idosos explica apenas 20% da variabilidade observada.

Figura 6.4: Despesa per capita com medicamentos dispensados em farmácias comunitárias, a PVP em euros, por município (2014-2017)

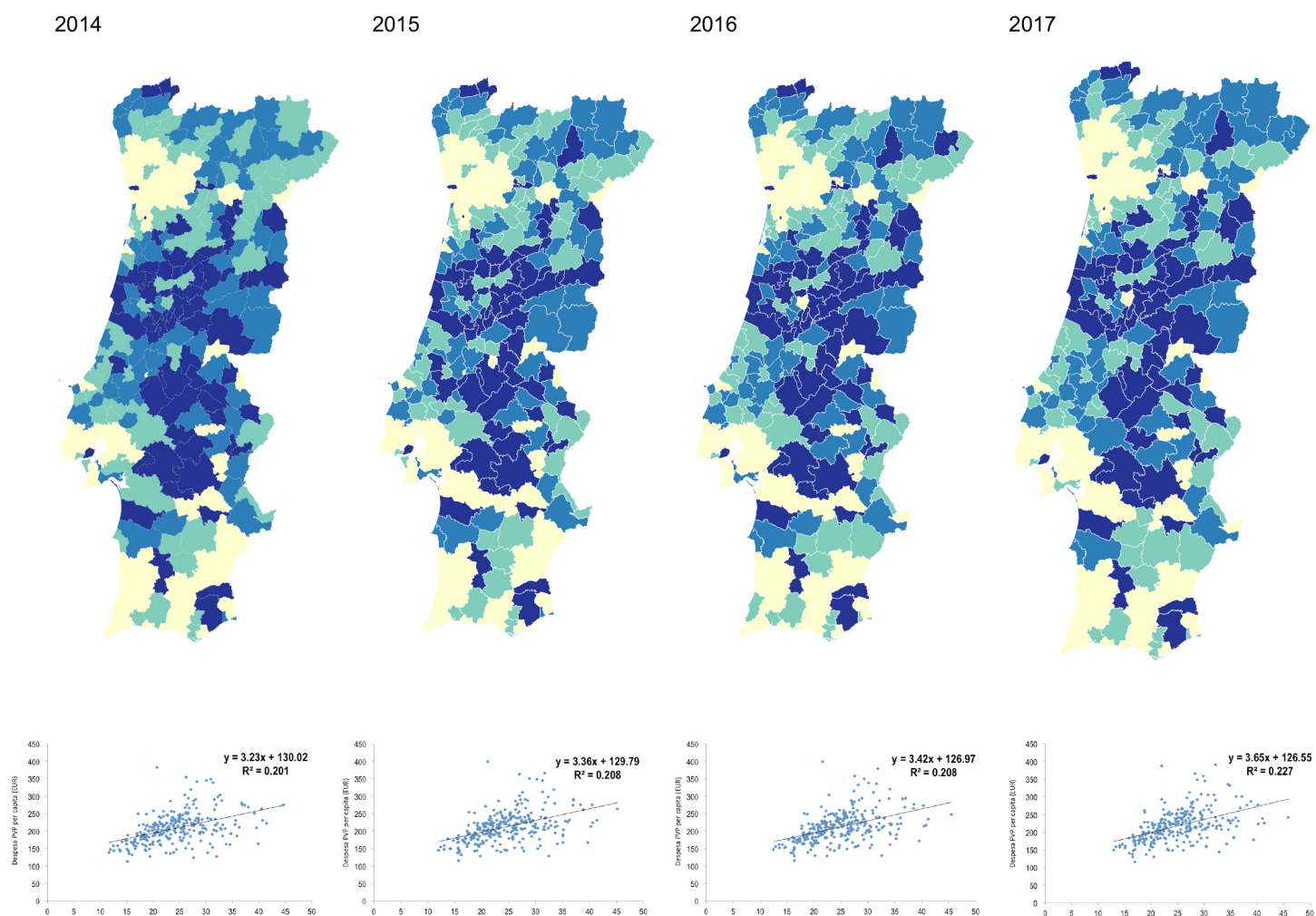


Tabela 6.6: Top 10 de despesa per capita com medicamentos, nos municípios com maior e menor despesa

	2014		2015		2016		2017
Máx							
Mesão Frio	383,33	Mesão Frio	399,13	Mesão Frio	399,44	Mora	390,56
Porto	354,5	Mora	366,83	Mora	379,01	Mesão Frio	388,12
Figueiró dos Vinhos	348,51	Porto	363,11	Porto	358,48	Porto	366,12
Castelo de Vide	345,7	Chamusca	351,61	Chamusca	350	Chamusca	358,57
Chamusca	341,62	Castelo de Vide	348,18	Castelo de Vide	338,36	Manteigas	348,04
Mora	338,98	Figueiró dos Vinhos	345,44	Figueiró dos Vinhos	335,26	Castelo de Vide	345,22
Manteigas	319,26	Castanheira de Pêra	319,6	Manteigas	332,07	Crato	335,76
Castanheira de Pêra	304,21	Góis	311,79	Castanheira de Pêra	320,34	Castanheira de Pêra	332,41
Golegã	304,04	Manteigas	310,43	Abrantes	314,26	Ansião	312,62
Alvaiázere	298,1	Fronteira	301,54	Góis	310,8	Mortágua	308,16
Mediana	206,22		210,05		209,56		217,08
Sousel	138,33	Olhão	143,46	Sintra	144,75	Vila do Bispo	148,29
São João da Pesqueira	138,13	Arruda dos Vinhos	142,41	Óbidos	143,73	São João da Pesqueira	148,26
Albufeira	136,36	Castro Marim	142,27	Arruda dos Vinhos	139,33	Sintra	146,77
Mafra	135,07	Óbidos	140,52	Mafra	137,29	Marvão	144,4
Óbidos	134,91	Albufeira	138,98	Albufeira	136,47	Mafra	140,37
Alcochete	132,08	Mafra	138,3	Marvão	129,48	Albufeira	138,46
Lagoa	127,57	Alcochete	131,89	Lagoa	129,19	Arruda dos Vinhos	137,26
Marvão	127,44	Marvão	128,73	Alvito	128,97	Alcochete	129,72
Castro Marim	123,31	Lagoa	127,87	Alcochete	128,87	Lagoa	129,54
min							
Maia	113,09	Maia	114,87	Maia	114,92	Maia	115,82

Na Tabela 6.6 apresenta-se a listagem dos 10 municípios com maior e menor despesa per capita com medicamentos, sendo clara a estabilidade ao longo do tempo e mantendo-se sempre uma elevada diferença entre o valor mínimo (113,03 - 115,82 EUR) de despesa per capita no município e o correspondente máximo (383,33 – 390,56 EUR).

Importa deixar a ressalva que, da análise efetuada, não é possível inferir acerca da qualidade da prescrição nem da adequação da mesma à situação clínica dos doentes. Daqui, para já, resulta a evidência de assimetrias geográficas na despesa com medicamentos, com um padrão estável ao longo da janela temporal, o que implicará, no nosso entendimento, uma análise mais aprofundada desta situação no futuro olhando para a prevalência das diferentes patologias nos vários municípios, e para indicadores de prescrição e de dispensa, como por exemplo, a quota de genéricos.

Para tal, será necessário dispor de informação sobre as Doses Diárias Definidas (DDD) dos diferentes medicamentos, por município, como métrica de consumo, ao contrário da prática tradicional de efetuar esta análise com base no número de embalagens.^(zz)

^(zz)A redação deste estudo de caso foi concluído em 20 de abril de 2018

6.4 Tratamento da hiperglicemia na pessoa com diabetes

Filipa Duarte-Ramos¹, João Filipe Raposo^{2,3}

Teresa Cipriano Rodrigues⁴, Fernando Fernandez-Llimos¹

1 Departamento de Sócio-Farmácia, Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

2 Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP)

3 Faculdade de Ciências Médicas da Universidade NOVA de Lisboa

4 CEG-IST, Instituto Superior Técnico

A prevalência da diabetes em Portugal (20-79 anos) em 2015 foi 13,3%, que inclui 44% da população ainda não diagnosticada.⁽¹⁴⁾ Com o atual cenário demográfico nacional, associado a uma previsão do aumento do número de idosos⁽¹⁵⁾ e, sendo esta uma doença cuja prevalência aumenta com a idade e a par de ações rastreio e/ou diagnóstico precoce, é previsível que se assista a um aumento da prevalência de diabetes nos próximos anos.

O arsenal farmacoterapêutico para a diabetes dirigido ao controlo da hiperglicemia é habitualmente classificado entre insulinas e antidiabéticos não insulínicos^(aaa) (ADs), onde se englobam diversas substâncias ativas, com mecanismos de ação distintos e diferenças de preço muito substanciais, tornando-se fundamental a individualização da terapêutica para obtenção de um melhor prognóstico, por via da otimização da tríade: eficácia, segurança e custos.⁽¹⁶⁾

As recomendações nacionais da Sociedade Portuguesa de Diabetologia para tratamento da hiperglicemia na diabetes tipo 2, assim como a Norma de Orientação Clínica 052/2011 da DGS identificam, em resumo e sempre que não haja contraindicações, a metformina como 1ª linha de tratamento e, caso não se consiga atingir o controlo metabólico definido, a adição de 1 ou 2 fármacos, orais ou injetáveis, ao esquema terapêutico.^(17,18) De uma forma geral, na última década, tem-se vindo a assistir a um aumento da despesa no tratamento da pessoa com a diabetes e as previsões apontam para uma manutenção desta tendência.⁽¹⁹⁾

Segundo o último relatório de monitorização do consumo de medicamentos no ambulatório publicado pelo INFARMED (dezembro/2017),⁽⁷⁾ os antidiabéticos são a classe terapêutica que, em 2017, constituiu a maior proporção do encargo para o SNS com medicamentos (16,1%), correspondendo a cerca de 196 milhões de EUR no período considerado, com uma variação homóloga de +7,4%. As insulinas constituem o 4º grupo terapêutico com maior peso (5,6%), representando aproximadamente 67 milhões de EUR no mesmo período, com uma variação homóloga de +1,4%. Se considerarmos estas duas classes terapêuticas conjuntamente, constatamos que, em 2017, a abordagem terapêutica da diabetes representou 21,7% do encargo para o SNS com medicamentos, valor superior ao de 2016, no qual foi 20,9%.⁽²⁰⁾

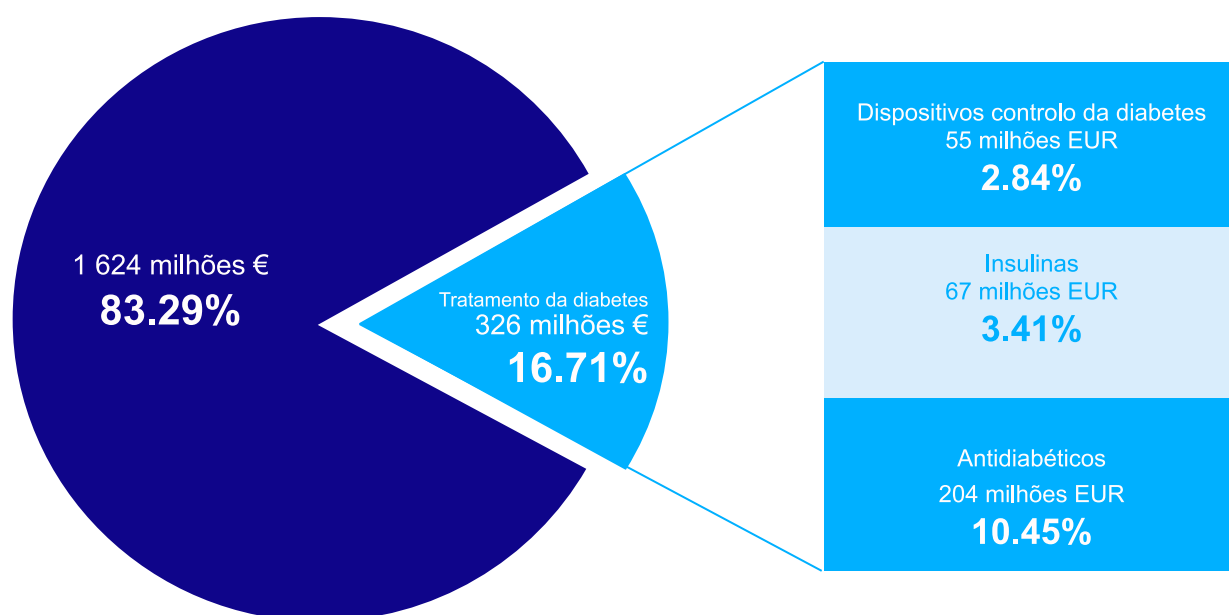
Com base no descrito e atendendo ao importante peso que a terapêutica para a diabetes representa na despesa nacional com medicamentos, o presente estudo de caso tem como objectivo descrever o padrão de dispensa de ADs e insulinas a nível nacional e regional no mercado SNS, em Portugal, entre 2013 e 2017 bem como avaliar a evolução da despesa em PVP, de 2015 a 2016. Será ainda efetuada uma comparação do padrão nacional com o observado noutros países.

^(aaa) Anteriormente designados por antidiabéticos orais

Para tal, foi realizado um estudo descritivo da dispensa de medicamentos usados para o tratamento da hiperglicemia associada à diabetes – antidiabéticos e insulinas – efectuada através das farmácias comunitárias de Portugal nos últimos 5 anos (2013-2017). A informação referente à utilização de medicamentos foi disponibilizada pela hmR – Health Market Research, anualizada e desagregada ao municípios do Continente e dos Arquipélagos dos Açores e da Madeira¹. A informação referente à despesa foi facultada pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) para os anos 2015 e 2016, apenas para os 278 municípios do Continente. Para efeitos de classificação das substâncias ativas foi utilizada a Classificação Anatómica-Terapêutica-Química (ATC, Anatomical Therapeutic Chemical) e a respetiva dose diária definida (DDD) – ATC/DDD Index 2018 – como recomendado pela Organização Mundial da Saúde.⁽²¹⁾ Nesta análise usou-se como indicador de utilização as DDD/1000 habitantes/dia, usualmente designadas como DHDs, cujo cálculo permite estimar a proporção de população tratada diariamente com um medicamento ou uma classe terapêutica. Como métrica de despesa, usou-se o valor do Preço de Venda ao Público (PVP) em EUR e PVP per capita. Foram considerados dados de todos os medicamentos pertencentes às classes com os códigos ATC: A10A e A10B e os dispositivos usados no controlo da diabetes (agulhas, lancetas, tiras e seringas). Para os cálculos das DHDs e da despesa per capita, utilizou-se a população média anual residente (N.º) por local de residência (NUTS-2013), sexo e grupo etário (por ciclos de vida).⁽²²⁾

A análise dos dados da ACSS, referente a medicamentos e produtos para o controlo da diabetes mostra que o tratamento da diabetes em Portugal representou, no mercado de ambulatório, cerca de 17% do encargo para o SNS com medicamentos, como se pode observar na Figura 6.5, dos quais 10,45% (204 milhões EUR) corresponderam à despesa com ADs, 3,41% (67 milhões EUR) com insulinas e os restantes 2,84% (55 milhões EUR) à despesa com dispositivos usados no controlo da diabetes (tiras, lancetas, agulhas e seringas).⁽⁷⁾

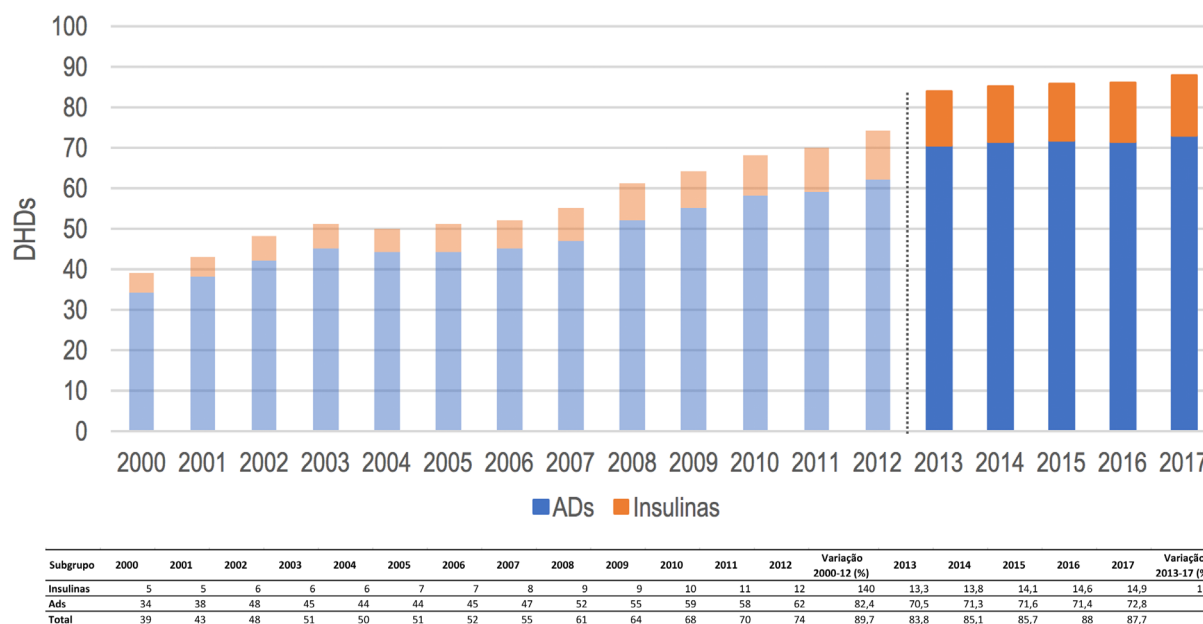
Figura 6.5 Encargo SNS a PVP (EUR) no tratamento da diabetes em ambulatório (2016)



Fonte: Dados ACSS, elaboração própria

O gráfico representado na Figura 6.6 foi elaborado com base nos dados constantes no Relatório do INFARMED referente à análise de consumo de antidiabéticos em 2000-2013.⁽²³⁾ O período 2013 a 2017 traduz os resultados da análise que efetuámos no âmbito deste estudo. Como se pode observar, nos últimos 5 anos a prevalência de consumo de ADs teve um ligeiro aumento ($\Delta +3,2\%$), tendo-se verificado uma maior variação nas DHDs de insulina ($\Delta +12,4\%$)

Figura 6.6: Consumo nacional de antidiabéticos e insulinas (DHDs)
– valores absolutos em tabela (2000-2017)



Fonte: Adaptado de Relatório INFARMED (2000-2013, INFARMED) e elaboração própria (2013-2017, hmR)⁽¹⁰⁾

Apesar de Portugal ser tradicionalmente considerado um país com baixa insulinização da pessoa com diabetes,⁽²⁴⁾ a tendência crescente de utilização de insulina antes mencionada, registou-se em todas as regiões, como se pode ver na Figura 6.7. A Região Autónoma da Madeira foi aquela em que se registou um maior aumento ($\Delta +32,09$ p.p.^(bbb)) na janela temporal estudada, apesar de continuar a ser a que apresenta o consumo mais baixo das 7 regiões em análise. O menor crescimento registou-se no Algarve e no Centro ($\Delta +9$ p.p.), sendo esta última a região com maior consumo de insulina, expresso em DHDs.

