



SAÚDE
PROCURAM-SE
NOVOS
CAMINHOS
RELATÓRIO DE PRIMAVERA 2016

**SAÚDE
PROCURAM-SE
NOVOS
CAMINHOS**

RELATÓRIO DE PRIMAVERA 2016

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE

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



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



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

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

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	13
2. CRISE NA SAÚDE: seis anos de análise e de propostas.....	21
3. DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE: evidência recente para Portugal.....	35
4. A VULNERABILIDADE EM SAÚDE MENTAL	57
5. A PARTICIPAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES NAS POLÍTICAS DE SEGURANÇA DO DOENTE	79
6. UMA VEZ MAIS, O ACESSO AO MEDICAMENTO	99
7. OS CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL	119
8. CONCLUSÕES	127
9. BIBLIOGRAFIA	139
10. ANEXOS	153

LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

- ACES** - Agrupamento de Centros de Saúde
- ACSS** - Administração Central dos Serviços de Saúde, I.P.
- ADSE** - Assistência na Doença aos Servidores do Estado
- AD** - Associações de Doentes
- ANF** - Associação Nacional das Farmácias
- APIFARMA** - Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica
- AR** - Assembleia da República
- ARS** - Administração Regional de Saúde
- BZPs** - Benzodiazepinas
- CATS** - Comissão de Avaliação de Tecnologias da Saúde
- CDG** - Congenital Glycosylation Disorders
- CE** - Comunidade Europeia
- CNSM** - Coordenação Nacional de Saúde Mental
- CNRSSM** - Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental
- CPP** - Cuidados Paliativos Pediátricos
- CR** - Constituição da República
- CSP** - Cuidados de Saúde Primários
- DALYs** - Disability Adjusted Life Years
- DCI** - Denominação Comum Internacional
- DGS** - Direção-Geral da Saúde
- DL** - Decreto-Lei
- DPOC** - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
- DPSM** - Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
- E.P.E.** - Entidades Públicas Empresariais
- EA** - Eventos Adversos
- ECSCP** - Equipa Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos
- EIHSCP** - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
- ERS** - Entidade Reguladora da Saúde
- EUA** - Estados Unidos da América

GAT - Grupo de Ativistas em Tratamento
INE - Instituto Nacional de Estatística
INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P
INS - Inquérito Nacional de Saúde
INSA - Instituto Nacional de Saúde
MdE - Memorando de Entendimento
MF - Ministério das Finanças
MS - Ministério da Saúde
N.º - Número
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONG - Organizações não-governamentais
OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PIB - Produto Interno Bruto
PNS - Plano Nacional de Saúde
PNSM - Programa Nacional de Saúde Mental
PREMAC - Plano de Redução e Melhoria da Administração Central
PSP - Polícia de Segurança Pública
RAM - Reação Adversa ao Medicamento
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RNCP - Rede Nacional de Cuidados Paliativos
RP - Relatório de Primavera
SE - Socioeconómicos
SEAMS - Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde
SICO - Sistema de Informação de Certificação de Óbitos
SILC - Inquérito sobre o Rendimento e Condições de Vida
SLSM - Serviços Locais de Saúde Mental
SINAS - Sistema Nacional de Avaliação em Saúde
SINATS - Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias de Saúde
SINAVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SIVIDA - Sistema de informação que permite a monitorização e acompanhamento de utentes com VIH/SIDA
SNS - Serviço Nacional de Saúde
SSMR - Serviços de Saúde Mental Regionais

LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

TARc - Terapêutica antirretroviral

TGN - Técnica de Grupo Nominal

UCP - Unidade de Cuidados Paliativos

UE - União Europeia

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO - World Health Organization

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Desde 2009, nomeadamente com o início da última “Grande Recessão”, que o debate na área da saúde se focou no impacto da crise económica na saúde e nos cuidados de saúde. O debate levantou grandes controvérsias no mundo científico e na área política, acompanhado de uma grande cobertura pelos meios de comunicação social. Um dos focos da discussão foram as conse-

quências das políticas de austeridade adoptadas na maioria dos países europeus, aplicadas com o objetivo de controlar a explosão do endividamento público, e que consistiram essencialmente em fortes cortes nos orçamentos sociais e da saúde. A discussão centrou-se ainda na sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Portugal não foi exceção: o debate foi focado nos efeitos das políticas públicas na saúde. Dentro e fora do sector da saúde, várias conjeturas foram apontadas. Algumas salientaram a capacidade de resiliência do Serviço Nacional de Saúde (SNS), que teria conseguido manter a mesma qualidade dos serviços. Outras apontaram para crescentes barreiras no acesso aos cuidados (em particular os medicamentos e os transportes de utentes), a deterioração da qualidade do SNS (principalmente explicada pela saída de profissionais para o sector privado, para a reforma ou para o estrangeiro), e a conseqüente fragmentação resultando num sistema de saúde “a duas velocidades” (com o sector privado a desenvolver-se consideravelmente no auge da crise).

Dado que a evidência relativamente ao impacto da austeridade ainda não é conclusiva e porque a crise económica e da dívida pública não acabou, não se pode dar ainda este debate por terminado. Pelo contrário, continua a ser essencial medir o impacto da (s) crise (s) económica (s) na saúde. Desta forma, no presente poder-se-ão delinear políticas mais eficazes, que protejam

as populações mais vulneráveis, e que contribuam para uma maior sustentabilidade, e ainda retirar lições para o futuro. Assim, e apesar do tema “impacto da crise na saúde” não ser o principal foco deste relatório, consideramos que, pela importância (não esgotada) do tema, era importante incluir um olhar sobre o que foram os últimos quatro anos no sector da saúde em Portugal. Por isso, o nosso segundo capítulo consiste numa breve revisão dos últimos seis relatórios, publicados de 2010 a 2015.

Apesar da importância do tema da sustentabilidade do SNS – e do Estado –, nota-se no entanto no momento atual uma perda de fôlego neste debate. As razões são diversas, podendo estar associadas ao fim da missão da Troika e ao programa de políticas que lhe era inerente, ao aparente afastamento da ameaça saída do euro, à mudança de maioria governamental, a algum desgaste em relação ao tema, ou talvez ainda, à mudança do foco mediático. De resto, a crise agudizou desafios que já existiam, e que vieram para ficar, provavelmente para as próximas décadas. O desafio mais visível, mais debatido,

1. INTRODUÇÃO

e, aparentemente, mais urgente é o da sustentabilidade do SNS, regularmente sob a ameaça de extinção. A questão da sustentabilidade é no entanto apenas a face visível dos outros dois grandes desafios: a distribuição injusta dos níveis de saúde e a qualidade dos serviços. Estes serão os dois grandes temas do nosso relatório, e que servirão de quadro conceptual para os novos caminhos que precisamos de encontrar.

Em primeiro lugar, para contribuir para uma sustentabilidade do SNS a longo prazo defendemos que deveriam ser assegurados melhores níveis de saúde. Em particular, daqueles que estão mais fragilizados, quer pela sua situação socioeconómica, como os mais pobres ou com menos educação, quer pelo risco em que se encontram, como recém-nascidos, idosos, mulheres e pessoas socialmente excluídas ou marginalizadas.

Melhorar a saúde, e reduzir as injustiças na saúde, é um desafio que ultrapassa os períodos de crise. As desigualdades em saúde são superiores em Portugal, ou seja, a saúde é muito mais marcada socialmente do que nos países vizinhos.

Como podemos esperar um sistema de saúde (e uma segurança social) sustentáveis com uma população que adoce cedo na vida, em particular se tem rendimentos baixos? O terceiro capítulo deste relatório foca-se nas desigualdades em saúde em Portugal. Apresentamos um ponto da situação, com uma análise de várias bases de dados e damos algumas pistas de atuação, procurando novos caminhos para reduzir as injustiças na saúde.