A Figura 6.8 ilustra a razão ADs/Insulina, sendo visível que o Algarve, apesar de ter uma utilização de insulina relativamente baixa, tem uma utilização de cerca de 4,5 DHDs de ADs por cada DHD de insulina, semelhante à da região Centro, onde a utilização de insulina é a mais elevada das regiões em comparação.

^(bbb) p.p. - Pontos percentuais

Na Região Autónoma da Madeira, verifica-se a utilização de cerca de 6,5 DHDs de ADs por cada DHD de insulina, valor acima da média nacional, mas ainda assim, menor que em 2013, em que a razão foi 7,5.

Figura 6.7: Insulina (DHD), 2013-2017

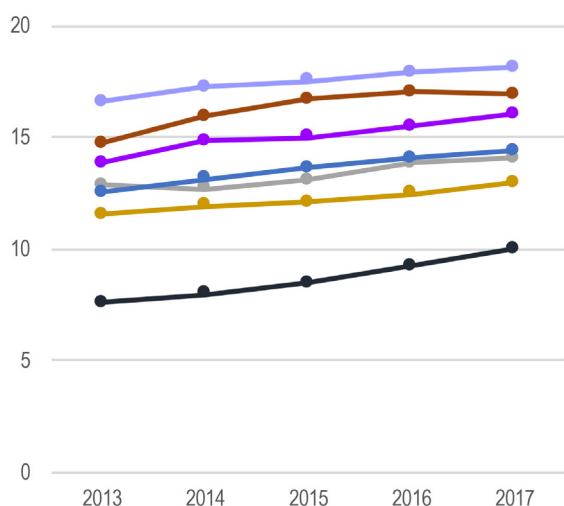
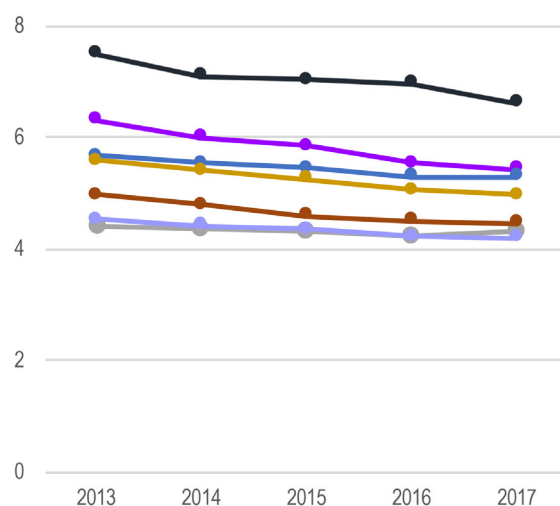


Figura 6.8: Razão ADs/Insulina, 2013-2017



— ALENTEJO — ALGARVE — CENTRO — NORTE — LISBOA — MADEIRA — AÇORES

Fonte: Dados hmR, elaboração própria

A diminuição da razão ADs/insulina apurada em todas as regiões – assumindo um aumento residual da incidência da diabetes tipo 1⁽²⁵⁾ – pode sugerir um aumento da insulinização da pessoa com diabetes tipo 2 ao longo do período.

Na Figura 6.8, pode observar-se que, nos anos em estudo, a classe de ADs mais utilizada foram as biguanidas, na qual se insere um único medicamento, a metformina – seguida pelas sulfonilureias e pelas combinações^(ccc) (Figura 6.8). É importante realçar que, entre 2014 e 2015, o consumo das combinações, expresso em DHDs, excedeu o de sulfonilureias, situação que se manteve nos anos que se seguiram. Com valores muito inferiores aos destas classes, é ainda possível observar um ligeiro aumento do consumo de inibidores DPP-4 isolados, bem como um aumento dos inibidores SGLT2. Tanto os inibidores das alpha-glucosidases, como as tiazolidinedionas e os ‘outros ADOs, excluindo a insulina’ (A10BX) apresentaram valores de consumo inferiores a 1 DHD.

Em relação às duas classes terapêuticas mais recentes – análogos GLP1 e inibidores SGLT2 – ambas com comparticipação desde final de 2014, apesar de no final de 2017 terem ainda uma prevalência de consumo relativamente baixa, importa sublinhar que se registou um importante aumento do mesmo no período. Entre 2015 e 2017, os análogos GLP-1 tiveram um aumento de 0,78 DHDs (2015) para 1,16 DHDs (2017) e os antagonistas de SGLT2, de 1,00 DHDs (2015) para 2,95 DHDs (2017), o que coloca esta última classe na 5ª mais consumida.

^(ccc) engloba as associações fixas de biguanida (metformina) com uma outra substância activa pertencente a uma das seguintes classes: tiazolidinedionas, sulfonilureias ou inibidores DPP-4

Na nossa opinião, é fundamental monitorizar a alteração do padrão de consumo de ADs tendo em conta, desde logo, a tradução da mesma em gastos em saúde.

Observe-se a Figura 6.9, na qual se apresenta a despesa em PVP (EUR) das diferentes classes de ADs e o seu posicionamento num ranking ordenado em função da proporção de despesa em 2015 e 2016^(ddd). Como se pode ver, as combinações representam mais de 55% da despesa total com ADs, ocupando o 1º lugar do ranking em ambos os anos, seguidas dos inibidores DPP-4 isolados (~18% da despesa). As biguanidas, consideradas isoladamente, sendo a classe mais utilizada, ocupam a 4ª posição da despesa (~6%). Repare-se que, apesar das baixas proporções de consumo (quando analisado em termos de DHDs), as novas classes terapêuticas assumem já um importante lugar na despesa. Os análogos GLP1 (1,40% em DHDs) ocupam o 3º lugar da despesa, correspondente a 6,74% do total e os inibidores SGLT2 (2,79% em DHDs), ocupam o 6º lugar na despesa, apenas ligeiramente abaixo da despesa com biguanidas.

Figura 6.9: Despesa, em PVP (EUR) das diferentes classes de ADs e posicionamento no ranking, ordenado em função da proporção da despesa total, 2015-2016

2015 (EUR)	2015 (% valor)				2016 (% valor)	2016 (EUR)
115 063 006,42	58,59	Combinações		Combinações	56,5	115 114 424,03
36 524 317,91	18,6	Inibidores das DPP4		Inibidores das DPP4	18,3	37 285 375,32
11 906 545,86	6,06	Sulfonilureias		Análogos GLP1	6,74	13 731 432,12
11 388 055,37	5,8	Biguanidas		Biguanidas	5,76	11 733 902,41
10 761 104,15	5,48	Análogos GLP1		Inibidores SGLT2	5,67	11 551 113,8
5 705 092,26	2,91	Inibidores SGLT2		Sulfonilureias	5,07	10 329 471,6
2 344 002,15	1,19	Inibidores α-Glucosidases		Inibidores α-Glucosidases	0,87	1 777 880,27
1 507 358,78	0,77	Tiazolidinedionas		Tiazolidinedionas	0,62	1 258 293,48
1 174 823,04	0,6	Outros ADOS		Outros ADOS	0,48	971 533,53
196 374 305,94	100,00	Total			100,00	203 753 426,56

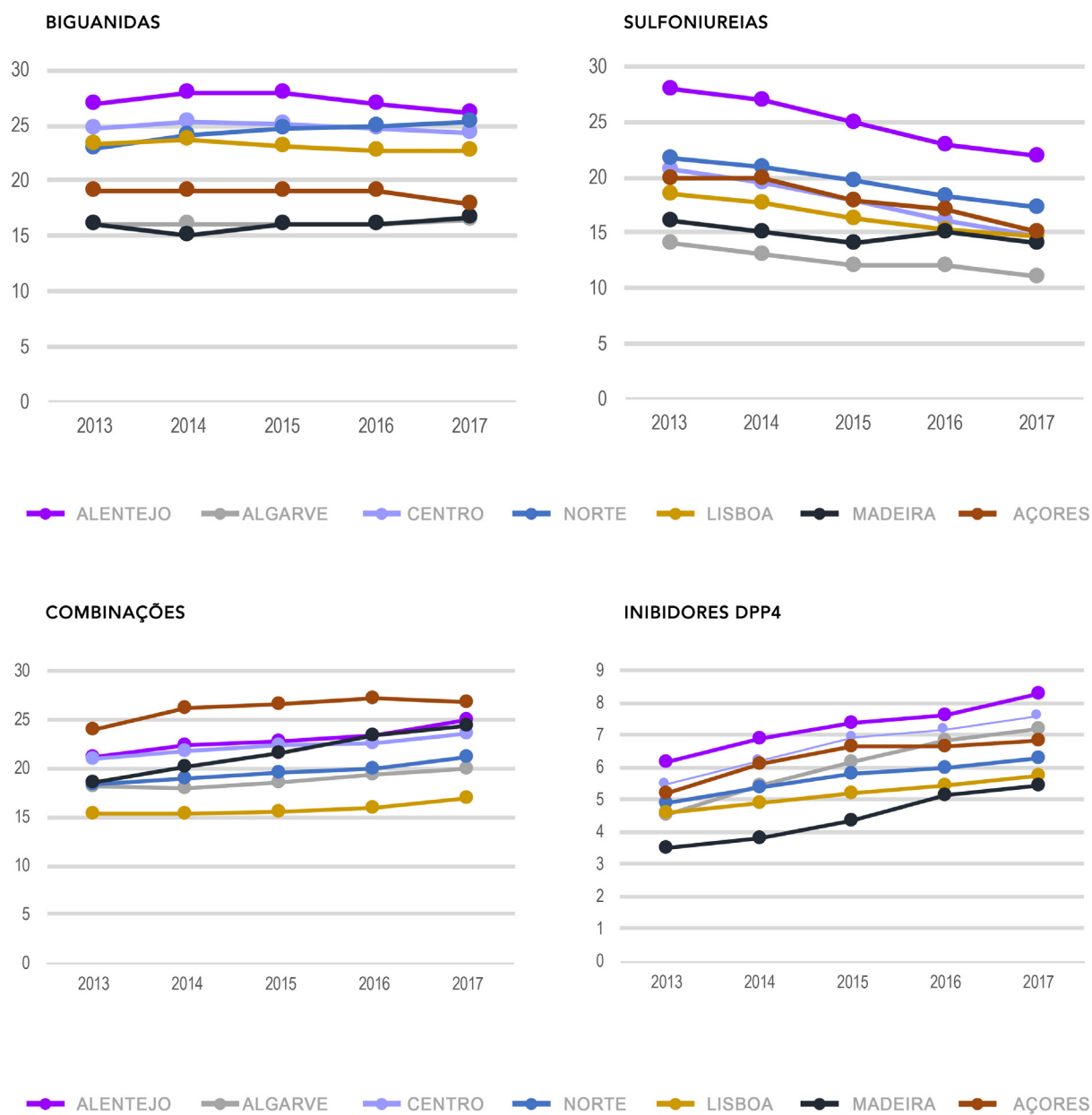
Fonte: Dados hmR, elaboração própria

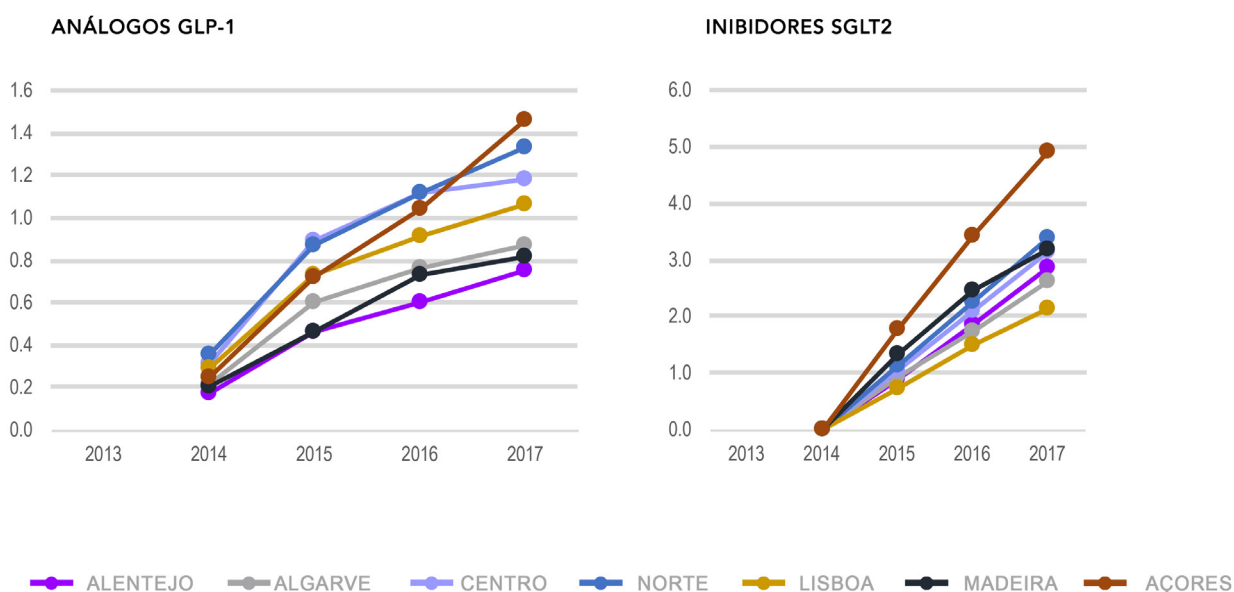
Importa referir que, dos vários ADs analisados, nem todos têm alternativa genérica, pelo que a diferença de custos está também naturalmente associada a este aspeto.

Ao longo dos 5 anos em análise, a tendência de utilização destes medicamentos nas 7 regiões apresenta perfis muito paralelos, apesar das diferenças observadas em termos de prevalência de consumo, para a maioria das classes terapêuticas (Figura 6.10). Assinalamos como principais exceções, o aumento de consumo de combinações observado na Madeira ao longo do período, bastante superior ao das outras regiões e, mais notório ainda, a discrepante velocidade do crescimento de consumo de inibidores SGLT2 e de análogos GLP1 observado nos Açores, em comparação ao observado nas restantes regiões, no mesmo período.

^(ddd) O ano de 2017 não está caracterizado, por não dispormos dados de custos para o mesmo

Figura 6.10: Evolução da utilização das diferentes classes de ADs, por zona (2013-2017)



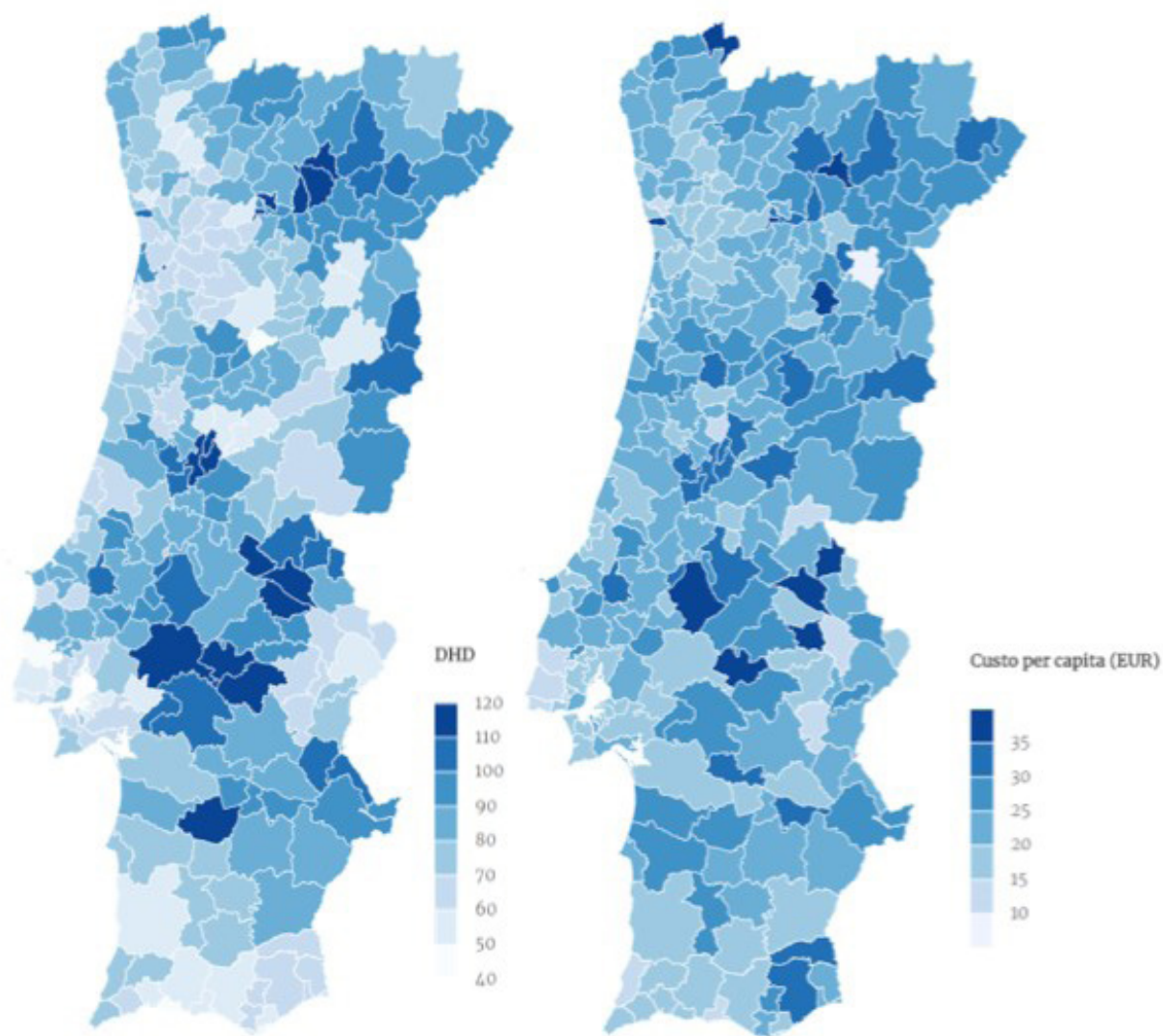


Por fim, procedeu-se à caracterização da dispensa de ADs, em DHDs e em despesa per capita, ao nível dos municípios do continente, para 2016. Como ilustrado na Figura 6.11, regista-se considerável variabilidade na prevalência de utilização de antidiabéticos, com Mesão Frio e Santa Marta de Penaguião a assumirem-se como os municípios que apresentaram prevalências mais elevadas, com uma utilização quase 3 vezes superior à do município de Lagoa, onde se registou o valor mais baixo^(eee). Comparando o mapa de consumo com o mapa de despesa, é possível identificar municípios nos quais baixas prevalências de consumo estão associadas a despesa elevada, bem como o inverso. No futuro, interessa estudar com mais detalhe estas discrepâncias, que podem conduzir a oportunidades de melhoria.

Fica a anotação que, na ausência de indicadores clínicos, não podemos inferir que um consumo mais elevado está associado a melhores cuidados ou a melhores resultados clínicos, nem o seu contrário, passando-se o mesmo para a análise da despesa. Contudo, após fazer as correções para eventuais diferenças na prevalência da doença, não seria expectável observar grandes assimetrias. Deduz-se daqui um considerável caminho a percorrer no futuro no que concerne à monitorização dos indicadores de dispensa e da informação que daí se pode extrair.

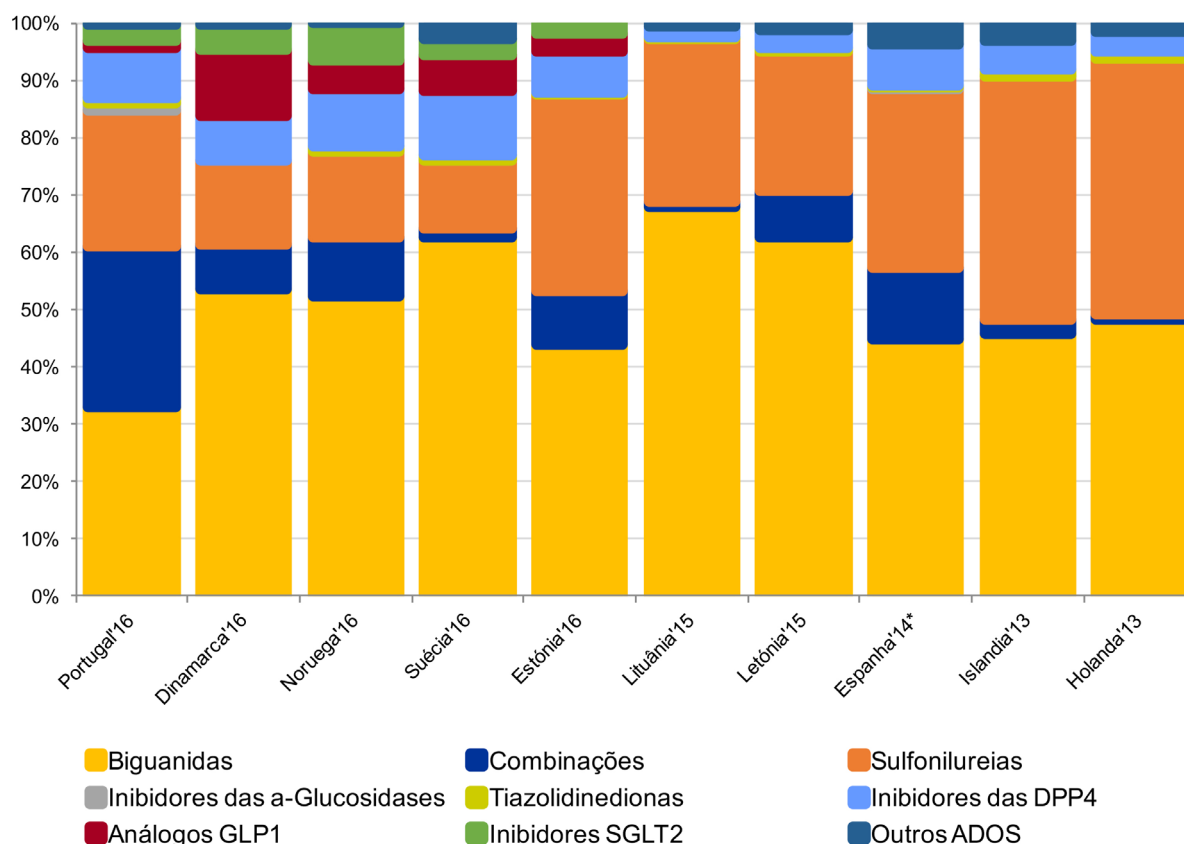
^(eee) Foram utilizados dados de 2016, por ser o ano mais recente para o qual havia informação demográfica disponível

Figura 6.11: Dispensa de antidiabéticos, em DHDs e em despesa per capita, por município, 2016



Através da consulta da literatura e de diferentes bases de dados oficiais de consumo de medicamentos, foi possível identificar informação de consumo de ADs em diversos países da Europa. Os dados estão representados na Figura 6.12, com informação sobre a que ano se referem, por não ter sido possível recolher informação para os mesmos anos referente a todos os países. Como ficou ilustrado ao longo deste estudo de caso, a utilização de ADs é bastante dinâmica ao longo do tempo pelo que, apesar da informação ser referente a uma janela de 3 anos, é necessária alguma prudência na comparação de perfis referentes a anos distintos.

Figura 6.12: Padrão de utilização e antidiabéticos, nalguns países europeus (% DHDs)



Nesta análise, mais uma vez sobressai o fato de Portugal ser o país que, em comparação com os restantes países em análise, regista a mais elevada proporção de utilização de combinações, assinalando-se a considerável diferença para os outros países, em linha com o anteriormente discutido. Portugal apresenta ainda a mais baixa proporção de utilização de metformina isoladamente (biguanidas). Contudo, em relação à proporção de utilização de metformina, é importante deixar a nota de que este valor se encontra sub-representado, função da elevada utilização de combinações, como antes demonstrado. Em relação aos países para os quais conseguimos aceder a informação de 2016 (Portugal, Dinamarca, Noruega, Suécia e Estónia), Portugal é o país com as proporções mais reduzidas de utilização de análogos GLP1 e de inibidores SGLT2, apesar das tendências de aumento de consumo observadas e discutidas anteriormente.

Como resumo do discutido ao longo da apresentação deste estudo de caso, resulta a necessidade urgente de dispor de indicadores clínicos que se possam relacionar com os de utilização de recursos de saúde – neste particular, utilização de medicamentos – com vista a esclarecer as diferenças assinaladas e a tentar perceber se há justificação clínica para as mesmas, ou se, pelo contrário, constituem oportunidades de melhoria.

Os custos com o tratamento da diabetes colocam importantes desafios aos sistemas de saúde. Desta forma, foi recentemente publicado um documento de consenso que visa identificar soluções efetivas para conter o incremento de despesa na gestão desta patologia.⁽²⁶⁾ As cinco áreas chave de intervenção identificadas neste consenso são: (i) a detecção precoce, (ii) promoção da awareness do público em geral; (iii) cuidados de saúde acessíveis; (iv) educação dos profissionais de saúde e (v) papel dos media. Ao longo do documento de consenso é realçada a importância das equipas pluridisciplinares para a gestão da pessoa com diabetes, bem como a necessidade de constituição de uma network clínica real. Estes aspectos encontram-se também refletidos na recente Declaração de Berlim, subscrita por relevantes stakeholders e elaborada por peritos internacionais na área da diabetes,⁽²⁷⁾ que os resume como: prevenção, detecção precoce, controlo precoce e acesso precoce às intervenções adequadas.

Em conclusão, a diabetes é hoje um dos problemas major em saúde pública com grande potencial de crescimento na sua prevalência atendendo ao envelhecimento populacional e à proporção de pessoas ainda não diagnosticadas. Advoga-se a individualização da terapêutica para as pessoas diagnosticadas com base na análise da eficácia, segurança e custos das opções disponíveis. O controlo farmacológico da hiperglicemia foi responsável em 2016 por 16,7% dos encargos do SNS em medicamento distribuída com diferentes padrões no país. Análises finais deverão ter em conta não só a eficácia e a segurança das opções terapêuticas escolhidas e os recursos de saúde disponíveis em relação às diferentes populações a que se aplicam mas também os resultados de saúde que se procuram obter.

Nota: A redação deste estudo de caso foi concluída em 20 de abril de 2018

6.5 Consulta Farmacêutica em oncologia: um estudo de caso

Fátima Falcão^{1,2}, Erica Viegas², Patricia Cavaco², José Nunes Marques², Ana Martins²

1Departamento de Sócio-Farmácia, Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa

2 Centro Hospitalar Lisboa Ocidental (CHLO)

O cancro é um dos maiores problemas da atualidade na nossa sociedade. A incidência do cancro aumenta com a idade, e uma vez que o envelhecimento é o principal fator de risco para o seu desenvolvimento, prevê-se, igualmente, um aumento no número de casos desta doença. O envelhecimento provoca alterações fisiológicas que, normalmente, conduzem a uma perda gradual da capacidade física e intelectual do indivíduo, além de enfraquecer os seus mecanismos de defesa. Nestas faixas etárias ocorrem mais doenças crónicas que, ao coexistirem com o cancro, interferem e dificultam o tratamento do mesmo. A maior prevalência de patologias crónicas conduz à polimedicação, aumentando o risco de reações adversas e/ou interações medicamentosas.

Os doentes oncológicos estão geralmente polimedcados com um número de fármacos que tende a aumentar, com a idade e a progressão da doença. Assim, nos doentes com cancro avançado, e tendo em conta a manutenção da sua qualidade de vida, é importante identificar e suspender a medicação desnecessária, definida como aquela que já não oferece benefícios ao doente, que não é prescrita com um objectivo claro ou que pode trazer consequências potencialmente perigosas.⁽²⁸⁾

A oncologia tem tido nos últimos anos, no âmbito da tecnologia, diagnóstico e inovação terapêutica, uma enorme expansão, nalguns casos disruptiva. O ritmo do progresso científico e técnico tem condicionado a necessidade de abordagem multidisciplinar e especialização dos recursos humanos.⁽²⁹⁻³²⁾

Em oncologia, como em qualquer outra patologia, a seleção do melhor esquema terapêutico deve respeitar os consensos nacionais e internacionais. Contudo, esta seleção representa um desafio adicional quando se trata de doentes oncológicos idosos pelas comorbilidades presentes.^(29,33)

O doente oncológico idoso apresenta as patologias comuns desta faixa etária, nomeadamente insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, arritmias, sendo conhecido que os fármacos utilizados nos esquemas de quimioterapia podem provocar alterações cardíacas e que alguns medicamentos para problemas cardíacos podem interferir com os tratamentos de quimioterapia.⁽³⁴⁻⁴¹⁾

Há ainda a considerar que certos tratamentos da doença oncológica podem causar fadiga, tonturas, e outros efeitos secundários que podem agravar o quadro neurológico de depressão, problema fisiopatológico comum no idoso. De referir que, muitos medicamentos utilizados em quimioterapia são eliminados por via renal e/ou metabolizados por via hepática, muitas vezes comprometidas nestes doentes.^(42,43) Se o idoso já apresenta problemas de digestão/absorção dos alimentos, a quimioterapia pode agravar este quadro, especialmente se os medicamentos utilizados provocam náuseas, vômitos e diarreia.⁽⁴⁴⁾ A análise e avaliação sistematizada do perfil farmacoterapêutico do doente, de forma individual e personalizada, permitem identificar contra-indicações, interações e necessidade de ajuste de dose.^(28,34,45-54)

Em Portugal, a Estratégia Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde 2016 -2020 é uma das medidas do Programa do Governo. Consagra a possibilidade de dispensa de medicamentos antineoplásicos em farmácia comunitária, até agora assegurada em farmácia hospitalar, conforme análise efectuada no Relatório da Primavera de 2017. Neste contexto importa rentabilizar o conhecimento, experiência e capacidade já instalados nos hospitais, nomeadamente a existência de consulta farmacêutica em oncologia, podendo esta vir a constituir a base para a interligação ao farmacêutico comunitário, designadamente através de programas de reconciliação da terapêutica.

Com este estudo de caso pretendemos descrever a implementação da consulta farmacêutica de apoio à oncologia no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO) e analisar os resultados das primeiras 20 consultas referenciadas.

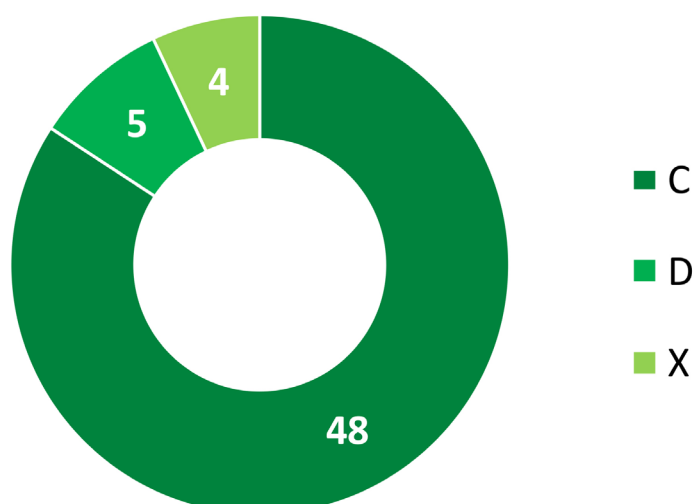
Durante o ano 2016, no âmbito da análise de prescrições de medicamentos sujeitos a justificação, foi analisada a terapêutica de 174 doentes oncológicos/hematológicos tendo sido identificadas pelo farmacêutico hospitalar, interações entre a terapêutica em curso e os medicamentos sujeitos a justificação em 32,8% dos doentes (n=57). Destes, a maioria pertencia ao sexo masculino (n=32; 56,1%), com uma mediana de idades de 73 anos (min: 31; máx: 92).

A recolha de informação foi efetuada por consulta do processo clínico e outros registos hospitalares. A maioria dos doentes tomava entre 5 e 9 medicamentos para doenças crónicas, nomeadamente medicamentos com ação no aparelho cardiovascular e SISTEMA NERVOSO CENTRAL (SNC). O médico assistente foi contactado sempre que foram identificadas interações com significado clínico e com classificação de risco nas categorias C, D e X UpToDate Lexi-Interact (Figura 6.13)

Figura 6.13 - Classificação de risco atribuído a interações medicamentosas

CATEGORIA	ACÇÃO
C	MONITORIZAR
D	CONSIDERAR ALTERAÇÃO TERAPÊUTICA
X	EVITAR COMBINAÇÃO

Figura 6.14 – Interações identificadas (classificação de risco)



As interações identificadas encontram-se descritas na Figura 6.15.

Figura 6.15 – Interações entre os medicamentos prescritos em contexto oncológico e outra

MEDICAMENTOS EM ONCOLOGIA	APARELHO CARDIOVASCULAR	APARELHO DIGESTIVO	APARELHO GENITURINÁRIO	APARELHO LOCOMOTOR	HORMONAS	SANGUE	SNC	TOTAL
Inibidores das tirosinases	8						4	12
Citotóxicos que interferem com a tubulina	2							2
Antagonistas hipofisários	1				1		2	4
Imunomoduladores	2			2			1	5
Anti-hormonas		1	1				1	3
Anti-hemorrágicos	1	1						2
Inibidores dos proteosomas	21				1	1	5	28
Alquilantes		1						1

Estes dados sustentaram a implementação da Consulta Farmacêutica de apoio à Unidade de Oncologia Médica no CHLO, em julho de 2017. A limitada capacidade existente, impôs a definição de critérios de referenciação, pelo oncologista, para posterior avaliação do perfil farmacoterapêutico, pelo farmacêutico. Os critérios de seleção, refletem o descrito na literatura como sendo primordial, incluindo o número de medicamentos prescritos (≥ 5), a classe terapêutica (anti-hipertensores, antiepiléticos e anticoagulantes) e ainda outros fatores como a presença de alterações cognitivas e falta de adesão à terapêutica. ^(37,38,40,55)

Assim, os doentes que cumprem os critérios definidos, passaram a ser referenciados pelo médico assistente, na aplicação informática SClínico®. Esta referenciação é acompanhada de informação clínica e indicação das dúvidas a esclarecer. O agendamento para a consulta farmacêutica é efetuado pelo farmacêutico, em articulação com o Serviço de Gestão de Doentes, de acordo com a disponibilidade de vagas. A consulta farmacêutica prevê a realização de primeiras consultas e consultas de seguimento.

Na consulta é recolhida informação pertinente para a avaliação e validação farmacoterapêutica, incluindo alergias/reações adversas, parâmetros antropométricos (peso, altura e superfície corporal), terapêutica em curso e utilização de suplementos alimentares, de ervanária ou de homeopatia, bem como, parâmetros analíticos relevantes com impacto na terapêutica.

Toda a informação recolhida, bem como as intervenções farmacêuticas propostas, são registadas e ficam disponíveis para consulta no processo clínico do doente (SClínico®).

Se aplicável, é elaborado um plano de gestão e monitorização posteriormente analisado e discutido com o médico assistente. Na Figura 6.16 pode ver-se um exemplo de registo efetuado pelo farmacêutico no SClínico®.