Em segundo lugar, acreditamos que a sustentabilidade do SNS será assegurada através da melhoria da sua qualidade. A qualidade significa prevenção, seguimento, tratamento atempado, eficiente e eficaz, baseado na evidência, o que permite reduzir custos a longo prazo. Neste sentido, o quarto capítulo é dedicado à saúde mental, muitas vezes esquecida na ordem de prioridades, mas que afeta uma quinto da população portuguesa e que representa a maior carga da doença em termos de anos de vida saudáveis perdidos. Nesta área, o maior desafio que se coloca é o acesso ao tratamento de qualidade. Maior acesso exige mais recursos, mas também, e sobretudo, no-

vos modelos organizacionais. Modelos estes que devem ser mais centrados na comunidade, nos cuidados de saúde primários e nos cuidados continuados. Como melhorar o acesso e a qualidade em saúde mental? Ao focar esta área, à qual deve ser dada mais atenção, procurámos evidenciar as novas perspetivas emergentes, que visam dar resposta à enorme complexidade da saúde mental e que anda há demasiado tempo à procura de caminhos.

O quinto capítulo aborda também a qualidade mas focando-se no processo de decisão, numa área crucial que é a segurança do doente. Portugal confronta-se com a maior prevalência ao nível europeu de infeções associadas aos cuidados de saúde, que implicam graves consequências de saúde e financeiras. Destacámos neste capítulo a necessidade de envolver as associações de doentes nas políticas e programas para a segurança do doente, o que representa claramente um novo percurso em Portugal no processo de decisão, mas que se confronta com várias barreiras, quer do lado da tutela, quer do lado das associações de doentes.

A participação dos doentes tem claramente que consubstanciar-se também como um novo caminho a percorrer.

O sexto capítulo deste relatório, sobre medicamentos, foca em grande parte a problemática do VIH. Esta é uma doença que afeta uma proporção elevada da população, particularmente em comparação com os outros países europeus, e representa um quarto das despesas com medicamentos hospitalares. Para reduzir a taxa de transmissão, melhorar a qualidade de vida e evitar tratamentos mais agressivos e caros, as pessoas infetadas devem ser diagnosticadas e tratadas atempadamente e manter-se em tratamento. Como garantir a qualidade deste seguimento, desde o rastreio ao tratamento? Como garantir a adesão à terapêutica? Neste capítulo tentamos ainda identificar novos rumos.

1. INTRODUÇÃO

O sétimo capítulo foca-se nos cuidados paliativos. Morrem todos os anos em Portugal 105.000 pessoas. No entanto, olhando para as carências de equipamentos e na formação no âmbito dos cuidados paliativos, temos ainda um longo caminho a percorrer para ajudar as pessoas que se encontram em final de vida. Este capítulo tenta ainda procurar alguma orientação para contribuir para uma melhor qualidade nos cuidados paliativos.

A Coordenação:

Pedro Lopes Ferreira

José Aranda da Silva

Felismina Mendes

Sofia de Oliveira Martins

Julian Perelman

2. CRISE NA SAÚDE: seis anos de análise e de propostas

2. CRISE NA SAÚDE

Desde o ano de 2000, que o OPSS acompanha, analisa e relata anualmente o desenvolvimento do sistema de saúde português e a evolução da qualidade da governação da saúde. Na descrição que faz so-

bre a qualidade da governação de saúde, o OPSS, não toma posição sobre as agendas políticas de cada ciclo de governação.

Estando Portugal no início de um novo ciclo político, resultante das eleições legislativas de Outubro de 2015, julgamos oportuno fazer um balanço dos relatórios dos últimos anos, marcados pela crise do sistema financeiro e que correspondem a grande parte do anterior ciclo político.

Julgamos oportuno recordar as conclusões do **Relatório Primavera (RP) de 2010** em que se anotava que “as falhas sistémicas da governação da saúde não podem ser atribuídas exclusivamente ao sector da saúde. Elas reflectem o grau de desenvolvimento do país, a cultura do sistema político, a qualidade das instituições do Estado, as contribuições da ciência, da tecnologia e dos sistemas de aprendizagem, e os comportamentos da sociedade civil.”

Parece-nos importante recordar estas afirmações de 2010, altura em que a Europa e Portugal começaram a sentir de forma marcante os efeitos da crise sistémica resultante da grave crise do sistema financeiro originada em 2007 nos EUA.

Salientámos ainda no RP de 2010 que “a situação económica actual resulta da crise do sistema financeiro de 2007 e das ‘soluções’ que foram adoptadas para lhe dar resposta, assim como das omissões nessa resposta. Apesar dos países mais periféricos da zona Euro pouco terem contribuído para aquela crise financeira, as debilidades estruturais das suas economias tornaram-nos particularmente vulneráveis aos seus efeitos. A falta de previsão por parte da União Europeia para as consequências dos aumentos dos deficits permitidos para fazer face à crise financeira e a não regulação dos mercados financeiros e de alguns dos seus agentes (como agências de rating) tiveram um papel importante no desencadear desta crise e nos seus efeitos previsíveis nos sistemas de protecção social dos países do sul da Europa. Se acrescentarmos a isto, a recente adopção por parte do Conselho de Ministros da UE da directiva sobre cuidados de saúde transfronteiriços e, conhecermos a história detalhada deste processo, poderemos concluir que muitos dos factores que determinam a evolução e sustentabilidade dos nossos sistemas de saúde se começam a deslocar para

2. CRISE NA SAÚDE

fora do espaço nacional. Isto vai-se passando perante uma gritante falta de informação, análise, previsão, conhecimento e debate no país.”

Apesar do alerta do RP de 2010, constatamos em 2011 que “a crise financeira e económica, mais do que um lugar-comum, tornou-se uma realidade na vida de um número crescente de pessoas através de fenómenos como a diminuição do poder de compra, o desemprego e do conseqüente risco de pobreza com tudo o que lhe está associado. A resposta à crise tornou-se o tema central de todas as discussões, de leigos a especialistas, bem como da agenda do espaço europeu. Neste contexto, Portugal tornou-se um país ‘intervencionado’ através do que se convencionou designar como Troika (i.e., Fundo Monetário Internacional, Banco Central Europeu e União Europeia) e como tal, sujeito a um conjunto de medidas que visam restabelecer a confiança dos mercados e criar as condições para que o país possa honrar os seus compromissos internacionais. As medidas acordadas com os partidos do ‘arco da governação’, foram negociadas em plena crise política, com um governo demissionário

e o país em clima de campanha eleitoral. As referidas medidas caracterizam-se, genericamente pela imposição de um calendário muito apertado de reformas que atingem todos os sectores de actividade e como tal, também a saúde. Esta é afectada de forma directa (através das medidas que incidem sobre o sector da saúde) e de forma indirecta, através de todas as medidas que de algum modo interfiram com a capacidade de autocuidado. Apesar disso, muitas das medidas acordadas para a saúde foram bem recebidas por vários sectores e entendidas como úteis e necessárias, tendo inclusivamente sido colocada a questão: sendo tão úteis e necessárias, por que razão nunca ninguém as implementou?”

A situação descrita leva a que se introduza uma alteração substantiva no formato do RP. Enquanto até ali, o RP tinha essencialmente uma postura de análise retrospectiva, **a partir de 2011** entendeu-se que devia assumir também uma postura prospectiva através “do desenvolvimento de um modelo de análise prospectiva que nos permitirá enquadrar e compreender as propostas para o sector da saúde,

quer sejam as da troika, do programa do governo ou as decorrentes da negociação do Orçamento Geral do Estado”.