Figura 6.16 – Análise da terapêutica e intervenções propostas

Doente referenciado por: Oncologia
 Primeira consulta: sim
 Diagnóstico/ comorbilidades: GIST, DM2, HTA e hipotireoidismo
 Hábitos etanólicos: Não
 Hábitos tabágicos: Não
 Hábitos alimentares: Refere não comer verduras nem ingerir alimentos com lactose, por provocarem diarreia.
 Alergias/ reacções adversas: Não referenciadas pela doente
 Motivo da consulta: avaliação de interações medicamentosas em doente polimedicada
 Peso(Kg): 70
 Parâmetros analíticos relevantes com impacto na intervenção farmacêutica: não foram identificados
 Terapêutica em curso (DVC marca, dose, intervalo e via de administração):
 1. Imatinib (glivec) 400 mg 1x dia ao pequeno-almoço PO
 2. Zolpidem 10 mg 1x dia do deitar ao deitar PO
 3. Metformina 500 mg 1x dia ao jantar PO
 4. Ondansetron 8 mg 1x dia em jejum PO
 5. Domperidona 10 mg 3x dia PO
 6. Aspartato de magnésio (Magnesiocard) 1x dia ao almoço PO
 7. Telmisartan 40 mg + hidroclorotiazida 12,5 mg 1 comp 1x dia ao pequeno almoço PO
 8. Levotiroxina 0,025 mg 1x dia jejum PO
 9. Flavoxato 200 mg 3x dia SOS PO (apenas quando tem ardor e/ ou infecção urinária, uma vez que tem stent)
 Suplementos alimentares/ervanária/homeopatia: Não toma.
 Análise efectuada
 Foi efectuada pesquisa de interações medicamentosas no

Lexicomp, tendo sido identificadas as seguintes:

1. Imatinib/ domperidona: evitar combinação (categoria x)
2. Ondansetrom/domperidona: evitar combinação (categoria x)
3. Levotiroxina/aspartato de magnésio: considerar alteração terapêutica (categoria D)

Intervenção proposta:

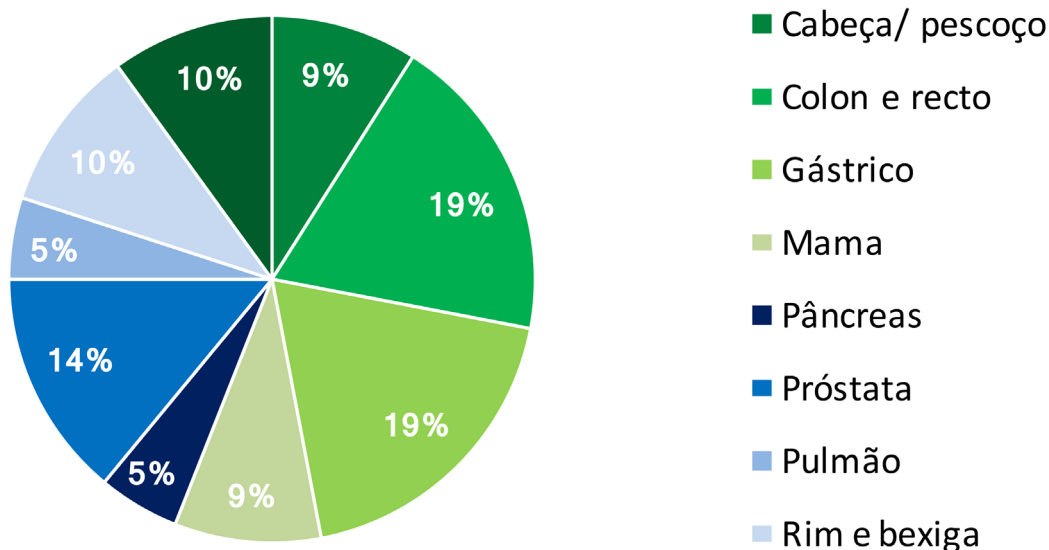
1 e 2. Suspender a terapêutica com domperidona, pela possibilidade de ocorrência de efeitos extra-piramidais em resultado do aumento da concentração sérica por interacção com o imatinib e por risco de prolongamento do intervalo QTc por interacção com o ondansetrom. Sugere-se a substituição de domperidona por metoclopramida, na dose de 10 mg 30 min antes das refeições principais, uma vez que este fármaco não apresenta interações com o imatinib e a interacção com o ondansetrom é de categoria C, requer apenas monitorização a efectuar na próxima consulta.

2 Assegurar que há um intervalo de pelo menos 4 h entre a toma de levotiroxina e do aspartato de magnésio, uma vez que a concentração sérica d levotiroxina pode diminuir com a administração conjunta. A doente foi esclarecida da necessidade de alterar a toma para o almoço. Sugere-se aumento da dose de aspartato de magnésio para 1 carteira 2 x dia, uma vez que a doente refere câibras desde que reduziu a dose diária.

Observações; De acordo com a informação da doente a glicémia e a tensão arterial encontram-se controladas com a terapêutica instituída.

Dos primeiros vinte doentes referenciados, metade era do sexo masculino (n=10, 50%), 10 doentes (50%) tinham idade igual ou superior a 65 anos, com intervalo compreendido entre 39 e 93 anos (mediana 64,5 anos). A maioria dos doentes apresentava cancro colorectal, carcinoma gástrico e neoplasia da próstata (Figura 6.17). A quase totalidade dos doentes apresentava uma ou mais comorbilidades (n=18, 90%). Destes, 13 (72%) apresentavam hipertensão arterial, 11 (61%) doença metabólica (diabetes mellitus, hipo ou hipertireoidismo) e 9 doentes (50%) dislipidémia.

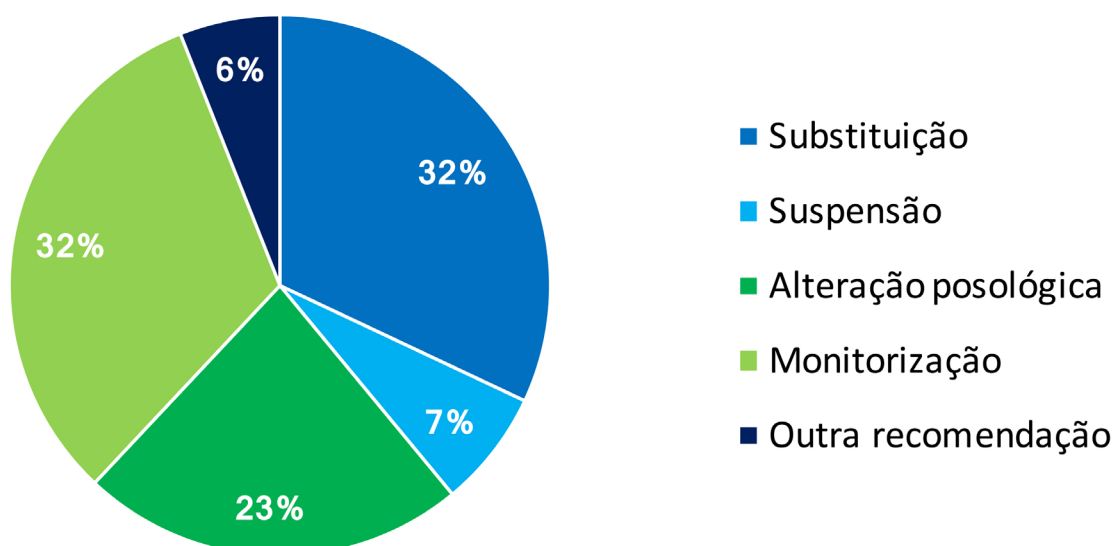
Figura 6.17 - Diagnóstico principal (tipo de cancro)



Refletindo um dos critérios de referenciação, o número de medicamentos prescritos e analisados, foi igual ou superior a 5. A mediana do número de fármacos prescritos foi de 10,5⁽⁵⁻²⁰⁾. As classes terapêuticas mais prescritas para além dos antineoplásicos incluíram medicamentos com ação no SNC, aparelho cardiovascular e medicamentos usados no tratamento de doenças endócrinas. Da análise do perfil farmacoterapêutico resultaram recomendações em 19 doentes, podendo na figura 6.18 ver-se o tipo de recomendação efectuado.

Foram identificadas 123 interações, a maioria do tipo medicamento/medicamento (n=112, 91%), presentes em 90% dos doentes (n=18). A maioria das interações medicamento/medicamento, identificadas, eram de classe C (n=74, 66%), seguidas das de classe D (n=27, 24%) e X (11, 10%). De referir que 2 doentes apresentaram interações medicamento/suplemento alimentar. A identificação destas interações originou 51 recomendações, que tiveram uma proporção de aceitação de 90% (n= 46).

Figura 6.18 – Tipo de recomendação efectuado



Estes dados sugerem uma elevada frequência de interações com significado clínico em doentes oncológicos com comorbilidades. Muitos estudos têm documentado que o nº de medicamentos prescritos tende a aumentar com a idade devido à prevalência de múltiplas doenças crónicas.^(33-35,37-41) No doente oncológico, para além das interações entre antineoplásicos, há a considerar as que se verificam com a terapêutica crónica, suplementos alimentares e produtos de ervanária,^(38,40,41,53) o que está de acordo com a elevada percentagem de interações identificadas nos primeiros vinte doentes referenciados. A maior limitação desta primeira análise é não avaliar o impacto clínico das interações identificadas.

O outcome medido (taxa de aceitação das recomendações) não reflete resultados em saúde, pelo que a definição de outcomes clínicos permitirá, no futuro, avaliar este impacto. A elevada taxa de aceitação das recomendações efectuadas (90%) reflete, em nosso entender, o facto de o doente ser referenciado pelo oncologista à consulta farmacêutica, o plano de gestão e monitorização da terapêutica ser analisado e discutido com o médico assistente, sendo a decisão tomada em equipa.

Os dados apresentados mostram que o farmacêutico hospitalar contribui para a deteção e resolução de interações medicamentosas, clinicamente relevantes, permitindo ainda otimizar a terapêutica do doente oncológico. Esta abordagem, pela maior comunicação entre doente, médico e farmacêutico, contribui para a simplificação do regime terapêutico, desmistificação das toxicidades, maior compromisso com o tratamento e aumento da segurança. De realçar também o papel que esta consulta pode ter na promoção da adesão à terapêutica, nomeadamente de antineoplásicos orais. Importa contudo, definir outputs clínicos que permitam avaliar o impacto destas intervenções no doente oncológico.

6.5 Bibliografia

1. Belloni A, Morgan D, Paris V. Pharmaceutical Expenditure and Policies: Past Trends And Future Challenges. OECD Health Working Papers Paris: OECD Publishing, 2016.
2. Simões J, Augusto GF, Fronteira I, Hernández-Quevedo C. Portugal: Health system review. Health Systems in Transition, 2017; 19(2):1–184.
3. Leopold C, Mantel-Teeuwisse AK, Vogler S, Valkova S, Joncheere K, Leufkens HGM, Wagner AK, Ross-Degnan D, Laing L. Effect of the economic recession on pharmaceutical policy and medicine sales in eight European countries. Bull World Health Organ 2014;92:630–640D.
4. Observatório Português dos Sistemas de Saúde - OPSS. Relatório de Primavera 2015 - Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Lisboa 2015.
5. European Observatory on Health Systems and Policies. Health System Review Portugal - Phase I Final Report. April 2018.
6. CEFAR. Observatório do Mercado SNS Ambulatório (Indicadores de Dezembro/2017). Lisboa, 2018.
7. INFARMED. Meio Ambulatório – Monitorização do Consumo de Medicamentos (Relatório de Dezembro 2017). Lisboa, 2018.
8. Teixeira I. Regulação, Eficiência e Acesso à Saúde e a Medicamentos: Margens de Comercialização em Países Europeus. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA 2017.
9. INFARMED. Meio Hospitalar – Monitorização do Consumo de Medicamentos (Relatório de Novembro 2017). Lisboa, 2018.
10. Ministério da Saúde. Retrato da Saúde, Portugal. Lisboa, 2018. ISBN 978-989-99480-1-3
11. Carone G, Schwierz C, Xavier A. Cost-containment policies in public pharmaceutical spending in the EU. European Commission, Economic Papers 461 Brussels: September 2012.
12. 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.
13. Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal, Estimativas Anuais da População Residente, 2014, 2015 e 2016. [acedido em 22 de fevereiro de 2018]
14. Observatório da Diabetes. Diabetes - Factos e Números, o Ano de 2015. Lisboa, Portugal; 2016.
15. Instituto Nacional de Estatística (INE). Mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos. Instituto Nacional de Estatística. 2017.
16. Upadhyay J, Polyzos SA, Perakakis N, Thakkar B, Paschou SA, Katsiki N, et al. Pharmacotherapy of type 2 diabetes: An update. Metabolism. Elsevier Inc.; 2018;78:13–42.
17. Duarte R, Melo M, Silva Nunes J. Recomendações Nacionais da SPD para o Tratamento da Hiperglicemia na Diabetes tipo 2 - Proposta de Actualização. Rev Port Diabetes. 2015;10(1):40–8.
18. Direção Geral da Saúde, Norma 52/2011 A terapêutica farmacológica na diabetes mellitus tipo2 no adulto. 052/2011: 27/04/2015. 2015.

19. International Diabetes Federation. Eighth edition 2017. 2017. 1-150 p.
20. Infarmed. Monitorização mensal do consumo de medicamentos em Ambulatório do SNS. Infarmed. 2016;22.
21. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment I 2018. Oslo, Norway; 2017.
22. Instituto Nacional de Estatística, IP – Portugal, Estimativas Anuais da População Residente, 2015 e 2016. [acedido em 22 de fevereiro de 2018]
23. Furtado C, Oliveira R. Consumo de Antidiabéticos 2000-2013: Uma análise ao consumo e diferenças entre práticas médicas ao nível nacional e internacional. Infarmed. 2014.
24. Blonde L, Marre M, Vincent M, Brette S, Pilorget V, Danchin N, et al. Insulin regimens and glycemic control in different parts of Europe over 4 years after starting insulin in people with type 2 diabetes: Data from the CREDIT non-interventional study. *Diabetes Res Clin Pract*. The Authors; 2017;133:150–8.
25. de Sousa-Uva M, Antunes L, Nunes B, Rodrigues AP, Simões JA, Ribeiro RT, et al. Trends in diabetes incidence from 1992 to 2015 and projections for 2024: A Portuguese General Practitioner’s Network study. *Prim Care Diabetes*. Primary Care Diabetes Europe; 2016;10(5):329–33.
26. Sadikot SM, Das AK, Wilding J, Siyan A, Zargar AH, Saboo B, et al. Consensus recommendations on exploring effective solutions for the rising cost of diabetes. *Diabetes Metab Syndr Clin Res Rev*. Diabetes India; 2017;11(2):141–7.
27. The Berlin Declaration - A collective ambition for policy change to drive early action in type 2 diabetes. 2017.
28. Magalhães, Miguel. Medicação desnecessária em doentes com cancro avançado. Porto. Tese (4o Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 2014 [Internet]. [citado 2 de Janeiro de 2018]. Disponível em: https://sigarra.up.pt/reitoria/pt/pub_geral.show_file?pi_gdoc_id=532081
29. Buffery D. Innovation Tops Current Trends in the 2016 Oncology Drug Pipeline. *Am Health Drug Benefits* WwAHDBonlinecom [Internet]. Junho de 2016 [citado 28 de Fevereiro de 2016];9(4):233–8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5004820/pdf/ahdb-09-233.pdf>
30. Direcção Geral da Saúde. PORTUGAL Doenças Oncológicas em Números – 2015 [Internet]. 2016 [citado 1 de Março de 2017]. Disponível em: http://www.apah.pt/media/publicacoes_tecnicas_sector_saude_2/Doencas_Oncologicas.pdf
31. Registo Oncológico Regional do Norte. Registo Oncológico Nacional 2010 [Internet]. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil – EPE; 2010 [citado 1 de Março de 2017]. Disponível em: http://www.roreno.com.pt/images/stories/pdfs/ro_nacional_2010.pdf
32. Direcção Geral de Saúde. Norma No: 018/2016 de 30/12/2016. Reconciliação da medicação [Internet]. 2015 [citado 18 de Outubro de 2017]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182016-de-30122016.aspx>
33. Guthrie B, Makubate B, Hernandez-Santiago V, Dreischulte T. The rising tide of polypharmacy and drug-drug interactions: population database analysis 1995–2010. 2015;13(74).
34. Turner JP, Shakib S, Singhal N, Hogan-Doran J, Prowse R, Johns S, Bell JS. Prevalence and factors associated with polypharmacy in older people with cancer. *Support Care Cancer*. 2014;22(7):1727–34.
35. Soares MA. O medicamento e o idoso [Internet]. *Pharm Bras*; [citado 27 de Junho de 2012]. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/farmacia/artigos/144/omedicamento-e-o-idoso>
36. Mair A, Fernandez-Llimos F, Alonso A, Harrison C, Hurding S, Kempen T, Kinnear M, Michael N, McIntosh J, Wilson M. The Simplicity consortium. Polypharmacy management by 2030: a patient safety challenge. Coimbra SIMPATHY Consort. 2017;

37. Scripture CD, Figg WD. Drug interactions in cancer therapy. *Nat Rev Cancer*. 2006;6(7):546–58.
38. Riechelmann RP, Del Giglio A. Drug interactions in oncology: how common are they? *Ann Oncol*. 2009;20(12):1907–12.
39. Köhler GI, Bode-Böger SM, Busse R, Hoopmann M, Welte T, Böger RH. Drug-drug interactions in medical patients: effects of in-hospital treatment and relation to multiple drug use. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2000;38(11):504–13.
40. Stepney R, Lichtman SM, Danesi R. Drug-drug interactions in older patients with cancer: a report from the 15th Conference of the International Society of Geriatric Oncology. Em Prague, Czech Republic; 2016. p. 611.
41. Díaz-Carrasco MS, Almanchel-Rivadeneira M, Tomás-Luiz A, et al. Estudio observacional sobre interacciones farmacológicas en pacientes oncológicos ingresados. *Farm Hosp*. 2018;42(1):10–5.
42. Kaestner S. Chemotherapy dose modifications according to organ function and pharmacokinetics. *Qual Oncol Pharm*. 2008;14.
43. Superfin D, Iannucci A, Davies A. Oncologic drugs in patients with organ dysfunction: A summary. *The Oncologist*. 2007;12:1070–83.
44. Falcão F. A reconciliação terapêutica - ferramenta para gestão da terapêutica crónica: exemplo de utilização numa população idosa submetida a procedimento cirúrgico. Tese (Doutoramento em Farmácia - Farmacoepidemiologia). Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa; 2013. [Internet]. [citado 2 de Março de 2018]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/9271>
45. Smith L, Mosley J, Lott S, Cyr E Jr, Amin R, Everton E, Islami A, Phan L, Komolafe O. Impact of pharmacy-led medication reconciliation on medication errors during transition in the hospital setting. *Pharm Pract*. 13(4)(634).
46. Alldred DP, Zermansky AG, Petty DR, et al. Clinical medication review by a pharmacist of elderly people living in care homes: pharmacist interventions. *Int J Pharm Pr*. 2007;15(93–99).
47. Blenkinsopp A, Bond C, Raynor DK. Medication reviews. *Br J Clin Pharmacol*. 2012;74(4):573–580.
48. Holle LM, Michaud LB. Oncology Pharmacists in Health Care Delivery: Vital Members of the Cancer Care Team. *J Oncol Pract*. 2014;10(3):e142–5.
49. Lee J K, Alshehri S, Kutbi H I, Martin J R. Optimizing pharmacotherapy in elderly patients: the role of pharmacists. *Integr Pharm Res Pract*. 2015;4:101–11.
50. Shah A. Pharmacy Intervention in the Medication-use Process: The role of pharmacists in improving patient safety. *Int Pharm J*. 2010;26:12–6.
51. LeBlanc TW, McNeil MJ, Kamal AH, Currow DC, Abernethy AP. Polypharmacy in patients with advanced cancer and the role of medication discontinuation. *Lancet Oncol*. 2015;16:333–341.
52. Todd A, Holmes MH. Recommendations to support deprescribing medications late in life. *Int J Clin Pharm*. 2015;37(5):678–681.
53. Lopez-Martin C, Garrido Siles M, Alcaide-Garcia J, Felipe VF. Role of clinical pharmacists to prevent drug interactions in cancer outpatients: a single-centre experience. *Int J Clin Pharm*. 2014;36(6):1251–9.
54. Koshy S. The Practice of Polypharmacy: Do Pharmacists Have A Role? *J Pharma Care Health Sys* [Internet]. 2016;3(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4172/2376-0419.1000153>
55. Harvie M. Nutritional Supplements and Cancer: Potential Benefits and Proven Harms. ASCO Educational Book. 2014;e478–86.

CAPÍTULO 7 |

GESTÃO INTEGRADA DO ACESSO

PATRÍCIA ANTUNES¹, PEDRO LOPES FERREIRA^{1,2}

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

2 | Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

GESTÃO INTEGRADA DO ACESSO

7.1 Enquadramento

O aumento das listas de espera no acesso aos cuidados de saúde é um problema transversal a muitos países desenvolvidos, estando associado a diversos impactos negativos como é o caso do tratamento atempado da patologia cardíaca. Na avaliação efetuada em 2013 às políticas de saúde encetadas no combate aos longos tempos de espera, a OCDE analisou as diferentes opções seguidas pelos países em estudo e os resultados obtidos nas distintas estratégias.⁽¹⁾

Neste documento a OCDE assume que as listas de espera, embora comuns a quase todos os países, constituem um problema muito relevante da política de saúde, exigindo políticas novas para o debelar. Consta, no entanto, ser difícil avaliar a efetividade dessas políticas.

Uma das formas de implementar tais medidas de redução e controlo dos tempos de espera para ser atendido é criar tempos máximos de resposta garantidos (TMRG), ferramenta efetiva, se devidamente monitorizada. Esta monitorização é normalmente realizada quer com uma apertada prestação de contas pelos profissionais e instituições relativamente ao cumprimento dos prazos previamente definidos (e.g., Finlândia e Reino Unido) quer dando liberdade aos doentes de escolha de outros prestadores, incluindo do setor privado (e.g., Dinamarca, Países Baixos e Portugal). Nesta última opção são emitidos vales cirurgia sempre que 75% do tempo de espera cirúrgica seja atingido sem resolução do problema. Os detratores da primeira alternativa denominam-na “objetivos e terror”; os da segunda apelidam-na de “esvaziamento do setor público”.

De qualquer modo, para lidar com o problema das longas listas de espera devemos basearmos-nos no percurso dos doentes ao longo dos diversos níveis de cuidados.

O aumento das listas de espera cirúrgicas e para consulta é consequência de vários fatores dos quais se destacam o aumento da esperança de vida da população, do número de cidadãos com doença crónica e do aparecimento de novos medicamentos e tecnologias em saúde. Na medida em que este contexto se encontra sujeito a recursos físicos, humanos e financeiros necessariamente escassos, os decisores em saúde necessitam de planear estratégias efetivas dirigidas ao aumento sustentado que se prevê na procura de consultas e cirurgias e, consequentemente, nos tempos de espera ao acesso a cuidados de saúde.

7.2 O combate às listas de espera em Portugal

Esta preocupação é partilhada pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal que, ao longo das últimas décadas, tem delineado e implementado distintos programas numa tentativa de controlar e ultrapassar a dificuldade crescente na gestão do tempo de espera no acesso a consultas e cirurgias.

No que concerne ao âmbito nacional, o relatório elaborado pela OCDE atrás referido identificou as principais iniciativas desenvolvidas pelo país desde 1995. Não obstante estas centrarem-se essencialmente no combate às listas de espera cirúrgicas, algumas das medidas visaram ainda o combate ao tempo crescente de espera para consulta. Outras visaram simultaneamente combater as listas de espera cirúrgicas e de consulta.

O quadro seguinte identifica as principais medidas implementadas, associadas às listas de espera para cirurgia e para consulta.

Figura 7.1 - Programas para reduções de listas de espera

Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC)	Lista de Espera para Consulta (LEC)
PERLE (1995-1998)	PIO (2008-2009)
PPA (1998-2000)	CTH (2008 – em curso)
PECLEC (2002-2004)	PMA (2009)
SIGIC (2004 – em curso)	PTCO (2009 – em curso)
PIO (2008-2009)	
PMA (2009)	
PTCO (2009 – em curso)	
PIC (2015)	

Legenda:

CTH - Consulta a Tempo e Horas | PECLEC - Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas | PERLE - Programa Específico de Recuperação de Listas de Espera | PIC - Plano de Intervenção em Cirurgia | PIO - Programa de Intervenção em Oftalmologia | PMA - Procriação Medicamente Assistida | PPA - Programa de Promoção do Acesso | PTCO - Programa de Tratamento Cirúrgico da Obesidade | SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

As medidas elencadas distinguem-se por se basearem em financiamento acrescido associado a um aumento de produção de cirurgias e/ou consultas (PERLE, PPA, PECLEC, PIO), estarem incluídas no contrato-programa negociado com as instituições (PMA, PTCO, PIC) ou estarem associadas a uma gestão e organização mais eficientes, com recurso a sistemas de informação e regras associadas a TMRG, como é o caso do SIGIC e da CTH.⁽¹⁾ A avaliação dos programas associados a financiamento acrescido para realização de cirurgias ou consultas adicionais sugere que, no final da sua implementação, a dimensão das listas de espera era superior quando comparada com o momento inicial de implementação dos programas.⁽¹⁾

Não obstante os resultados positivos alcançados com o programa SIGIC que, ao fim de cinco anos de implementação, permitiu a redução da lista de espera de inscritos para cirurgia em quase 35%, acompanhada de uma redução significativa da mediana do tempo de espera cirúrgico, a visão do acesso aos cuidados de saúde por parte do cidadão é parcelar pelo facto deste programa se dedicar apenas à gestão da lista de espera cirúrgica nas entidades hospitalares. O mesmo sucede com a CTH que se concentra na análise do cumprimento dos TMRG associados ao pedido de primeira consulta de referência hospitalar efetuado no âmbito dos cuidados de saúde primários.

Estes programas específicos trouxeram ganhos relevantes, mas não permitem obter uma visão integrada do percurso do utente no acesso aos cuidados de saúde de que necessita.

7.3 Modelo de governação SIGA SNS

Em linha com a prioridade definida para a Saúde no Programa do XXI Governo Constitucional, surgiu a necessidade de alterar o paradigma da oferta de cuidados, reorganizando o sistema em torno do cidadão, das suas necessidades e expectativas. Esta visão foi concretizada em 2017 através da criação do Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA SNS) como um meio para a monitorização transversal e integrada do acesso aos cuidados de saúde no SNS, centrado no cidadão, através da articulação dos diversos níveis de cuidados e dos vários serviços e tipos de resposta. Embora não havendo até à data dados nacionais oficiais sobre a sua implementação, este modelo muito interessante e promissor veio permitir a visão completa do percurso do utente no acesso aos cuidados de saúde no SNS, perspetivando-se que contribua para uma resposta equitativa e atempada do SNS ao longo do ciclo de vida do cidadão.

O SIGA SNS foi criado através do Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril, regulamentado através da Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril. Teve em vista a obtenção de informação relacionada com o acesso em áreas de prestação de saúde respeitantes à cirurgia, às primeiras consultas de especialidade hospitalar e à informação relativa à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Neste âmbito, a Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio, redefiniu os TMRG para todo o tipo de prestações de saúde sem caráter de urgência e publicou a nova Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS. Esta Portaria reduziu os TMRG associados às consultas externas (de 150 dias para 120 dias, na prioridade normal), cirurgias (de 270 dias para 180 dias, na prioridade normal) e alargou a definição de TMRG a prestações de cuidados de saúde programados que até ao momento não tinham tempos máximos definidos, como os meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), por exemplo, em alinhamento com as áreas assistenciais monitorizadas no SIGA SNS.

O SIGA SNS introduziu ainda a possibilidade de recolha de informação de áreas adicionais, como os cuidados de saúde primários e os MCDT, no caso dos cuidados de saúde programados, ou o acesso aos Serviços de Urgências da rede do SNS, para as situações não programadas. Este modelo de governação destina-se a facilitar o acesso dos utentes a cuidados de saúde apropriados às suas necessidades, assumindo particular relevância em áreas de recursos limitados ou com níveis de cumprimento do TMRG desadequados. Neste âmbito, o princípio de Livre Acesso e Circulação (LAC) de utentes no SNS assume uma especial relevância.

O sistema LAC, aprovado pelo Despacho n.º 5911-B/2016, de 3 de maio, permite ao utente, em conjunto com o médico de família responsável pela referênciação, optar por qualquer uma das unidades hospitalares do SNS onde exista a consulta de especialidade de que necessita. Com a implementação do LAC, deixou de existir uma rede pré-definida para os pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar, tendo o utente a possibilidade de escolher, em conjunto com o seu médico de família, qual o hospital de destino de preferência.

Entre 1 de junho de 2016 e 29 de abril de 2018, cerca de 11,0% (n=360.814) dos utentes a nível nacional optaram por entidades hospitalares fora da Rede de Referênciação que até agora estava definida do ponto de vista administrativo para a realização das suas consultas de especialidade hospitalar.

Os objetivos da implementação do SIGA SNS podem assim ser resumidos da seguinte forma:

- i) melhorar a resposta do SNS às necessidades dos cidadãos;
- ii) reduzir as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde;
- iii) melhorar a gestão das entidades do SNS e a articulação entre os níveis de cuidados;
- iv) promover uma cultura de transparência no acesso;
- v) promover a partilha de recursos de forma eficiente.

A prossecução destes objetivos obrigou a uma reorganização com impacto em todos os níveis gestionários no SNS, consubstanciado com a criação, a nível nacional, da Unidade de Gestão do Acesso (UGA), sediada na Administração Central do Sistema de Saúde, uma Unidade Regional de Gestão do Acesso (URGA) em cada uma das cinco Administrações Regionais de Saúde, e uma Unidade Local de Gestão do Acesso (ULGA) em cada uma das entidades do SNS (centros hospitalares, hospitais, agrupamentos de centros de saúde, unidades locais de saúde), em cada um dos níveis de cuidados. A criação destas novas unidades obrigou a uma reorganização das anteriores equipas dedicadas à gestão de inscritos para cirurgia e consulta em cada nível gestionário do SNS (nacional, regional e local) tendo em mente a complementaridade de funções, evitando redundância de tarefas e maximizando o potencial de recursos e de informação existentes em cada nível.

De forma a facilitar o percurso do utente ao longo de todos os níveis de cuidados, o SIGA SNS introduz a Via de Acesso Integrado (VAI) que se caracteriza por um documento digital a ser utilizado na comunicação intra e inter-organizacional. Este documento digital torna-se, assim, o motor de referenciação que permite comunicar entre níveis de cuidados e dentro de cada nível de cuidados, em função das necessidades do cidadão e de determinados fatores como a disponibilidade de cuidados, a proximidade geográfica e os tempos médios de espera.

Tendo sempre como objetivo principal a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, o VAI pretende:

- i) implementar na globalidade a referenciação eletrónica, eliminando a referenciação física, em formato de papel;
- ii) otimizar os circuitos no âmbito das transferências dos doentes;
- iii) melhorar a articulação entre níveis de cuidados;
- iv) melhorar a resposta do SNS ao nível dos agendamentos, permitindo atendimentos mais céleres;
- v) desburocratizar procedimentos;
- vi) promover a transparência;
- viii) responsabilizar o cidadão.

A implementação do VAI reveste-se de alguma complexidade, estando previsto o seu desenvolvimento em cinco fases distintas que se caracterizam pelos seguintes circuitos de referenciação:

- dos cuidados de saúde hospitalares para os cuidados de saúde primários;
- entre entidades hospitalares distintas e dentro de cada entidade hospitalar, entre serviços ou departamentos;
- dos cuidados de saúde primários para os cuidados de saúde hospitalares;
- das unidades que integram a RNCCI para os cuidados de saúde hospitalares ou cuidados de saúde primários e vice-versa;
- do centro de contatos Saúde 24 para os cuidados de saúde primários ou cuidados de saúde hospitalares.

7.4 Conclusões

Não obstante a enorme vantagem que o modelo de governação do SIGA SNS consubstancia, há ainda um conjunto de desafios que decorre do contexto atual que pode limitar os resultados esperados. Neste âmbito, as URGAs e ULGAs assumem um papel preponderante, numa lógica de maior proximidade às entidades e aos cidadãos, no fomento da literacia em saúde nos cidadãos, recorrendo a novos meios de divulgação, e no esclarecimento e formação dos profissionais de saúde.

A criação e implementação do SIGA SNS permitirá - segundo se espera - uma nova visão sobre o acesso aos cuidados de saúde e um conhecimento transversal que permitirá obter, ao nível das entidades do SNS, uma tomada de decisão mais informada.

7.5 Bibliografia

1. Siciliani L, Borowitz M, Moran V (eds.) (2013), Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works? OECD Health Policy Studies, OECD. doi: 10.1787/9789264179080-en

CONCLUSÃO

**FELISMINA MENDES¹, FILIPA DUARTE-RAMOS², HENRIQUE BARROS³,
PEDRO LOPES FERREIRA⁴, ROGÉRIO GASPAR², RUI SANTANA⁵**

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

5 | Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa

CONCLUSÃO

Quando se está a meio do caminho significa que uma parte já foi percorrida, mas que ainda falta outro tanto. Uma questão é se a parte percorrida foi a mais árdua ou se essa é precisamente a que falta percorrer. Outra questão é onde nos levou ou pode levar o meio caminho já andado. Finalmente, estar no meio do caminho obriga-nos a ter e rever estratégias para onde e como queremos percorrer o caminho restante. Se é certo, como afirmava Pessoa, que qualquer caminho leva a toda a parte, também não é menos certo, como afirma Drummond de Andrade, *que no meio do caminho tinha uma pedra, tinha uma pedra no meio do caminho, tinha uma pedra, no meio do caminho tinha uma pedra*.

No RP 2018, um dos objetivos centrais foi analisar o meio caminho percorrido pela atual equipa governativa da saúde. Ora, fazer esta análise coloca questões que decorrem das próprias especificidades da área da saúde e que, se não forem tidas em conta, acabam por toldar a análise dos rumos adotados para a saúde em Portugal. Não se pode ignorar que vivemos tempos em que nunca tantos tiveram saúde, nunca a esperança de vida foi tão longa e apesar disso nunca se falou tanto de saúde (ou doença) como hoje e nunca o conceito de anos de vida saudáveis teve tanta atualidade. A saúde é uma área que diz respeito a cada um de nós (quer individual, quer coletivamente), a saúde é, desde a Declaração de Alma Ata em 1978, um direito humano e um direito dos cidadãos, a saúde está intimamente relacionada com o contexto social, a saúde é um palco de múltiplas disputas profissionais, a saúde é uma das áreas de negócio que mais cresce a nível mundial, a saúde adquiriu um mediatismo sem par na sociedade atual, a saúde é matéria de troca política e partidária, e o contexto económico do país continua frágil. *Estas são as pedras no meio do caminho*. Qualquer delas não deixa de pautar nem a ação governativa, nem qualquer análise que se faça dessa mesma ação.

A estas especificidades não pode deixar de se associar o tempo de lançamento de reformas estruturantes, tipicamente no início das legislaturas, e que passam sempre (ou quase) por tentar mudar tudo, ignorando os responsáveis que, na saúde, as “reformas” não se compadecem com os ciclos curtos de uma legislatura. Claro que a meio do caminho há sempre pedras, há sempre uma pedra. E, mais tarde ou mais cedo, surge a tentativa de corrigir o percurso. Mas normalmente já é tarde face às expectativas geradas, situação que ocorreu precisamente com esta equipa governativa, quando há alguns meses o ministro da saúde referia a necessidade de mais tempo para a concretização de muitas das medidas enunciadas no seu programa de ação.

Em Portugal, o SNS pelas suas próprias características exige e apela a uma intervenção governativa que garanta qualidade, equidade e eficiência, para além de respostas rápidas e satisfatórias na resolução dos problemas de saúde da população. Na mesma linha, espera-se que os responsáveis governativos deixem o sistema de saúde mais bem preparado para o futuro, não apenas em termos de sustentabilidade, mas também na melhoria da saúde da população e na sua capacitação para enfrentar os problemas de saúde. Trata-se, portanto, da salvaguarda do SNS de todo o tipo iniciativas e avanços que contribuam paulatinamente para a sua destruição e privatização. Esta é/devia ser toda a parte a que o caminho deve levar.

A análise do **meio caminho andado** na atual legislatura foi realizada a partir da emblemática aposta governativa da reforma do SNS, que tem como lema reformar, transformar e modernizar a área da Saúde Pública, dos CSP, dos Cuidados Hospitalares e dos CCI.

Portugal precisa de uma saúde pública que garanta a saúde e sustentabilidade futuras.