Consequente ao novo modelo de análise o RP de 2011 apresentava as seguintes conclusões:

“1. Saúde e crise: a crise financeira, económica e social, particularmente o desemprego e o empobrecimento, têm um impacto negativo sobre a saúde. A resposta à crise – restrições para conseguir os recursos necessários para fazer face ao endividamento público e privado, acrescentam novas dificuldades; o estatuto de ‘país intervencionado’ por instituições internacionais desafia a auto-estima dos portugueses. Não basta cumprir as ‘obrigações internacionais’ – é necessário superá-las, fazendo da crise uma oportunidade, mobilizando o melhor do país para esse efeito;

2. Antecedentes imediatos (2010-11): a acção do Ministério da Saúde durante os 17 meses anteriores foi altamente condicionada pelo agravamento da situação financeira do país, que se manifestou por uma diminuição de cerca de 13% no

orçamento da saúde para 2011. Adoptaram-se um amplo conjunto de medidas de poupança (muitas das quais anteciparam o que consta do ‘memorando de entendimento’ ao mesmo tempo que se procuraram manter as reformas em curso – nomeadamente as dos cuidados de saúde primários e continuados. No entanto, o pouco investimento feito na qualidade da governação da saúde limitou os progressos possíveis: nas boas práticas em saúde (antibióticos e infecção hospitalar), no acesso aos cuidados de saúde (incumprimento das garantias em relação ao acesso aos cuidados hospitalares) e na sustentabilidade financeira dos cuidados continuados. Particularmente notória a incapacidade de completar o PNS (seria razoável que estivesse ultimado pelo menos 6 meses antes do início do seu período de vigência 2011-2016), dado o amplo tempo e consideráveis recursos disponibilizados para o efeito;

3. Memorando de entendimento (MdE) – a grande questão: havendo um amplo consenso que, em relação à saúde, muitas das medidas lá contidas são úteis e desejáveis porque é que não se fizeram antes,

2. CRISE NA SAÚDE

pelos vários governos que tiveram ocasião para isso? Há poucas dúvidas que isso se deve essencialmente a três factores (para os quais o OPSS apontou insistentemente durante a última década): baixa qualidade dos dispositivos e instrumentos da governação da saúde; densa estruturação dos interesses particulares – económicos e profissionais – que se substituem muito frequentemente ao interesse geral; ausência de uma cidadania activa – pessoas informadas e capacitadas, disponíveis para um envolvimento argumentativo nas questões que lhes dizem respeito. Neste contexto, a pergunta verdadeiramente crítica é: Há razões para acreditar que, na actual situação do país, a ‘intervenção externa’ representada pelo memorando da troika, será de tal forma determinante que superará as dificuldades acima referidas?

4. Memorando de entendimento – controvérsia: este documento coloca sob a rubrica ‘financiamento’, o aumento das taxas moderadoras, a sua indexação à inflação e a sua aplicação associada à capacidade de pagar! As ‘taxas moderadoras’ destinam-se por definição a moderar a utilização imoderada de

cuidados de saúde pré-pagos. Por isso as modalidades da sua aplicação devem ser decididas de acordo com aquilo que é a sua função – evitar a utilização excessiva dos cuidados de saúde, sem limitar o acesso àqueles que são necessários. Aquilo, a que o Memorando se refere, são co-pagamentos, ou seja os pagamentos directos de uma percentagem do custo dos cuidados de saúde (à hora de os receber) para além daquilo que é pré-pago através dos impostos. A discussão de um eventual papel de co-pagamentos no financiamento do SNS, é importante em termos da concepção que se pretende adoptar para o sistema de saúde”.

Em **2012 o RP** com o título “Crise & Saúde – Um país em sofrimento” (d)enunciava nas suas conclusões:

“1. Existe uma considerável base de conhecimento dos efeitos de uma crise socioeconómica (desemprego, endividamento, empobrecimento) sobre a saúde e os sistemas de saúde. Os efeitos, nomeadamente, sobre a saúde mental (perda de autoestima, ansiedade, depressão e suicídio) e sobre o aumento de comportamentos de risco, incluín-

do os relativos a toxicodependência e ao álcool. As consequências de falta de conforto térmico nas habitações, as limitações do acesso aos cuidados de saúde médicos e aos medicamentos.

2. A forma como uma crise socioeconómica afeta a saúde depende essencialmente dos seguintes fatores:

- situação socioeconómica, da saúde e da proteção social a partida;
- intensidade da crise;
- oportunidade e qualidade das respostas.

3. O país está em sofrimento. A crise financeira, económica e social é patente. Os reflexos sobre o sistema de saúde são igualmente evidentes.

4. Um dos maiores progressos, a nível internacional, da concepção e do posicionamento das políticas de saúde, no conjunto das políticas públicas, foi a inscrição no Tratado de Maastricht (1992, implementado em 1993) do princípio segundo o qual a adopção de qualquer outra política devia tomar em consideração a análise previa dos seus impactos sobre a saúde. Não se trata de que todas as políticas sejam

determinadas pelas políticas de saúde, mas sim de ter em conta o seu impacto sobre a saúde.

Esta filosofia continua expressa, de forma mais genérica, no Tratado de Lisboa (2007), na 'cláusula social'.

5. O MdE com a Troika (apesar de esta incluir instituições europeias), no conjunto das medidas que prescreve, ignora esse princípio. É compreensível que, num primeiro momento, de grande pressão, se tomem medidas de carácter exclusivamente financeiro, mas isso já não se justifica no período de seis meses a um ano depois. A reavaliação trimestral do MdE tem de ser algo mais que um 'exame' ao grande cumprimento das medidas prescritas."

Nesse sentido apontava-se em 2012 para a necessidade de integração da noção de sustentabilidade financeira "numa ideia de ordem superior, a capacidade de posicionar adequadamente políticas de saúde no conjunto das políticas públicas (financeiras, económicas e outras)". Alertava-se ainda para a ocorrência de "um conjunto de situações que podem afetar negativamente a sustentabilidade política do SNS:

2. CRISE NA SAÚDE

- sinais de uma agenda não-universalista;
- ausência de uma linha clara de orientação no investimento em saúde e no desenvolvimento organizacional do SNS;
- desmotivação dos profissionais;
- insatisfação de uma população mais vulnerável com a resposta do SNS.”

Em **2013 o OPSS** escolheu como título para o RP “Duas faces da Saúde”.

Esse RP procurava mostrar a situação que se vivia no momento de grave crise, onde pareciam coexistir dois mundos – “o oficial, dos poderes, onde, de acordo com a leitura formal, as coisas vão mais ou menos bem, previsivelmente melhorando a curto prazo, malgrado os cortes orçamentais superiores ao exigido pela Troika e a ausência de estratégia de resposta às consequências da crise na saúde da população; e um outro, o da experiência real das pessoas, em que se verifica empobrecimento, desemprego crescente, diminuição dos factores de coesão social, e uma considerável descrença em relação ao presente e também ao futuro, com todas as

consequências previsíveis sobre a saúde. Perante esta clivagem parece haver uma parte do SNS que se esta a degradar, mas haveria ainda uma outra em que a resiliência domina. Até quando? Esta preocupante dúvida necessita de uma obrigatória reflexão que nos deverá conduzir a um SNS renovado, melhorado, modernizado e com futuro”.

Em **2014 o RP** afirmava que “o Observatório Português dos Sistemas de Saúde tem como uma das suas principais funções constituir-se como memória da evolução do sistema de saúde português e dos desafios da saúde. E é o que tem procurado fazer ao longo dos seus 15 anos de existência. Dada a situação que o país atravessa, o OPSS tem vindo a chamar a atenção, através dos últimos cinco Relatórios de Primavera para a crise e para os seus impactos na área da saúde – mas mantém-se a ausência de um diagnóstico oficial rigoroso sobre o tema, a partir do qual se possam organizar respostas apropriadas para fazer face aos efeitos da crise (financeira, económica e social) na saúde.”

“Face a uma crise económica associada a duras medidas de austeridade, as boas práticas de saúde pública recomendam que se antecipe e previna, o mais cedo possível, os seus efeitos sobre o bem-estar da população, em alinhamento com o constante nos tratados europeus. Só dessa forma é possível monitorizar, intervir e negociar no sentido de mitigar os impactos da austeridade excessiva.”

No RP de 2014 afirma-se também que o OPSS “identificou a crise como uma oportunidade para se incrementarem mudanças no Sistema de Saúde que há muito se impunham e através das quais se conseguiria melhorar a eficiência e efectividade do sistema e ao mesmo tempo prevenir e/ou atenuar os efeitos da crise na saúde das pessoas”.