A proposta de Lei da Saúde Pública em discussão na Assembleia da República parecer ser uma oportunidade para reforçar e modernizar a Saúde Pública face a novos desafios, mas não pode resignar-se a essa única mudança. São necessários meios tecnológicos, profissionais e modernização dos organismos como a DGS, o INSA e as Unidades de Saúde Pública. O desafio é exigente, mas se não for cumprido o país terá muitas dificuldades em responder, adequadamente, à exigência de novos riscos num mundo globalizado. A Lei ainda não foi aprovada. As mudanças subsequentes e necessárias serão palco de múltiplas disputas entre protagonistas, como sempre ocorre na saúde. Mas terão sido já equacionadas? Na sequência da análise do meio caminho já percorrido pela ação governativa, salientam-se os resultados obtidos pela reforma em curso dos Cuidados de Saúde Primários em que a dissonância de resultados e discursiva tem revelado que os CSP estão longe de serem a prioridade política do atual Governo, com carências estruturais e de decisão política (recursos humanos e materiais e evolução das USF) a marcarem a agenda desta área. Existe muito mais do que meio caminho para percorrer e o próprio conceito de 'meio' é de difícil definição se não existirem metas definidas. A questão central é se se deve continuar por onde se vai, ou mudar de rumo/caminho. Os resultados alcançados na Reforma dos Cuidados Hospitalares não são conhecidos (ou são desconhecidos, por inexistentes), e o que parece prevalecer é uma crise sem fim à vista neste setor. Por sua vez a RNCCI, apesar da abertura de camas para a área da saúde mental e de cuidados continuados pediátricos, continua muito longe de atingir a expectável cobertura da população. Acresce, a ausência do estatuto do cuidador informal, objetivo central da comissão da Reforma dos CCCI e fundamental para a domiciliação dos cuidados, que continua sem ser concretizado.

No meio do caminho tinha uma pedra, tinha uma pedra no meio do caminho, tinha uma pedra, no meio do caminho tinha uma pedra.

Um dos grandes sucessos da organização da saúde portuguesa foram os inequívocos progressos alcançados, há muitos anos, com a qualidade da saúde materno-infantil, hoje designado período **em torno do nascimento**. A análise realizada neste capítulo centrou-se nas novas realidades que têm emergido neste contexto (prematuridade, aleitamento materno, práticas obstétricas que representam um fator de risco acrescido para a mãe e criança), que necessitam de novos indicadores que reflitam novas preocupações, que não só fundamentem e sustentem as decisões e políticas em saúde pública, mas permitam fazer uma efetiva vigilância epidemiológica e respondam aos desafios de saúde materno-infantil e sem os quais se torna muito difícil prever o futuro ou prevenir situações indesejáveis em torno do nascimento. Verificou-se que nas duas práticas obstétricas que representam um fator de risco para a mãe e criança – a cesariana e a episiotomia - Portugal está entre os países da Europa com mais alta prevalência. Nos hospitais privados, atinge os 60% (valores que são o dobro dos verificados em hospitais públicos). Na episiotomia, Portugal apresenta frequências próximas dos 70% (a Dinamarca tem cerca de 4%). Face a estes resultados são necessários estudos que envolvam profissionais e utentes e que permitam desenhar, testar e implementar formas de atuação sensíveis à nossa cultura e às nossas particulares expectativas, mas que simultaneamente respeitem as boas práticas clínicas, assegurando às mulheres um conhecimento sólido das consequências imediatas e no curso de vida, da opção pelo parto cirúrgico ou por intervenções como a episiotomia. Ressalta-se ainda a importância do aleitamento materno enquanto estratégia para melhorar os resultados em saúde das crianças, revelando que, enquanto em Itália existem 37 bancos de leite humano e em Espanha 10, em Portugal existe apenas um.

Em torno do nascimento leva-nos a concluir que depois de um caminho andado com sucesso há muitos anos, todos os outros caminhos estão por andar.

Perante a análise realizada os autores recomendam 10 ações:

- Uma atenção redobrada às ameaças;
- Assegurar que temos capacidade de proativamente prever e prevenir os problemas;
- Antecipar soluções inovadoras;
- Assumir a exemplaridade portuguesa no contexto internacional, pelos resultados obtidos e pelo pensamento elaborado;
- Criar um sistema integrado de recolha de informação comum a todas as unidades hospitalares que realizam partos, independentemente da sua natureza legal, proporcionando conhecer verdadeiramente a realidade da saúde e das condições que rodeiam o nascimento;
- Realizar um Inquérito Perinatal Nacional, periodicamente (cada 5 anos), indispensável para que a vigilância da saúde perinatal de efetue de forma ativa, continuada e sistemática;
- Realizar e publicitar em tempo útil de inquéritos independentes e confidenciais a todas as mortes (maternas e infantis) e aos casos de morbilidade grave.
- Integrar nos sistemas de recolha nacional de informação sobre o nascimento e a morte de variáveis indispensáveis para uma compreensão epidemiológica segura (como tabagismo, obesidade, ou a utilização de cuidados pré-natais);
- Ligar rotina de registos (inicialmente nascimento e morte) para obter de forma transparente mais conhecimento sobre determinantes essenciais de saúde;
- Estruturar o investimento em investigação de natureza multidisciplinar e transdisciplinar, observacional e de intervenção, capaz de juntar estruturas académicas e dos vários níveis de cuidados de saúde, que permita compreender especificamente o papel na saúde de questões biológicas, sociais e políticas que ligam nomeadamente problemas como a alteração da natalidade, a estruturação familiar, a integração da maternidade no contexto profissional, ou o investimento em cuidados de saúde específicos a este período da vida.

No capítulo 3 foram analisadas as **Infeções associadas aos cuidados de saúde e resistência aos antimicrobianos** que para além de representarem um importante problema de saúde pública, têm um importante impacto na qualidade dos cuidados de saúde (IACS e RAM). Portugal, de acordo com os resultados do último relatório publicado pelo ECDC, em 2011, apresentava uma taxa de prevalência de IACS de 10,6%, quase o dobro da média dos restantes países europeus. A análise realizada alerta para a necessidade de agir contra um problema tão complexo e com impactantes implicações na saúde, com estratégias a curto, médio e longo prazo que contemplem um conjunto de ações alinhadas e integradas com um propósito comum, pautada por uma clara indicação dos intervenientes, da sua ação, articulação e responsabilidades. Ressalta igualmente a necessidade da definição das medidas concretas e exequíveis, alinhadas com as políticas de saúde nacionais e com as diretrizes das instituições internacionais. Simultaneamente condenam-se as medidas avulsas, os voluntarismos esporádicos ou intervenções, instrumentos legais e discursos pontuais e mediáticos, que têm dominado a intervenção nesta área (e em muitas outras).

No meio do caminho tinha uma pedra, tinha uma pedra no meio do caminho, tinha uma pedra, no meio do caminho tinha uma pedra.

Da análise realizada, resultaram as seguintes 8 recomendações:

- Melhorar o conhecimento das IACS e da resistência aos antimicrobianos com integração de informação sobre IACS e RAM, nos Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Continuados e Integrados, na rede de vigilância epidemiológica existente;

- Identificar áreas que, pela sua importância e/ou emergência, sejam alvo de abordagens específicas, através do aumento da adesão das instituições de saúde aos programas de vigilância epidemiológica, nacionais e europeus e robustecendo a rede de vigilância epidemiológica das IACS, do consumo de antimicrobianos e das resistências, com melhoria da quantidade e qualidade da informação reportada;
- Promover e reforçar as boas práticas que visem reduzir as IACS e as RAM, mediante o desenvolvimento de um plano concertado de divulgação da Estratégia Multimodal de Promoção das Precauções Básicas de Controlo de Infecção com ênfase para os cuidados de saúde primários e cuidados de saúde continuados; implementando estratégias para aumentar a adesão aos feixes de intervenção (bundles) para prevenção de infeções e de iniciativas no âmbito do Programa de Apoio à Prescrição de Antimicrobianos (PAPA); reforçando iniciativas conjuntas no âmbito da estratégia One Health; avaliando o grau de adesão às Precauções Básicas de Controlo de Infecção, em particular no contexto hospitalar, e desenvolver estratégias que visem potenciar o seu cumprimento; disseminando e implementando em larga escala iniciativas e programas que tenham tido sucesso na redução das IACS e das RAM, como por exemplo, a iniciativa Desafio Gulbenkian STOP Infecção Hospitalar;
- Reforçar a estrutura local, regional e nacional do PPCIRA;
- Aumentar o compromisso das Lideranças, responsabilizando e envolvendo mais as lideranças locais (Conselhos de Administração, Conselhos Executivo e Clínico; Órgãos de Gestão das Unidade de Cuidados Continuados e Integrados) no desenvolvimento e implementação de estratégias, iniciativas e programas que visem reduzir as IACS e as RAM; definir como prioridade absoluta a área de controlo de infeção e da resistência aos antimicrobianos, e alinhá-la com o plano de desenvolvimento estratégico das unidades de saúde; incentivar a realização de reuniões regulares entre os órgãos de gestão das instituições de saúde e os grupos locais do PPCIRA com os objetivos de “prestação de contas” e de definição e acompanhamento de iniciativa de melhoria na área das IACS e das RAM;
- Aumentar o envolvimento dos doentes e das famílias mediante a sua participação no desenho e implementação de medidas de prevenção e controlo de infeção e resistência a antimicrobianos, através de programas de literacia em saúde sobre o uso adequado de antimicrobianos;
- Desenhar e introduzir esquemas de incentivos e penalizações com a introdução de políticas de incentivo e penalizações – por exemplo de tipo pay for performance, como forma de potenciar a adesão às estratégias de redução das IACS e das resistências aos antimicrobianos; implementação de políticas de incentivos às instituições que cumpram boas práticas no controlo e redução das infeções e das RAM e que obtenham resultados dentro dos limiares definidos;
- Apostar mais na formação pré e pós-graduada dos profissionais de saúde dos diferentes níveis de cuidados, no que se refere às boas práticas em relação à prevenção e controlo de infeções, bem como da utilização racional de antimicrobianos; desenvolver projetos de formação no âmbito do *antibiotic stewardship* promovendo o uso adequado e dirigido dos antibióticos.

O trabalho desenvolvido sobre o que se sabe e o que falta saber sobre os **Recursos Humanos na Saúde** (RHS) apresentou uma análise sobre um dos temas incontornáveis da política de saúde no país, sempre alvo de um mediatismo insofismável e de disputas sem fim no âmbito dos grupos profissionais e sempre alvo de análises simplistas sobre os números de profissionais existentes e desejáveis. Os motivos de tais análises residem afinal na informação incompleta sobre recursos humanos do SNS e num “número mágico” que depende sempre das necessidades, da dinâmica das entradas (imigrantes e recém-diplomados) e saídas (emigrantes e aposentados) e dos tipos de contratos, entre outros aspetos. Verificaram que em Portugal apresenta, à semelhança de outros países da OCDE, uma informação sobre a disponibilidade

e acessibilidade atual dos RHS que não permite definir de modo absolutamente confiável a força de trabalho que o país tem, logo qual a que necessita a médio e longo prazo. É assinalada a fragilidade na informação sobre os profissionais em exercício e sobre a disponibilidade daqueles que, estando habilitados, não exercem; assinalam igualmente que o diagnóstico de necessidades de RHS não pode bastar-se com as comparações internacionais pois estas são função das necessidades assistenciais da população servida, de cada contexto específico, estão relacionados com as qualificações dos grupos profissionais, os modelos de organização do trabalho, as questões laborais ou a integração técnica e tecnológica nos processos de trabalho. Também referem que o nível de despesa com RHS do país está abaixo da média dos países desenvolvidos e que a análise dos RHS presentes no SNS exige dinâmica, que capte as entradas e saídas de profissionais ao longo do ano e não a uma data estática. Verificou-se que entre 2015-2017 o número de RHS no SNS variou 4,6% e as horas contratualizadas 6,3% (ou seja, mais profissionais estão disponíveis e o volume de trabalho cresceu a um nível superior) e que o trabalho suplementar variou -10,2% no mesmo período. Alertam que o crescimento do número de profissionais e de horas contratualizadas no SNS foi assimétrico, quer entre grupos profissionais, quer entre regiões do país, que os vínculos contratuais mostram a preponderância do trabalho em funções públicas e o gradual crescimento da contratação ao abrigo do código do trabalho e que a análise integrada da disponibilidade regional de efetivos e de horas contratualizadas permite a interpretação de necessidades de curto-prazo, com os números disponíveis a sugerirem a existência de iniquidades na rede pública e ao longo do território continental, nomeadamente LVT e Alentejo e Algarve. Os autores concluem ainda que planejar a força de trabalho necessária em Portugal daqui a 5, 10 ou 15 anos é fundamental para alcançar o objetivo de responder às necessidades de saúde da população de um modo efetivo e eficiente. Para este planeamento racional é importante, primeiro, saber que sistema de saúde se pretende em Portugal, em concreto, que valências de cuidados se deseja que sejam asseguradas no SNS e como serão os serviços organizados. Apesar da dificuldade inerente a esta tarefa afirmam ser possível desenvolver cenários baseados na informação disponível sobre as tendências hoje observáveis, que permitam estimar a diferença entre a força de trabalho hoje em dia disponível e a desejada no futuro. As medidas avulsas, as intervenções e os voluntarismos esporádicos têm pautado as medidas políticas sobre os RHS sempre ao ritmo das disputas políticas, das reivindicações profissionais ou sob a capa da mudança demográfica que tudo e nada tem justificado nas decisões de saúde em Portugal, nos últimos tempos.

Não há caminho, não há caminho definido.

Apenas pedras, muitas pedras, pedras sem caminho.

A partir das observações realizadas e do esforço para caracterizar os RHS em Portugal, tendo em vista melhorar o conhecimento da situação atual e, assim, informar melhor o processo de planeamento em saúde, os autores recomendam 5 ações:

- Que se garanta o cumprimento do disposto na Lei N.º 104/2015, de 24 de agosto, relativamente à criação do Inventário Nacional dos Profissionais de Saúde que avalie os motivos pelos quais, dois anos volvidos, o Inventário ainda não existe;
- Que se mandate um organismo independente, existente ou novo para refletir sobre a definição, fontes, recolha, tratamento e utilização dos indicadores que compõem o Inventário Nacional de Profissionais de Saúde;
- Que se desenvolva e implemente um sistema standardizado de recolha de dados de características demográficas e profissionais – que abranja todas as categorias dos RHS existentes de modo desagregado;

- Que se recolha informações sobre a atividade efetuada, as modalidades de contratação, absentismo, mobilidade dos trabalhadores empregados por prestadores públicos e privados e não apenas das características demográficas e profissionais dos RHS;
- Que seja definida, politicamente, a estratégia de recursos humanos desejada em Portugal, partilhada por decisores políticos e demais atores do sistema de saúde;

A governação em saúde (no SNS) foi analisada a partir do estatuto do gestor público e dos processos de nomeação e de avaliação do seu desempenho. Estes dois temas são (ou deviam ser) indissociáveis dos critérios da transparência do sistema, da credibilidade dos diferentes atores e da defesa do interesse público. Afinal os hospitais públicos são regularmente e fortemente criticados pela sua gestão financeira e falhas na prestação de serviços. Verificou-se que, apesar da mudança ocorrida nos últimos anos na forma de seleção/nomeação dos membros dos CA, o processo mantém-se demasiado preso à confiança política. Se é certo que o nomeado tem o seu perfil avaliado pela CReSAP, esta avaliação não tem um carácter vinculativo. A nomeação é sempre feita posteriormente pelo Conselho de Ministros. Não se podem deixar de assinalar alguns ganhos obtidos em transparência, embora sempre muito aquém do que era expectável e desejável. Já na avaliação do desempenho dos membros dos CA, decisiva entre muitas outras questões (objetivos alcançados, prossecução das políticas públicas...), para a prestação de contas/responsabilização pelos resultados dos gestores públicos, apesar da intenção política, não avançou. No entanto, a legislação existe. Em Portugal legislar não parece ser difícil. O busílis está em cumprir ou fazer cumprir o legislado.

No meio do caminho tinha uma pedra, tinha uma pedra no meio do caminho, tinha uma pedra, no meio do caminho tinha uma pedra.

A perspetiva adotada na **política do medicamento** foi a das desigualdades geográficas e da despesa com medicamentos. Perante os importantes desafios que os custos com o tratamento da diabetes colocam aos sistemas de saúde, o tratamento da diabetes e a sua carga económica, foram igualmente estudados. Verificou-se que a despesa nacional per capita com medicamentos (PVP) foi aproximadamente 200 euros e que existem duas NUTSII – Alentejo e Centro – com valores de despesa superiores à média nacional durante os anos em estudo. Já a região do Algarve surge como a com menor despesa *per capita*. Em termos de média nacional per capita da despesa direta com medicamentos (*out-of-pocket*) obtiveram-se valores a rondar os 71 euros. Duas regiões apresentaram valores de *out-of-pocket* acima da média nacional - a região Centro e o Alentejo, respetivamente com 78 EUR e 76 EUR. A Área Metropolitana de Lisboa destacou-se por ser a única que registou um crescimento negativo ($\Delta -0,30\%$).

Relativamente ao tratamento da hiperglicemia na pessoa com diabetes e perante os dados associados ao controlo farmacológico da hiperglicemia, responsável em 2016 por 16,7% dos encargos do SNS em medicamentos, advoga-se a individualização da terapêutica para as pessoas diagnosticadas com base na análise da eficácia, segurança e custos das opções disponíveis. Análises finais deverão ter em conta não só a eficácia e a segurança das opções terapêuticas e os recursos de saúde disponíveis em relação às diferentes populações a que se aplicam, mas também os resultados de saúde que se procuram obter. Destaca-se o padrão díspar de consumo de antidiabéticos em Portugal, comparativamente a outros países europeus.

Também a Consulta Farmacêutica em Oncologia foi alvo de atenção, mediante um estudo de caso que revelou que o farmacêutico hospitalar contribui para a deteção e resolução de interações medicamentosas, clinicamente relevantes, permitindo ainda otimizar a terapêutica do doente oncológico.

No entanto é fundamental definir outputs clínicos que permitam avaliar o impacto destas intervenções no doente oncológico.

No meio do caminho tinha uma pedra, tinha uma pedra no meio do caminho, tinha uma pedra, no meio do caminho tinha uma pedra.