Na análise efectuada, “elogiaram-se as medidas adoptadas sempre que obedeceram a uma lógica que parecia contribuir para o equilíbrio financeiro do sistema e/ou para o incremento da sua efectividade e para a protecção da saúde das pessoas. Chamou-se a atenção para a necessidade de promover a capacidade de gestão estratégica

do Ministério, através do desenvolvimento dos mecanismos adequados, nomeadamente: de um plano estratégico que antecipasse os efeitos da crise no sistema e na saúde das pessoas; da monitorização de indicadores sensíveis à crise, particularmente nos grupos mais vulneráveis; da continuidade de algumas das reformas (e.g., cuidados de saúde primários) como forma de melhor responder à crise; e da discussão da problemática das consequências da crise na saúde ao nível Europeu. Perante este posicionamento os governos responderam comentando os relatórios, num paradoxal exercício de inversão de papéis, e numa tentativa de descreditação das conclusões apresentadas. No entanto o OPSS mantém o seu posicionamento de contributo positivo para resolução dos prolemas estudados e identificados e nesse contexto propõe que “para efeito de avaliação do impacto da crise, os dados sejam desagregados nomeadamente em função das variáveis mais sensíveis à mesma; se usem indicadores sensíveis à crise (e.g., indicadores relativos à saúde mental, às doenças infecciosas, aos estilos de vida e às necessidades não satisfeitas); se desagreguem estes

2. CRISE NA SAÚDE

dados por níveis socioeconómicos, por região (com particular atenção para algumas sub-regiões) e por situação face ao emprego. Relativamente ao controlo da diabetes assinalamos como ponto positivo a evolução dos indicadores relativos aos resultados ao nível dos registos nos cuidados primários, nomeadamente no que concerne ao aumento da abrangência da prestação dos cuidados de saúde na população com diabetes. Como pontos negativos assinalamos, o aumento persistente dos reinternamentos por descompensação/complicações da Diabetes; o aumento das amputações major dos membros inferiores, contrariando a tendência de redução que se vinha a verificar e, o aumento da prevalência da diabetes.”

Conclui o RP de 2014 que “parece ser evidente e à semelhança do que afirmámos em anos anteriores, que estamos perante um conjunto de dados que indiciam o impacto negativo da crise sobre a saúde das pessoas. Ou seja, está a acontecer o que era expectável. Apesar disso, não se vislumbram sinais indiciadores de uma política intersectorial de saúde que tenha como objecti-

vo monitorizar indicadores dos mais vulneráveis. Ao invés, parece ser evidente um manifesto esforço quer da UE, quer do governo português, de negar a evidência do impacto da crise sobre a saúde das pessoas e negando-o, evitar a discussão e consequentemente a adoção de medidas de prevenção e/ou de combate. Tal atitude poderia até ser apelidada de síndrome de negação. O único senão é que do outro lado estão pessoas em sofrimento e com um desenvolvimento cada vez mais hipotecado tal como se percebe pelos dados apresentados.

Em **2015 o RP** reafirma que “em Portugal a saúde tem a dignidade de ser considerada na Constituição da República (CR), no capítulo dos direitos e deveres sociais (Capítulo II). Aí se afirma que ‘todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover’ (CR, artº, nº 1), balanceando-se assim as responsabilidades do Estado, através do dever de protecção, com as responsabilidades individuais, através do dever de defender e promover a saúde. Apesar da importância que lhe é atribuída na CR pode sempre considerar-se que tempos excepcionais exigem medidas excepcionais

o que, em tese, poderia justificar que este dever do Estado sofresse as necessárias adaptações em função, por exemplo da crise que nos tem atingido nos últimos anos. Ora este raciocínio tem dois problemas. O primeiro é da ordem dos princípios. Ou seja, se de algum modo limitamos um direito por razões que não as do respeito pelo direito dos nossos semelhantes, quais são as fronteiras desse limite? O segundo é de natureza mais pragmática. De acordo com a evidência que se tem vindo a acumular uma crise como a que temos vindo a atravessar ultrapassa-se mais depressa e melhor com uma população saudável. Tal exige que em tempos de crise se invista na saúde como forma de capacitar melhor os cidadãos e de a ultrapassar saindo da mesma com mais competências que as que se tinha antes. É também neste sentido que apontam as diversas recomendações dos organismos internacionais, como profusamente referimos ao longo deste RP. Todavia, esta crise ocorre num momento muito particular da nossa história no qual se conjugam uma transição demográfica com uma transição epidemiológica. A primeira caracteriza-se pela passa-

gem de uma sociedade jovem, com um perfil demográfico em forma de pirâmide com base bem alargada, para uma envelhecida, na qual este perfil mais se assemelha a um sino base estreita e topo alargado. Esta transição tem sido agravada pela forma como a crise tem sido gerida, na medida em que esta tem forçado a emigração dos mais jovens. A segunda (i.e., transição epidemiológica) caracteriza-se pela passagem de um perfil predominante de doenças infecto-contagiosas a um outro de doenças crónico-degenerativas. Ora esta conjugação de fenómenos coloca-nos perante uma crise na original acepção da palavra, ou seja, um momento que põe à prova a nossa faculdade de distinguir, escolher, julgar, decidir e agir. A crise surge assim como uma oportunidade de olhar criticamente para o que tem sido feito, para a nossa nova condição e com base nisso, projectarmo-nos no futuro dotados de instrumentos e de competências mais adequadas às novas circunstâncias.”

Sendo 2015 o primeiro ano de ausência de intervenção externa, o RP considerou “o acesso aos cuidados de saúde, nas suas diferentes com-

2. CRISE NA SAÚDE

ponentes, como o tema central para orientar e percorrer a análise realizada à saúde, em Portugal. Passados os duros tempos de intervenção da Troika e de imposição de medidas de contenção de custos, impunha-se analisar a saúde com que ficámos ou a saúde a que temos acesso, neste primeiro ano de suposta autonomia reconquistada. Partindo destes pressupostos, o trabalho efetuado centrou-se no acesso aos cuidados de saúde (em geral); no acesso ao medicamento; no acesso aos cuidados de saúde por pessoas dependentes no autocuidado; no acesso a cuidados de saúde de qualidade e seguros e no acesso aos cuidados de saúde mental. As análises realizadas permitiram mapear os contornos do acesso do cidadão aos cuidados de saúde, detectar os principais obstáculos com que se defrontam e propor recomendações que não só aliviem o impacto da crise e da austeridade na saúde, mas que permitam delinear planos estratégicos a médio e longo prazo, de consenso, sustentáveis e que garantam o acesso à saúde por parte dos cidadãos”.

Os últimos anos, de acordo com o RP de 2015, resultaram em dificuldades na acessibilidade aos cuidados de saúde com diminuição de consultas nos CSP e nos acessos aos serviços de urgência. Também o acesso à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foram identificados estrangulamentos com assimetrias regionais preocupantes. No que se refere a acessibilidade a medicamentos, sendo positivo o aumento da quota de medicamentos genéricos, mantém-se a preocupação de relatórios anteriores das dificuldades e atrasos no acesso a medicamentos inovadores e dificuldades no circuito de distribuição de medicamentos resultantes da crise que afecta as farmácias.

O apontar de medidas para que se efective uma melhoria da segurança do doente no país foi preocupação do RP de 2015.

Resumidos os RP dos últimos anos constatamos que a crise e o seu impacto na saúde dominou as atenções nesses anos tendo o OPSS apresentado ao longo desses anos diversas sugestões e alertas que poucas vezes foram tidos em conta.

O acentuado corte nas despesas com saúde, que nos fizeram baixar alguns pontos no ranking da OCDE, tiveram efeito mais acentuado nas despesas com medicamentos e recursos humanos. Esses cortes ultrapassaram os cortes propostos pela troika no MdE ainda estamos longe de conhecer o verdadeiro impacto no sistema nacional de saúde nomeadamente nos ganhos em saúde obtidos ao longo dos últimos anos.

Em 2016 vamos continuar a acompanhar, analisar e relatar o desenvolvimento do sistema de saúde português e a evolução da qualidade da governação da saúde, esperando que as nossas chamadas de atenção possam ser no mínimo avaliadas!

3. DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE: evidência recente para Portugal

3. DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE

Este capítulo visa apresentar, analisar e discutir indicadores de desigualdades sociais em saúde em Portugal, utilizando dados recentes que permitem avaliar a evolução destas desigualdades e compará-las com valores obtidos noutros países europeus. Na primeira secção, discutimos a importância desta questão em termos éticos, sociais e económicos. Logo, apresentamos as principais causas da existência de desigualdades sociais em saúde,

que permitem refletir sobre as estratégias mais adequadas para o seu combate. A terceira secção salienta a relevância do tema no contexto português. As secções quatro a seis apresentam a metodologia utilizada para a medição das desigualdades sociais em saúde em Portugal, e os principais resultados. Finalmente, a última secção discute quais estratégias que poderão ser mais efetivas no combate às desigualdades sociais em saúde no contexto português.

1. “As desigualdades em saúde são uma questão de justiça social” (Marmot, 2010)

Na altura em que iniciámos a redação deste texto, um grupo de autores americanos acabava de publicar um estudo no *Journal of American Medical Association*, que demonstra que entre 2001 e 2014 os homens mais ricos dos EUA viveram em média mais 14,6 anos do que os homens mais pobres (Chetty *et al.*, 2016). Para as mulheres, a diferença foi de 10,1 anos. Estes resultados demonstram claramente a existência de desigualdades em saúde, relacionadas com fatores socioeconómicos (SE), que não se refletem apenas em aspetos de qualidade de vida, mas em décadas de esperança de vida.

Existem pelo menos três razões pelas quais as desigualdades em saúde relacionadas com fatores SE são um motivo de preocupação. Em primeiro lugar, as desigualdades em saúde são **uma questão de justiça social**. De acordo com a definição habitualmente utilizada, estamos a referir-nos a desigualdades injustas e evitáveis. Não é justo que uma pessoa tenha pior saúde ou menor

esperança de vida por falta de recursos materiais, por piores condições de vida, porque não foi à escola, ou porque está desempregado/a. A saúde é um direito humano, mas é também um bem fundamental, no sentido em que nos permite atingir um maior desenvolvimento e realização. Estas questões influenciam em grande parte a nossa saúde e podem, em larga medida, ser evitadas. A justiça social em saúde requer não apenas que sejam evitadas desigualdades injustas, mas que o acesso aos cuidados de saúde seja de acordo com as necessidades (para uma discussão mais ampla sobre equidade em saúde, ver Sen (2002)).

A segunda razão é que as desigualdades socioeconómicas em saúde representam **um custo económico para a sociedade**. Michael Marmot, um dos maiores especialistas nesta área, clarifica quando refere que, entre os ingleses, apenas os 25% socialmente mais favorecidos atingem os 68 anos livres de doença (Marmot, 2010). Por isso, de acordo com este autor, o alargamento da idade da reforma para esta idade não permitirá alcançar grandes aumentos da riqueza, porque dependerá de

3. DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE

uma população sem condições de saúde para trabalhar mais anos. Um estudo para Europa observa que as desigualdades em saúde têm custos extremamente elevados, representando 20% das despesas em saúde, 15% das despesas de segurança social, e uma redução anual de 1,4% do PIB devido a perdas de produtividade (Mackenbach, Meerding, & Kunst, 2010).

Finalmente, as desigualdades socioeconómicas em saúde são um tema preocupante porque parecem ter **persistido, e até aumentado nalguns casos, ao longo dos últimos anos**. O aumento foi constatado nos EUA (Chetty *et al.*, 2016): entre 2001 e 2014, a esperança de vida aumentou de 2,34 anos nos homens e de 2,91 nas mulheres pertencentes aos 5% com maior rendimento, para aumentos de apenas 0,32 nos homens e de 0,04 nas mulheres pertencentes aos 5% mais pobres. Na Europa, um estudo comparou as desigualdades na mortalidade prematura para 13 países, demonstrando um aumento da desigualdade relativa em todos os países exceto nos do sul da Europa, onde se observou uma manutenção das desigualdades, já elevadas (Mackenbach *et al.*, 2015). As razões

que levam a esta evolução recente, quer em termos de persistência como de aumento, têm suscitado algumas interrogações, uma vez que falamos de países cuja população beneficia de acesso universal aos cuidados de saúde. Um texto do epidemiologista Johan Mackenbach sugere algumas explicações para este fenómeno, tais como a persistência de desigualdades de rendimento, a composição mais homogénea dos grupos mais desfavorecidos, e a menor capacidade dos grupos mais vulneráveis em aproveitar as novas tecnologias e os novos conhecimentos de saúde pública (Mackenbach, 2012).

2. As desigualdades em saúde têm várias causas que intervêm ao longo da vida

É portanto amplamente conhecida a relação entre saúde e indicadores SE (rendimento, emprego, educação, profissão, etc.). Perceber os mecanismos que estão por detrás desta relação é, no entanto, mais complexo. Adler and Stewart (2010) apresentam um modelo teórico que ajuda a compreender estes mecanismos. De acordo com este modelo, os indicadores SE influenciam:

(I) recursos ambientais e constrangimentos com os quais os indivíduos se confrontam, nomeadamente: as condições de vida (como o alojamento), o contexto de vida (as características dos bairros onde vivem, tais como a criminalidade, os transportes, a existência de parques, etc.), o apoio social e familiar, o ambiente de trabalho e a existência (ou não) de discriminação;

(II) aspetos psicossociais tais como a capacidade de resiliência e de controlo, as expectativas, ou os sentimentos negativos (ansiedade, depressão, hostilidade);

Por sua vez, sempre de acordo com o mesmo modelo, os recursos e aspectos psicossociais influenciam os factores directamente relacionados com a saúde física e mental, e com a mortalidade:

(I) acesso aos cuidados de saúde, por exemplo, através da capacidade financeira ou da compreensão do funcionamento do sistema de saúde;

(II) exposição aos agentes patogénicos ou carcinogénicos (por exemplo, por causa exposição à poluição);

(III) adoção (ou não) de comportamentos de risco (tabagismo, álcool, drogas, etc.);

(II) e finalmente, o nível de exposição a **situações de stress**.

Dois aspetos devem ser salientados. Em primeiro lugar, os modelos, são sustentados empiricamente, indicam que **as causas das desigualdades não se limitam ao desempenho do sistema de saúde**. Este facto é evidente quando constatamos que as desigualdades em saúde existem em Portugal, onde o Serviço Nacional de Saúde garante um acesso universal e tendencialmente gratuito aos cuidados em saúde. O mesmo é observado para outros países com sistemas de saúde universais, e com maiores dotações em termos de recursos financeiros e humanos (como, por exemplo, a Suécia, a Dinamarca ou a Holanda). Em segundo lugar, importa destacar que **as desigualdades são observadas ao longo de toda vida**, iniciando-se desde a infância. Nos EUA, foi demonstrado que a incidência de baixo peso à nascença é três vezes superior nos recém-nascidos de mães de estatuto SE menos favorecido, em comparação com as mães mais

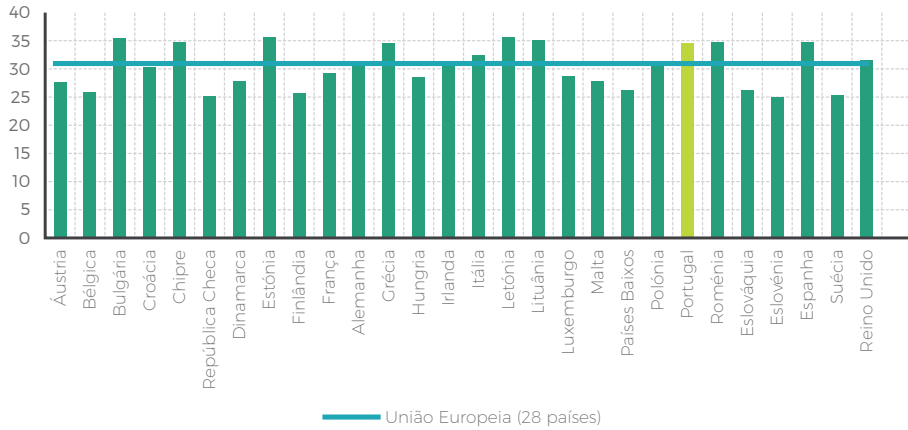
3. DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE

favorecidas (Aizer & Currie, 2014). O baixo estatuto SE das famílias está também associado à pior saúde na infância e na adolescência (Chen, Martin, & Matthews, 2006). Estes resultados sobre desigualdades SE em saúde na infância representam uma explicação essencial sobre como as desigualdades se desenvolvem ao longo da vida, e se replicam entre gerações. Estas condicionantes são, por sua vez, em grande parte responsáveis pelo menor sucesso escolar, pior emprego e salários inferiores na idade adulta, que estão, por sua vez, associados a maior mortalidade e morbilidade (Case, Fertig, & Paxson, 2005). Por isso, a literatura sugere que as desigualdades em saúde devem ser combatidas cedo na vida, porque são a principal explicação das desigualdades sociais e em saúde na idade adulta. Neste sentido, políticas centradas na diminuição das desigualdades no início da vida são mais eficazes do que as que são implementadas posteriormente (Heckman & Masterov, 2007).