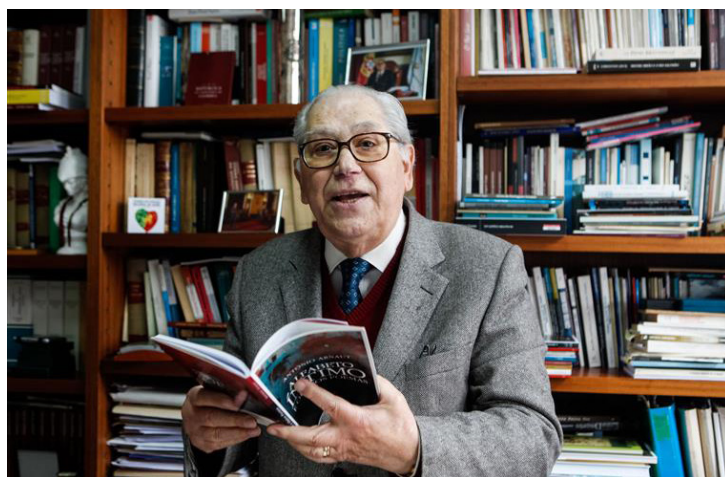
A análise da **gestão do acesso aos cuidados de saúde**, esteve sempre presente nos RP ao longo dos últimos anos. Em 2018, a partir da perspectiva da OCDE verificou-se que as listas de espera são um problema transversal e muito relevante da política de saúde de quase todos os países desenvolvidos, exigindo novas abordagens políticas para os debelar. Porém a própria OCDE salienta as dificuldades de avaliação da efetividade de políticas de combate às listas de espera. Em Portugal, as últimas iniciativas governamentais para melhorar o acesso atempado aos cuidados, todas de cariz gestionário (SIGA SNS, VAI, URGa e ULGA) e sempre as primeiras (e por vezes as únicas) a serem acionadas, parecem promissoras na facilitação do percurso do utente ao longo de todos os níveis de cuidados. No entanto, a sua concretização exige necessariamente uma nova visão sobre o acesso e medidas adicionais como a literacia em saúde e a formação dos profissionais, indispensáveis à tomada de decisão mais informada.

No meio do caminho tinha uma pedra, tinha uma pedra no meio do caminho, tinha uma pedra, no meio do caminho tinha uma pedra.

Meio caminho foi andado, falta meio caminho para andar. Para as questões estruturais da saúde em Portugal analisadas ao longo deste RP não é visível qual é o rumo a seguir. Apenas pedras, muitas pedras e precários atalhos que impedem que se chegue a toda a parte a que o caminho deve levar.

Por fim, uma homenagem a **António Arnaut** que nos deixou um ideal porque lutar: um SNS público, robusto e capaz de resistir a todas as investidas que contribuam paulatinamente para a sua destruição e privatização.

Segundo ele, o SNS é um património moral irrenunciável da nossa democracia.



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 2018:

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 - LISTA DE PERITOS

- | | |
|-----------------------------|---------------------------|
| • Alexandre Abrantes | • Isabel Santos |
| • Álvaro Almeida | • José Cabrita |
| • Ana Escoval | • Luís Graça |
| • António Sousa Uva | • Margarida Caramona |
| • Cristina Nunes | • Maria Isabel Loureiro |
| • Francisco Ramos | • Maria Rosário Rodrigues |
| • Gonçalo Cordeiro Ferreira | • Pedro Beja Afonso |
| • Graça Carapinheiro | • Ricardo Mestre |
| • Inês Fronteira | • Suzete Gonçalves |

ANEXO 5 - 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 2018, 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 2018 preencheram declaração abaixo anexada, que estará disponível mediante pedido.



Relatório de Primavera de 2018

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 2018 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: _____

Contribuíram para a realização deste relatório:

Coordenação:

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

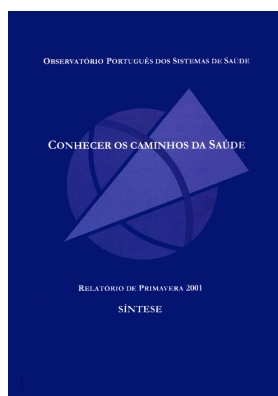
Equipa Técnica:

António Melo
Marta Salavisa

Design:

Peach

ANEXO 6 - 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?



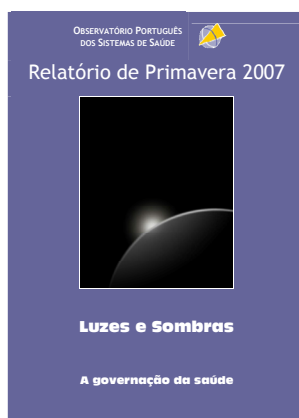
RP 2004 Incertezas...
Gestão da mudança na saúde



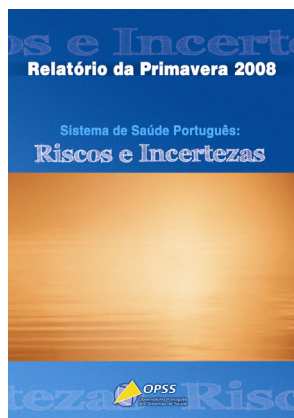
RP 2005 Novo serviço público de saúde - Novos desafios



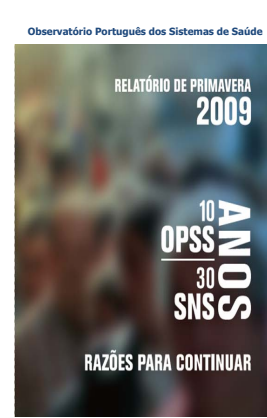
RP 2006 Um ano de governação: Sentidos e Significados



RP 2007 Luzes e Sombras.
A governação da saúde

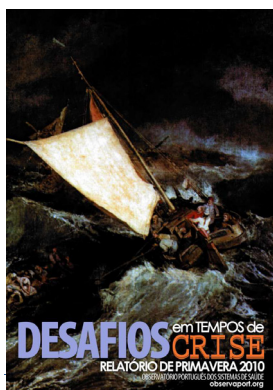


RP 2008 Sistema de Saúde Português
Riscos e Incertezas



RP 2009 10/30 anos:
Razões para continuar

ANEXO 6 - RELATÓRIOS DE PRIMAVERA ANTERIORES



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



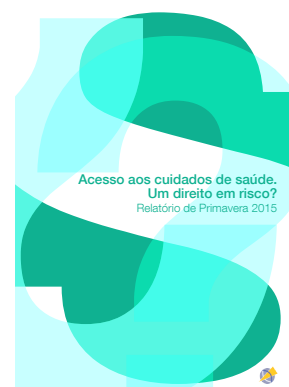
RP 2012 Crise & Saúde
Um país em sofrimento



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 Luzes e Sombras.
A governação da saúde



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

ANEXO 7 - INVESTIGADORES FUNDADORES DO OPSS

Ana Escoval
Cipriano Justo
Constantino Sakellarides
Jorge Correia Jesuíno
Jorge Simões
José Luís Biscaia
Manuel Schiappa
Paulo Ferrinho
Pedro Lopes Ferreira
Suzete Gonçalves
Teodoro Briz
Vasco Reis
Vitor Ramos

ANEXOS

Resolução da Assembleia da República n.º 2/2017, de 2 de janeiro
Recomenda ao Governo que reative a Linha Saúde 24 Sénior.

Resolução da Assembleia da República n.º 4/2017, de 2 de janeiro
Recomenda ao Governo que reforce a formação dos profissionais de saúde na área da Geriatria.

Resolução da Assembleia da República n.º 5/2017, de 4 de janeiro
Recomenda ao Governo o reforço da formação em cuidados paliativos em Portugal.

Decreto-Lei n.º 5/2017, de 6 de janeiro
Aprova os princípios gerais da publicidade a medicamentos e dispositivos médicos.

Decreto-Lei n.º 7/2017, de 9 de janeiro
Cria o Instituto de Proteção e Assistência na Doença, I. P.

Despacho n.º 487/2017, de 9 de janeiro
Nomeia novos membros da Comissão de Avaliação de Medicamentos.

Despacho n.º 538-A/2017, de 9 de janeiro
Cria o Fórum Nacional da Sociedade Civil para o VIH/SIDA, Tuberculose e Hepatites Virais.

Despacho n.º 679/2017, de 11 de janeiro
Redefine a estratégia de acesso a técnicas de Procriação Medicamente Assistida no SNS.

Despacho n.º 851-A/2017, de 16 de janeiro
Emite recomendações no âmbito dos procedimentos que mitiguem o risco e previnam a violação dos princípios da transparência, concorrência e do interesse público, na área da contratação pública.

Despacho n.º 913-A/2017, de 19 de janeiro
Estabelece disposições sobre a cedência de informação de saúde, pelos serviços e organismos integrados na administração direta e indireta do Estado, no âmbito do Ministério da Saúde, e pelas entidades do setor público empresarial da área da saúde.

Portaria n.º 38/2017, de 26 de janeiro
Determina que os medicamentos destinados ao tratamento de doentes com hidradenite supurativa (hidrosadenite supurativa ou acne inversa) beneficiam de um regime excecional de comparticipação.

Despacho n.º 1052/2017, de 27 de janeiro
Constitui o Grupo de Trabalho de Apoio à Avaliação Externa das Políticas de Saúde, com o objetivo de colaborar com a Organização Mundial da Saúde e o Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, no planeamento e preparação da avaliação externa das políticas de saúde do país (2010-2018).

Despacho n.º 1081-A/2017, de 27 de janeiro
Cria e define as competências da Comissão Externa para o Acompanhamento do Programa Estratégico Nacional de Fracionamento de Plasma Humano 2015-2019.

Circular Informativa Conjunta n.º 1/ACSS/INFARMED/IPST/SPMS

Estabelece os procedimentos conjuntos e integrados, que visam garantir a máxima transparência e eficiência na gestão e utilização do plasma português e medicamentos derivados do plasma humano.

Circular Informativa N.º 011/CD/INFARMED/100.20.200

Plataforma da Transparência - Regras específicas para os estabelecimentos, serviços e organismos do SNS e do Ministério da Saúde (Decreto-lei n.º 5/2017, de 6 de janeiro - Artigo 9º).

Portaria n.º 57/2017, de 2 de fevereiro

Altera a Portaria que estabelece o conceito, o processo de identificação, aprovação e reconhecimento dos Centros de Referência Nacionais para a prestação de cuidados de saúde, designadamente para diagnóstico e tratamento de doenças raras.

Despacho n.º 1249/2017, de 3 de fevereiro

Criação de grupo de trabalho interministerial nas áreas do sangue e do medicamento.

Portaria n.º 57/2017, de 2 de fevereiro

Conceito, processo de identificação, aprovação e reconhecimento dos Centros de Referência Nacionais para prestação de cuidados de saúde, designadamente para diagnóstico e tratamento de doenças raras.

Despacho n.º 1249/2017, de 3 de fevereiro

Criação de grupo de trabalho interministerial nas áreas do sangue e do medicamento.

Despacho n.º 1269/2017, de 6 de fevereiro

Autoriza as Administrações Regionais de Saúde a assumir os compromissos plurianuais no âmbito dos contratos-programa celebrados com as entidades integradas ou a integrar na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, na área específica da saúde mental.

Despacho n.º 1278/2017, de 6 de fevereiro

Constitui um grupo de trabalho para a melhoria do acesso dos reclusos ao SNS.

Despacho n.º 1348/2017, de 8 de fevereiro

Determina que as entidades do SNS e os órgãos, serviços e organismos do Ministério da Saúde, devem proceder à notificação de incidentes de segurança aos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde.

Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro

Regula o Regime Jurídico e os Estatutos aplicáveis às unidades de saúde do SNS com a natureza de Entidades Públicas Empresariais, bem como as integradas no Setor Público Administrativo.

Despacho n.º 1490/2017, de 14 de fevereiro

Determina que a Direção-Geral da Saúde deve proceder até 30 de abril de 2017, à avaliação da implementação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016.

Despacho n.º 1542/2017, de 15 de fevereiro

Conceito de «objetos de valor insignificante e relevantes para a prática do profissional de saúde», procedendo à sua fixação uniforme no âmbito dos setores do medicamento e dos dispositivos médicos.

Portaria n.º 68/2017, de 16 de fevereiro

Estabelece a coordenação nacional, regional e local das unidades e equipas prestadoras de cuidados continuados integrados de saúde mental, bem como as suas condições de organização e funcionamento.

Despacho n.º 1612-A/2017, de 17 de fevereiro

Estabelece disposições sobre a cedência de dados estatísticos sobre produção e consumos, pelos serviços e organismos integrados na administração direta e indireta do Estado, no âmbito do Ministério da Saúde, e pelas entidades do sector público empresarial da área da saúde.

Despacho n.º 1646/2017, de 21 de fevereiro

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

Despacho n.º 1649/2017, de 21 de fevereiro

Determina que a atividade dos serviços de sangue e medicina transfusional a nível nacional é monitorizada de forma centralizada pelo Instituto Português do Sangue e da Transplantação, I. P..

Portaria n.º 75/2017, de 22 de fevereiro

Regula, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, a caracterização dos serviços e a admissão nas equipas locais e as condições e requisitos de construção e segurança das instalações.

Resolução da Assembleia da República n.º 33/2017, de 23 de fevereiro

Recomenda ao Governo a implementação de medidas no âmbito da utilização de animais em investigação científica.

Despacho n.º 1730/2017, de 23 de fevereiro

Nomeia os membros da Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica.

Despacho n.º 1729/2017, de 23 de fevereiro

Define as competências e composição da Comissão Nacional de Farmácia e Terapêutica e respetiva articulação com as Comissões de Farmácia e Terapêutica, no contexto da aquisição e utilização de medicamentos em estabelecimentos e serviços hospitalares do SNS.

Despacho n.º 1733/2017, de 23 de fevereiro

Criação da Equipa Multidisciplinar para a Coordenação da Área da Dissuasão.

Despacho n.º 1818/2017, de 1 de março

Cria a Comissão Coordenadora do Tratamento da Doença Fibrose Quística.

Portaria n.º 92-E/2017, de 3 de março

Estabelece o regime de comparticipação do Estado no preço de dispositivos médicos para apoio a doentes com incontinência ou retenção urinária.

Despacho n.º 1877/2017, de 6 de março

Determina que a SPMS, EPE, deve criar uma Unidade de Apoio ao Grupo de Prevenção e Luta contra a Fraude no SNS, cuja missão consistirá na recolha e tratamento dos dados necessários à atividade do Grupo, tendo em consideração o seu âmbito de atuação e o objetivo específico do combate à Fraude.

Despacho n.º 2018/2017, de 9 de março

Determina os requisitos técnicos gerais e específicos aplicáveis a dispositivos médicos para apoio a doentes com incontinência ou retenção urinária no regime de comparticipação.

Despacho n.º 2019/2017, de 9 de março

Determina o PVP máximo fixado por grupo de dispositivo médico, bem como os requisitos técnicos gerais e específicos aplicáveis a dispositivos médicos para apoio a doentes ostomizados.

Despacho n.º 2166/2017, de 14 de março

Subdelega competências no Infarmed e na Administração Central do Sistema de Saúde, para autorizar o recebimento de benefícios atribuídos por empresas fornecedoras de bens e serviços.

Portaria n.º 111/2017, de 16 de março

Altera a portaria que define as categorias de bens e serviços da área da saúde cujos contratos públicos de aprovisionamento e procedimentos de aquisição são celebrados e conduzidos pela SPMS.

Despacho n.º 2325/2017, de 17 de março

Determina a missão e aprova o regulamento das Comissões de Farmácia e Terapêutica das entidades de natureza hospitalar do setor público.

Despacho n.º 2326/2017, de 17 de março

Determina que a SPMS divulga, em site próprio, todas as características dos produtos abrangidos por contratos públicos de aprovisionamento que estabelecem as condições de fornecimento de medicamentos anti retrovíricos para o tratamento da infeção por VIH.

Portaria n.º 126/2017, de 30 de março

Altera a portaria que regula os mecanismos de avaliação e controlo no âmbito da prescrição e dispensa de medicamentos, cria as Comissões de Farmácia e Terapêutica de cada Administração Regional de Saúde e estabelece as respetivas atribuições, composição e funcionamento.

Despacho n.º 2757/2017, de 3 de abril

A Direção-Geral da Saúde, através do Programa de Prevenção e Controlo da Infeção e das Resistências Antimicrobianas, celebra um acordo com a Fundação Calouste Gulbenkian na área da infeção hospitalar.

Despacho n.º 2777-A/2017, de 3 de abril

Nomeia o Coordenador Nacional para a Estratégia Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, Prof. Doutor Henrique Luz Rodrigues, bem como a sua Equipa de Apoio e define as suas funções.

Portaria n.º 130/2017, de 7 de abril

Cria o Centro Académico Clínico das Beiras.

Despacho n.º 3041/2017, de 11 de abril

Determina a constituição e composição de um Grupo Técnico Nacional da Governação Clínica e de Saúde nos Cuidados de Saúde Primários.

Despacho nº 3156/2017, de 13 de abril

Estabelece disposições e determina os princípios de governança e gestão da Estratégia Nacional para o Ecossistema de Informação de Saúde (ENESIS) 2020.

Portaria nº 141/2017, de 18 de abril

Os medicamentos destinados ao tratamento de doentes com artrite reumatoide, artrite idiopática juvenil, artrite psoriática e espondiloartrites beneficiam de um regime excecional de comparticipação a 100%.

Decreto-Lei nº 44/2017, de 20 de abril

Altera o Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes dos serviços de saúde.

Resolução da Assembleia da República n.º 68/2017, de 24 de abril

Recomenda ao Governo que dê continuidade ao processo de descentralização no âmbito da saúde, educação e cultura, através da celebração de contratos interadministrativos.

Despacho nº 3454/2017, de 24 de abril

Determina as principais ações a desenvolver no ano de 2017, no âmbito do Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados, coordenadas pelo Núcleo de Apoio Estratégico do MS.

Despacho nº 3455/2017, de 24 de abril

Determina que a vacina contra a gripe sazonal é gratuita, na época 2017/2018, para pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, bem como para outros grupos alvo prioritários definidos pela DGS.

Portaria nº 147/2017, de 27 de abril

Regula o Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes ao Serviço Nacional de Saúde (SIGA SNS).

Despacho nº 3632/2017, de 28 de abril

Constitui a Comissão Intersectorial para a Promoção da Atividade Física, com o objetivo de elaborar, operacionalizar e monitorizar um Plano de Ação Nacional para a Atividade Física.

Portaria nº 153/2017, de 4 de maio

Define os Tempos Máximos de Resposta Garantidos no SNS para todo o tipo de prestações de saúde sem caráter de urgência e aprova e publica a Carta de Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde.

Despacho nº 3796/2017, de 5 de maio

Rentabilização de equipamentos, recursos humanos e a subcontratação a entidades externas ao SNS.

Resolução da Assembleia da República n.º 75/2017, de 5 de maio

Reforço das respostas do Sistema Nacional de Intervenção Precoce.

Despacho nº 3837/2017, de 8 de maio Determina que a SPMS divulga todas as características dos produtos abrangidos por contratos públicos de aprovisionamento, que estabelecem as condições de fornecimento de medicamentos diversos.

Despacho nº 3838/2017, de 8 de maio

Determina que a SPMS divulga todas as características dos produtos abrangidos por contratos públicos de aprovisionamento, que estabelecem as condições de fornecimento de Vacinas e Tuberculinas.

Portaria n.º 111/2017, de 15 de maio

Regime especial de comparticipação para medicamentos destinados ao tratamento da doença de hepatite C - acrescenta o medicamento contendo as substâncias Sofosbuvir + Velpatasvir.

Resolução da Assembleia da República n.º 80/2017, de 16 de maio

Eleição de membros para o Conselho Nacional de Saúde.

Resolução da Assembleia da República n.º 83/2017, de 22 de maio

Recomenda ao Governo a adoção de medidas urgentes para melhoria do funcionamento das unidades dos cuidados de saúde decorrentes do subfinanciamento do SNS.

Resolução da Assembleia da República n.º 84/2017, de 22 de maio

Recomenda ao Governo o compromisso plurianual para um maior investimento no SNS.

Despacho n.º 4354-A/2017, de 19 de maio

Cedência de informação de saúde, pelos serviços e organismos integrados na administração direta e indireta do Estado, no âmbito do Ministério da Saúde. Revoga o Despacho n.º 1612-A/2017.

Despacho n.º 4751/2017, de 31 de maio

Estabelece condições referentes ao projeto de desmaterialização do circuito de prescrição e de disponibilização de resultados de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica.

Despacho n.º 4777/2017, de 1 de junho

Cria, na dependência dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, saúde e economia, o Grupo de Trabalho para o desenvolvimento da Indústria Farmacêutica em Portugal.

Despacho n.º 4777/2017, de 1 de junho

Cria, na dependência dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças, saúde e economia, o Grupo de Trabalho para o desenvolvimento da Indústria Farmacêutica em Portugal.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 69/2017, de 2 de junho

Nomeia a presidente do conselho diretivo do INFARMED, I. P.

Despacho n.º 4835/2017, de 2 de junho

Determina os procedimentos a adotar no âmbito do Programa Prioritário na área da Infecção VIH/SIDA e Tuberculose, da DGS, com vista à promoção do acesso à Profilaxia Pré-Exposição da Infecção por VIH.

Deliberação n.º 459/2017/INFARMED, de 2 de junho

Nomeação da Direção da Comissão de Avaliação de Medicamentos.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 75/2017, de 5 de junho

Aprova a candidatura da República Portuguesa a sede da Agência Europeia do Medicamento.

Despacho nº 5216/2017, de 12 de junho

Constitui um grupo de trabalho com o objetivo de definir uma estratégia integrada para a eliminação da epidemia do VIH/SIDA nas cidades de Cascais, Lisboa e Porto, no contexto do projeto internacional «Cidades na via rápida para acabar com a epidemia VIH».

Deliberação nº 524/2017/INFARMED, de 14 de junho

Alteração ao Regulamento sobre Notificação Prévia de transações de medicamentos para exportação.

Decreto-Lei nº 69/2017, de 16 de junho

Procede à transferência de atribuições da DGS para a SPMS, E. P. E.

Resolução da Assembleia da República nº 123/2017, de 20 de junho

Recomenda ao Governo a adoção de medidas para cumprimento do Programa Nacional de Vacinação.

Resolução da Assembleia da República nº 126/2017, de 20 de junho

Recomenda ao Governo que poupe no financiamento a privados para investir no SNS.

Portaria nº 193/2017, de 20 de junho

Determina preços máximos de aquisição dos dispositivos de perfusão subcutânea contínua de insulina.

Decreto-Lei nº 73/2017, de 21 de junho

Altera o regime jurídico das unidades de saúde familiar.

Portaria nº 194/2017, de 21 de junho

Altera as condições em que o SNS assegura os encargos com o transporte não urgente de doentes.

Despacho nº 5479/2017, de 23 de junho

Constitui um grupo de trabalho com o objetivo de garantir o fornecimento de uma alimentação nutricionalmente adequada, contribuindo para a qualidade dos cuidados de saúde prestados, nas entidades hospitalares do SNS.

Despacho nº 5553/2017, de 26 de junho

Altera a composição da Comissão Nacional de Hemofilia.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 89/2017, de 28 de junho

Designa a vice-presidente do Conselho Nacional de Saúde.

Despacho nº 5657/2017, de 28 de junho

Clarifica o âmbito de aplicação e estabelece um procedimento célere e transparente relativo aos pedidos de autorização subjacentes ao disposto no artigo 9.º do DL n.º 5/2017, de 6 de janeiro (regras para os estabelecimentos, serviços e organismos do SNS, quanto à realização de ações científicas e promoção.)

Circular Informativa N.º 079/CD/100.20.200

Estabelecimentos, Serviços e Organismos do SNS e do MS e Plataforma de Comunicações.

Despacho nº 5795/2017, de 3 de julho

Cria o «Grupo de Trabalho Cimeira Intercalar da WHS 2018», designando o Dr. José Martins Nunes como Alto-Comissário para a organização em Portugal da conferência intercalar da Cimeira Mundial de Saúde.

Resolução do Conselho de Ministros nº 94/2017, de 3 de julho

Nomeia os membros do conselho de administração dos SPMS, E. P. E.

Resolução do Conselho de Ministros nº 96/2017, de 6 de julho

Altera a Comissão de Candidatura Nacional para a instalação da Agência Europeia de Medicamentos.

Despacho nº 6049/2017, de 7 de julho

Altera o Despacho que cria o Grupo de Prevenção e Luta contra a Fraude no Serviço Nacional de Saúde.

Portaria nº 207/2017, de 11 de julho

Aprova 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, e define condições da remuneração da produção adicional.

Resolução do Conselho de Ministros nº 102/2017, de 13 de julho

Nomeia Maria Sofia Rodrigues Pintado de Oliveira Martins para o cargo de vogal do conselho diretivo do INFARMED, I. P.

Lei nº 53/2017, de 14 de julho

Cria e regula o Registo Oncológico Nacional.

Despacho nº 6289/2017, de 18 de julho

Clarifica o âmbito de aplicação e estabelece um procedimento célere e transparente relativo aos pedidos de autorização subjacentes ao disposto no artigo 9.º do Decreto-Lei n.º 5/2017, de 6 de janeiro, no âmbito da Plataforma de Comunicações - Transparência e Publicidade.

Portaria n.º 212/2017, de 19 de julho

Regula os critérios e as condições para a atribuição de incentivos institucionais às unidades de saúde familiar (USF) modelos A e B e às unidades de cuidados saúde personalizados (UCSP) e de incentivos financeiros aos profissionais que integram as USF modelo B.

Lei nº 58/2017, de 25 de julho

Altera a Lei da procriação medicamente assistida.

Despacho nº 6429/2017, de 25 de julho

Determina que os programas de «Educação para a saúde, literacia e autocuidados» e de «Prevenção e gestão da doença crónica» são integrados num único programa, que passa a ser designado por programa de «Literacia em saúde e integração de cuidados».

Despacho nº 6430/2017, de 25 de julho

Determina a implementação do projeto-piloto «Literacia para a Segurança dos Cuidados de Saúde».

Despacho n.º 6485/2017, de 26 de julho

Designa os membros da Comissão de Ética para a Investigação Clínica, bem como a comissão executiva.

Decreto-Lei n.º 86/2017, de 27 de julho

Altera as normas e especificações do sistema de qualidade dos serviços de sangue.

Despacho n.º 6669/2017, de 2 de agosto

Determina os Centros de Referência, reconhecidos oficialmente pelo Ministério da Saúde, para as áreas de fibrose quística, neurorradiologia de intervenção na doença cerebrovascular, coagulopatias congénitas, implantes cocleares e ECMO - oxigenação por membrana extracorporal

Resolução da Assembleia da República n.º 187/2017, de 4 de agosto

Recomenda ao Governo uma auditoria às capacidades formativas das unidades de saúde do SNS.

Portaria n.º 247/2017, de 4 de agosto

Alteração a Portaria que fixa a estrutura nuclear da Direção-Geral da Saúde.

Despacho n.º 6841/2017, de 8 de agosto

Determina que os serviços e estabelecimentos do SNS, com a natureza de Entidades Públicas Empresariais ou integrados no Setor Público Administrativo, devem proporcionar aos alunos dos cursos referentes às profissões da saúde, ministrados em estabelecimentos de ensino público, o acesso a formação adequada.

Resolução da Assembleia da República n.º 197/2017, de 10 de agosto

Recomenda ao Governo a promoção do turismo científico.

Resolução da Assembleia da República n.º 200/2017, de 10 de agosto

Recomenda ao Governo a promoção do turismo de saúde.

Resolução da Assembleia da República n.º 213/2017, de 11 de agosto

Recomenda ao Governo o reforço das respostas do SNS na área da saúde mental em Portugal.

Lei n.º 99/2017, de 25 de agosto

Altera a Lei que estabelece o regime jurídico da qualidade e segurança relativa à dádiva, colheita e análise, processamento, preservação, armazenamento, distribuição e aplicação de tecidos e células de origem humana.

Despacho n.º 7539/2017, de 25 de agosto

Constitui um Grupo de Trabalho para o desenvolvimento das Unidades de Cuidados na Comunidade.

Decreto-Lei n.º 108/2017, de 30 de agosto

Estabelece o regime da carreira farmacêutica nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, integradas no SNS.

Decreto-Lei n.º 109/2017, de 30 de agosto

Define o regime legal da carreira especial farmacêutica, bem como os requisitos de habilitação profissional para integração na mesma.

Decreto-Lei n.º 110/2017, de 31 de agosto

Define o regime legal da carreira aplicável aos técnicos superiores das áreas de diagnóstico e terapêutica, em regime de contrato de trabalho nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, integradas no SNS.

Decreto-Lei n.º 111/2017, de 31 de agosto

Estabelece o regime da carreira especial de técnico superior das áreas de diagnóstico e terapêutica.

Decreto-Lei n.º 115/2017, de 7 de setembro

Altera o Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde.

Portaria n.º 270/2017, de 12 de setembro

Altera a Portaria que aprova o procedimento comum de comparticipação e de avaliação prévia de medicamentos.

Portaria n.º 271/2017, de 12 de setembro

Altera a Portaria que regula a determinação dos grupos homogêneos para efeitos da comparticipação no sistema de preços de referência.

Despacho n.º 8018/2017, de 14 de setembro

Determina os modelos de requisição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica e estabelece condições referentes à emissão de requisições dos mesmos.

Portaria n.º 281/2017, de 21 de setembro

Determina que os medicamentos destinados ao tratamento de doentes com artrite reumatoide, artrite idiopática juvenil, artrite psoriática e espondiloartrites podem beneficiar de um regime excecional de comparticipação a 100 %.

Despacho n.º 8254/2017, de 21 de setembro

Estabelece os critérios técnicos para os rastreios oncológicos de base populacional realizados no SNS, nomeadamente no que diz respeito ao recrutamento e métodos de seleção.

Despacho n.º 8379/2017, de 22 de setembro

Determina que são objeto de aquisição centralizada na categoria de bens as vacinas do Programa Nacional de Vacinação e outras vacinas e tuberculinas para a proteção da saúde pública e de grupos de risco segundo estratégias definidas pela Direção-Geral da Saúde.

Portaria n.º 282/2017, de 25 de setembro

Altera a Portaria que determina que os medicamentos destinados ao tratamento de doentes com artrite reumatoide, espondilite anquilosante, artrite psoriática, artrite idiopática juvenil poliarticular e psoríase em placas beneficiam de um regime excecional de comparticipação.

Despacho n.º 8355/2017, de 25 de setembro

Nomeia a Comissão de Acompanhamento de execução dos acordos assinados entre o Ministério das Finanças, o Ministério da Saúde, a Associação Nacional de Farmácias e a Associação de Farmácias de Portugal.

Despacho n.º 8379/2017, de 25 de setembro

Determina que a implementação do sistema informático SI.VIDA deve encontrar-se concluída até ao final de 2017, em todos os estabelecimentos hospitalares do SNS que seguem pessoas que vivem com VIH.

Despacho n.º 8597/2017, de 29 de setembro

Constitui um Grupo de Trabalho para a definição dos critérios a observar nos Programas de Reabilitação Cardíaca, assim como para a definição e acompanhamento dos projetos-piloto a desenvolver neste âmbito, em estabelecimentos hospitalares do SNS.

Despacho n.º 8669/2017, de 2 de outubro

Constitui a Comissão para a Planificação da Resposta em Saúde no contexto de Situações Críticas e de Exceção no Algarve.

Despacho n.º 8877/2017, de 9 de outubro

Estabelece o modelo de governação relativo à implementação da política de cibersegurança da saúde.

Decreto-Lei n.º 131/2017, de 10 de outubro

Alarga o elenco de cuidados de saúde dispensados do pagamento de taxas moderadoras no SNS às prestações de cuidados de saúde que são inerentes ao tratamento de determinadas situações clínicas ou decorrem da implementação de programas de rastreio, medidas de prevenção e de diagnóstico precoce.

Despacho n.º 8977/2017, de 11 de outubro

Constitui a Comissão Nacional de Trauma e designa os seus membros.

Despacho n.º 9317/2017, de 23 de outubro

Cria e determina a composição de um Grupo Técnico Independente destinado a avaliar os Sistemas de Gestão do Acesso a Cuidados de Saúde no SNS.

Portaria n.º 321/2017, de 25 de outubro

Determina que os medicamentos destinados ao tratamento de doentes com acromegalia podem beneficiar de um regime excecional de comparticipação.

Despacho n.º 9396/2017, de 25 de outubro

Cria e determina a composição de um grupo de trabalho para a avaliação do modelo de aplicação das taxas moderadoras, nomeadamente no que respeita aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Deliberação n.º 80/CD/INFARMED/2017

Regulamento que define os termos e procedimentos de autorização de Programa para Acesso Precoce a Medicamentos.

Portaria n.º 330/2017, de 31 de outubro

Define 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.

Despacho n.º 9688/2017, de 7 de novembro

Designa, em regime de substituição, Maria da Graça Freitas para o cargo de Diretora-Geral da Saúde.

Decreto-Lei n.º 140/2017, de 10 de novembro

Assegura a execução na ordem jurídica interna das obrigações decorrentes do Regulamento (UE) n.º 528/2012, relativo à disponibilização no mercado e à utilização de produtos biocidas.

Portaria n.º 351/2017, de 15 de novembro

Determina que os medicamentos destinados ao tratamento de doentes com doença de Crohn ou colite ulcerosa são comparticipados a 100%.

Portaria n.º 353/2017, de 16 de novembro

Atualiza a tabela de preços a praticar pelas unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Portaria n.º 359/2017, de 20 de novembro

Procede à definição dos países de referência, a considerar em 2018, 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. Mantém o critério excecional a aplicar no regime de revisão de preços.

Circular Informativa N.º 150/CD/INFARMED/100.20.200

Clarifica os procedimentos relativos à revisão anual de preços.

Despacho n.º 10163/2017, de 23 de novembro

Nomeia Francisco George para exercer o cargo de presidente nacional da Cruz Vermelha Portuguesa.

Despacho n.º 10268/2017, de 27 de novembro

Aprova o lançamento da parceria público-privada para a conceção, o projeto, a construção, o financiamento, a conservação, a manutenção e a exploração do Hospital de Lisboa Oriental.

Despacho n.º 10285/2017, de 27 de novembro

Determina que o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge deverá assegurar a realização de vigilância laboratorial da qualidade da água, para pesquisa e identificação da Legionella, em todas as unidades de prestação de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

Despacho n.º 10286/2017, de 27 de novembro

Determina que devem ser registados em sistema informático todos os atos de requisição clínica, distribuição aos serviços e administração aos doentes de todos os medicamentos derivados do plasma humano, utilizados nos estabelecimentos hospitalares de saúde públicos.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 178/2017, de 28 de novembro

Autoriza a despesa inerente à celebração do contrato de gestão para a conceção, o projeto, a construção, o financiamento, a conservação, a manutenção e a exploração do Hospital de Lisboa Oriental.

Despacho n.º 10857/2017, de 12 de dezembro

Cria um Grupo de Trabalho ao qual compete a avaliação dos cenários alternativos para a implementação da deslocalização do INFARMED, I. P., para a cidade do Porto.

Despacho n.º 10858/2017, de 12 de dezembro

Determina o PVP máximo fixado por grupo de dispositivo médico, bem como os requisitos técnicos aplicáveis a dispositivos médicos para apoio a doentes com incontinência ou retenção urinária.

Despacho n.º 10859/2017, de 12 de dezembro

Determina o PVP máximo fixado por grupo de dispositivo médico, bem como os requisitos técnicos aplicáveis a dispositivos médicos para apoio a doentes ostomizados.

Decreto do Presidente da República n.º 143-A/2017, de 12 de dezembro

Exonera, a seu pedido, e sob proposta do Primeiro-Ministro, Manuel Martins dos Santos Delgado do cargo de Secretário de Estado da Saúde.

Decreto do Presidente da República n.º 143-B/2017, de 12 de dezembro

Nomeia, sob proposta do Primeiro-Ministro, Rosa Augusta Valente de Matos Zorrinho para o cargo de Secretária de Estado da Saúde.

Despacho n.º 10967/2017, de 14 de dezembro

Designa, em regime de substituição, a licenciada Rosa Maria dos Reis Marques Furtado de Oliveira, para exercer o cargo de Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro, I. P.

Despacho n.º 10968/2017, de 14 de dezembro

Designa, em regime de comissão de serviço, o licenciado António José da Silva Pimenta Marinho, para exercer o cargo de Presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Norte, I. P.

Circular Informativa N.º 171/CD/INFARMED/100.20.200

Revisão Anual de Preços de Medicamentos Genéricos para o ano de 2018.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 203/2017, de 28 de dezembro

Nomeia os membros do conselho diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P.

Despacho n.º 11391/2017, de 28 de dezembro

Determina condições para a limitação de produtos prejudiciais à saúde nos espaços destinados à exploração de bares, cafetarias e bufetes, pelas instituições do Ministério da Saúde.

Despacho n.º 11460/2017, de 29 de dezembro

Designa, em regime de comissão de serviço, a licenciada Maria da Graça Gregório de Freitas, para o cargo de diretora-geral da Saúde.

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.