3. As desigualdades em saúde devem ser um tema de grande preocupação em Portugal

Tal como nos restantes países Europeus, a questão da justiça social em saúde também se coloca em Portugal. Existem, no entanto, razões adicionais de preocupação. Em primeiro lugar, a evidência prévia demonstra que as desigualdades em saúde em Portugal são elevadas. Uma revisão sistemática recente aponta para a existência de disparidades em vários indicadores de saúde (como saúde auto-reportada, saúde mental, sintomas cardiovasculares e obesidade), relacionadas principalmente com instrução e género (Campos-Matos, Russo, & Perelman, 2016). Em segundo lugar, Portugal é um dos países mais desiguais da Europa em termos de rendimento. Esta situação é apresentada claramente na Figura 1, pelo índice de Gini, um indicador da desigualdade na distribuição do rendimento, que assume valores entre 0 (quando todos os indivíduos têm igual rendimento) e 100 (quando todo o rendimento se concentra num único indivíduo). A desigualdade ou assimetria na distribuição dos rendimentos é tanto mais forte

Figura 1. Índice de Gini (desigualdade de rendimento): países europeus, 2014.



Fonte: Eurostat, 2016.

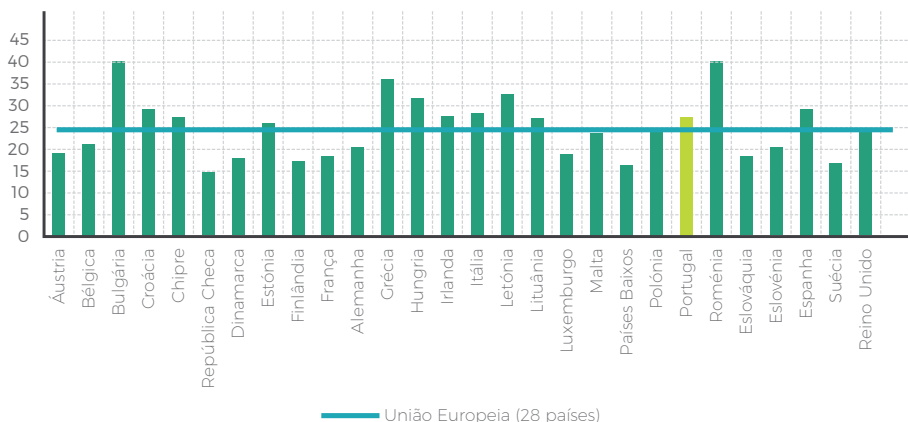
quanto maior for o valor assumido pelo coeficiente. Denota-se que Portugal se encontra entre os países com maior desigualdade, próximo de outros países do Sul da Europa, como Espanha, Grécia, Itália, ou Chipre, e países de Leste.

No mesmo sentido, o risco de pobreza ou exclusão social é elevado em Portugal, quando comparado com outros países europeus, com taxas semelhantes àquelas observadas noutros países do Sul da Europa (Figura 2).

Em terceiro lugar, Portugal tem vivido anos de profunda recessão económica e de cortes orçamentais em várias áreas, incluindo a saúde, educação e segurança social (Karanikolos *et al.*, 2013). Neste sentido, as desigualdades em saúde representam uma preocupação acrescida, à luz dos custos elevados que acarretam.

3. DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE

Figura 2. População em risco de pobreza ou exclusão social: países europeus, 2014.



Fonte: Eurostat, 2016.

O último Plano Nacional de Saúde, 2012-2016, apresenta o tema de Acesso e Equidade como “eixo estratégico para o sistema de saúde”. No entanto, este capítulo, assim como as suas recomendações, centram-se essencialmente nas estratégias para garantir equidade no acesso aos cuidados de saúde que, embora sejam um determinante da equidade em saúde, explica apenas 10 a 15% das variações em saúde (McGinnis, Williams-Russo, & Knickman, 2002).

4. Apresentamos dados recentes para Portugal, a partir de três fontes

É primordial, antes de refletir sobre possíveis estratégias de combate às desigualdades em saúde em Portugal, estabelecer evidência recente sobre este tema. Assim, optámos por colocar três questões:

1. Como evoluíram as desigualdades SE em saúde ao longo dos últimos anos?

2. Como se situa Portugal em termos de desigualdades SE em saúde, comparado com outros países europeus?

3. Como se situa Portugal em termos das desigualdades SE nos estilos de vida e cuidados de saúde, que fazem parte dos mecanismos explicativos das desigualdades em saúde?

Para responder a estas questões, analisámos três grandes bases de dados:

1. Os Inquéritos Nacionais de Saúde (INS) de 2005/2006 e 2014. O INS é realizado regularmente em Portugal, e coloca a uma amostra representativa da população questões sobre vários aspetos da sua saúde, condição SE, estilos de vida e utilização de cuidados de saúde. O último inquérito, realizado em 2014 à população com mais de 15 anos, inquiriu 18.204 pessoas (35.229 em 2005/2006). Esta base foi escolhida por ser a fonte de informação mais detalhada e alargada sobre a saúde dos/as portugueses/as, pela riqueza das perguntas colocadas sobre saúde, e pela grande dimensão da amostra.

2. O Inquérito Sobre Rendimento e Condições de Vida (SILC), para o período 2005-2014. Este inquérito é realizado todos os anos a uma amostra representativa dos cidadãos de mais de 25 anos dos 33 países europeus, dos quais selecionámos 24 para este estudo, os mais próximos de Portugal em termos geográficos e de rendimento. O inquérito está essencialmente orientado para recolher informação sobre as condições SE das famílias, mas também coloca perguntas sobre saúde auto-reportada, doença crónica, e limitações. Em 2014, foram inquiridas 483.349 pessoas, das quais 14.701 em Portugal. Esta base de dados foi escolhida por permitir uma comparação internacional com todos os países europeus, através de um número elevado de observações, e permitir avaliar a evolução de padrões ao longo de vários anos.

3. O Inquérito sobre Saúde, Envelhecimento e Reforma na Europa (SHARE), para o ano de 2011. Este inquérito foi iniciado em 2004 em vários países europeus. Analisámos a quarta ronda, realizada em 2011, por ser a única em que Portugal participou. Selecionámos a amostra das pessoas com mais de 65 anos,

3. DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE

que representou 27.713 pessoas, 949 das quais em Portugal. Esta base de dados foi escolhida pelo enfoque na população idosa, muito importante e em crescimento em Portugal, e pelo facto de permitir comparações internacionais.

A metodologia de análise foi similar para as três bases de dados:

1. Optámos por medir as desigualdades relacionadas com o **nível de educação**. A educação é uma variável que apresenta várias vantagens: a taxa de resposta é alta (toda a gente conhece o seu nível de formação), as respostas são geralmente válidas (habitualmente ninguém tem interesse em esconder o seu nível de formação), e fáceis de comparar entre anos e países (existem escalas internacionais comuns). Além disso, o nível de educação é menos afetado pela chamada “causalidade inversa”. De facto, é pouco provável que o nível de educação seja afetado pela saúde numa população adulta, que completou a sua formação no passado. Vários estudos demonstram de facto a causalidade entre educação e saúde, confirmando que um baixo nível de formação é causador de pior saúde e mortali-

dade prematura (De Walque, 2007; Lleras-Muney, 2005). Acrescenta-se que, do ponto de vista teórico, várias explicações justificam a relação entre educação e saúde (Cutler & Lleras-Muney, 2006): um maior nível de educação permite o acesso a melhores empregos e condições de trabalho, maiores recursos materiais e cuidados de saúde; a educação permite maior acesso à informação, ao pensamento crítico, assim como uma maior capacidade de decisão e compreensão, essencial quando estão em causa novas tecnologias ou gestão da doença crónica; a educação permite atingir uma posição social mais elevada, associada a uma maior capacidade de controlo sobre a vida, uma maior autoestima e autonomia; o nível de educação também está relacionado com redes sociais mais fortes, que permitem um maior apoio emocional ou financeiro. Utilizámos as seguintes três categorias de educação: nenhuma formação, ensino básico, e ensino secundário ou superior.

2. Utilizámos como medidas de saúde três indicadores de saúde auto-reportada: **má ou muito má saúde auto-reportada, presença de pelo menos uma doença crónica, e presença de limitações funcionais.**

Estas variáveis também são amplamente utilizadas na literatura (ver por exemplo Exworthy, Bindman, Davies, and Washington (2006)), por serem bons indicadores da condição de saúde e por serem preditivos de mortalidade. Para o INS e o SHARE, também medimos desigualdades para doenças específicas, nomeadamente diabetes, hipertensão, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), depressão e obesidade. No âmbito do INS, medimos as desigualdades nalguns estilos de vida (tabagismo, exercício físico, consumo de álcool). Finalmente, utilizando o INS e o SHARE, medimos as desigualdades na utilização de consultas médicas.

3. As análises foram realizadas através de regressões logísticas, que permitiram calcular **odds ratios ajustados pelo sexo e a idade.** O ajustamento pelo sexo e a idade é uma necessidade para evitar enviesamentos importantes; por exemplo, considerando que os mais velhos

têm geralmente um nível de educação inferior em Portugal, poderíamos de forma errada atribuir a pior saúde dos menos educados ao seu nível de formação, quando na realidade explica-se pela sua idade.

Como interpretar os *odds ratios*?

Os *odds ratios* têm um significado próximo do risco relativo: indicam-nos a relação do risco de ocorrer o evento de saúde (no nosso caso, ter má saúde) entre os expostos (no nosso caso, as pessoas com nível de educação baixo) e os não expostos (no nosso caso, as pessoas com nível de educação elevado) (Aguiar, 2007).

Quando o valor é **superior a 1**: as pessoas com nível de educação inferior têm **maior risco** de ter algum problema de saúde, em comparação com as pessoas com nível de educação mais elevado.

Quando o valor é **inferior a 1**: as pessoas com nível de educação inferior têm **menor risco** de ter algum problema de saúde, em comparação com as pessoas com nível de educação mais elevado.

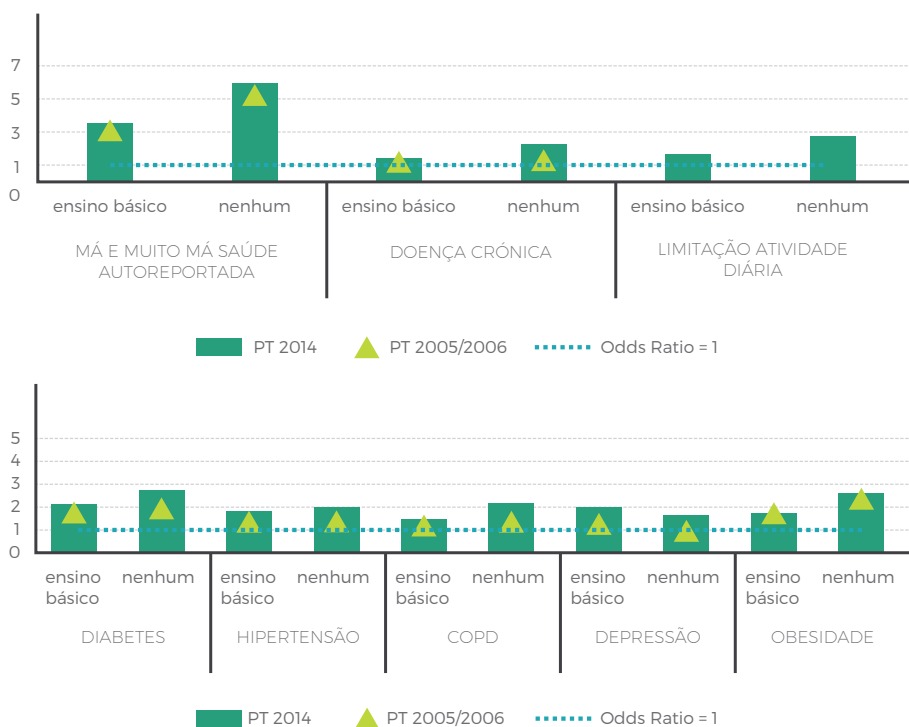
3. DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE

5. Os resultados confirmam as desigualdades elevadas em Portugal, com tendência a aumentar

Comparando 2014 com 2005/2006, observamos a existência de desigualdades que desfavorecem as pessoas com menor nível educação (*odds ratios* superiores a 1) para os três indicadores de saúde nos dois períodos (Figura 3). Em particular, a de-

sigualdade é muito elevada na má saúde reportada, sendo que em 2014 a as pessoas sem formação têm um risco de ter má saúde **6 vezes superior** em comparação com as pessoas com mais formação (ensino secundário ou mais). Para o mesmo indicador, a desigualdade parece ter aumentado no intervalo de 10 anos, tal como para a de doença crónica.

Figura 3. Desigualdade nos problemas de saúde e doença crónica em Portugal, comparando os níveis de educação mais baixos com o nível de educação de saúde mais elevado.



Fonte: INSA. 2005/2006 e 2014 (elaboração própria).

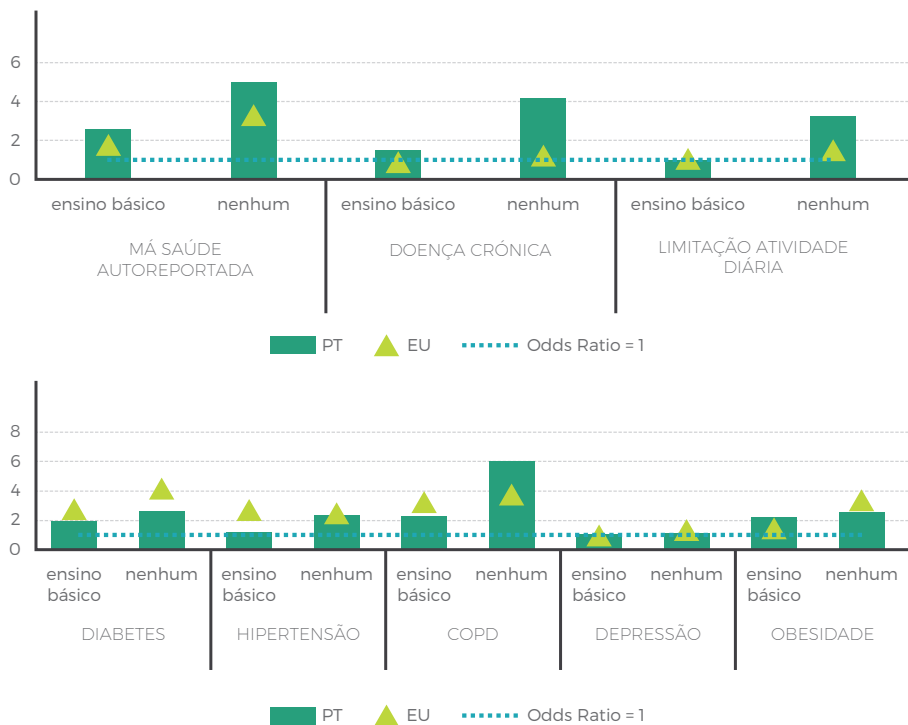
Nota: Odds ratio ajustados para a idade e sexo, e a categoria de referência é o ensino secundário ou superior.

O **risco de diabetes é mais de 4 vezes superior no grupo sem formação, e o risco de hipertensão e DPOC 3 vezes superior.** Para a depressão, o risco é mais elevado nos grupos com menor educação, embora seja superior para as pessoas com ensino básico comparado com as pessoas sem formação. Seja qual for a doença, a desigualdade

aumentou claramente entre 2005 e 2014, independentemente do sexo e da idade.

Nos idosos, as desigualdades em saúde são ainda mais marcadas (Figura 4). O **risco de má saúde é 5 vezes superior nas pessoas sem educação** e mais de duas vezes superior nas pessoas com

Figura 4. Desigualdade nos problemas de saúde e doenças crónicas em Portugal e na Europa, comparando os níveis de educação inferiores com o nível de educação de saúde mais elevado.



Fonte: SHARE, 2011 (elaboração própria).

Notas: Odds ratio ajustados para a idade e sexo, e a categoria de referência é o ensino secundário ou superior. Países incluídos na média Europeia: Áustria, Alemanha, Suécia, Holanda, Espanha, Itália, França, Dinamarca, Suíça, Bélgica, República Checa, Polónia, Hungria, Eslovénia e Estónia.

3. DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE

ensino básico. O risco de doença crónica é 4 vezes superior nas pessoas sem educação e o risco de limitações mais de 3 vezes superior. Estes valores contrastam com as desigualdades muito inferiores na média europeia, e até praticamente inexistentes para doença crónica e limitações. Para doenças específicas, confirmam-se para os idosos portugueses as desigualdades observadas nos adultos em geral para diabetes, hipertensão e DPOC. Pelo contrário, não se confirmam as desigualdades na depressão.

O risco adicional de má saúde ao longo do tempo nas pessoas sem educação tem sido **relativamente estável ao longo do tempo** em Portugal e na Europa (Figura 5). Importa salientar, no entanto, que as desigualdades foram sempre muito superiores em Portugal, comparando com resto da Europa. O risco de má saúde auto-reportada para as pessoas sem educação era mais de 7 vezes superior em Portugal em 2005, e 4 vezes na Europa; em 2014, **este risco era 6,5 superior em Portugal, para 3,5 superior na Europa**. Apesar da relativa estabilidade, nota-se um aumento em 2008 e 2011 em Portugal, o que poderá

corresponder ao início da crise e à implementação das medidas de austeridade, respetivamente. No entanto, estes efeitos parecem ter sido pontuais, voltando nos anos subsequentes aos níveis anteriores. Efeitos relativamente similares são observados para os outros indicadores de saúde analisados: a desigualdade é claramente superior em Portugal em comparação com o resto da Europa, os valores da desigualdade são relativamente estáveis ao longo do tempo, e existem aumentos temporários em 2008 e 2010.

6. Os estilos de vida e a utilização de cuidados poderão explicar em parte as desigualdades

Na procura de possíveis mecanismos das desigualdades, optámos por avaliar dois indicadores, através das mesmas bases de dados, nomeadamente os estilos de vida e a utilização de cuidados de saúde. Utilizamos os indicadores seguintes:

- Tabagismo, medido através do indicador “fumador diário”, em comparação com não fumador ou fumador ocasional;

Figura 5. Desigualdade em Portugal e na Europa, comparando os níveis de educação mais baixos com o nível de educação mais elevado.



Fonte: SILC, 2005-2014 (elaboração própria)

Notas: Odds ratio ajustados para a idade e sexo, e a categoria de referência é o ensino secundário ou superior. Países incluídos na média Europeia: Alemanha, Áustria, Bélgica, Chipre, Dinamarca, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Estónia, Finlândia, França, Hungria, Irlanda, Islândia, Itália, Letónia, Lituânia, Noruega, Países Baixos, Polónia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Suécia.

3. DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE

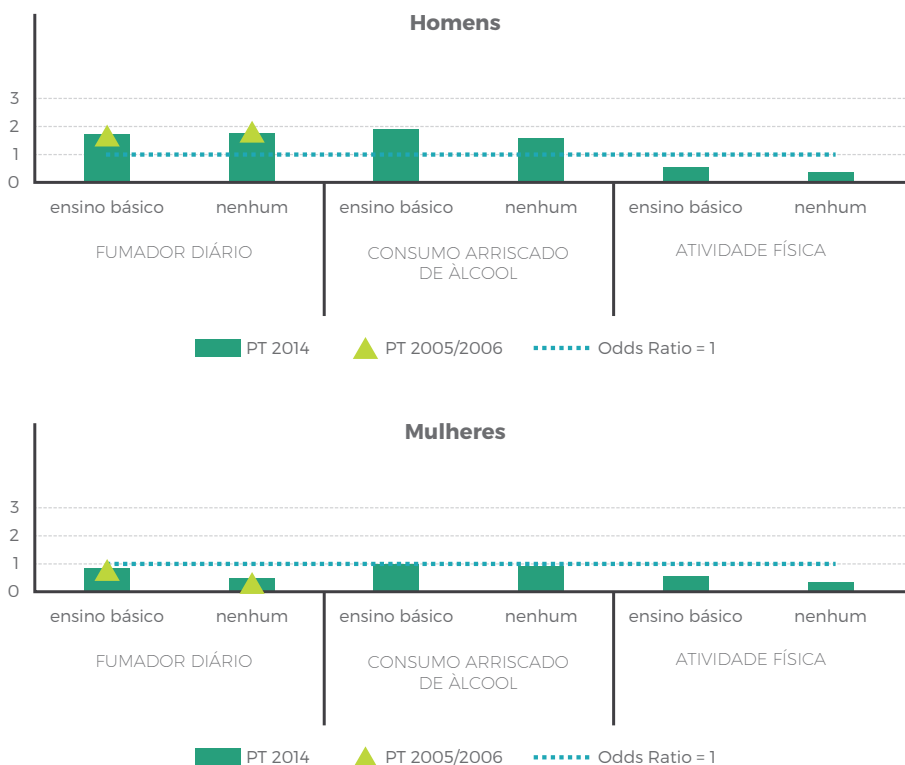
- Exercício físico, medido através do indicador “sedentário”, referente aos respondentes que despendiam menos de duas horas e meia a praticar exercício físico numa semana normal;

- Consumo arriscado de álcool, definido como o consumo de bebidas alcoólicas igual ou superior a

sete unidades por semana para os homens com mais de 65 anos de idade e para as mulheres, ou de 14 ou mais unidades por semana para os homens de menos de 65 anos;

- Número de consultas, definidas a partir do número de consultas com médico de medicina geral e familiar nas últimas 4 semanas e número de

Figura 6. Desigualdade nos comportamentos de risco em Portugal, comparando os níveis de educação inferiores com o nível de educação de saúde mais elevado.



Fonte: INSA, 2005/2006 e 2014 (elaboração própria).

Nota: Odds ratio ajustados para a idade, e a categoria de referência é o ensino secundário ou superior.

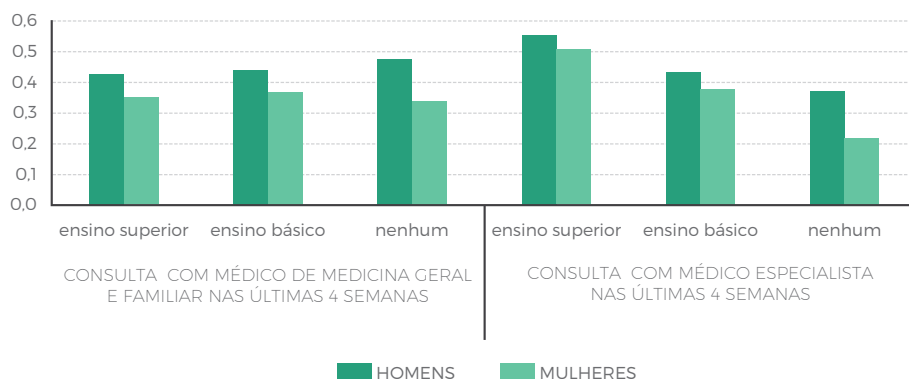
consultas com médico especialista nas últimas 4 semanas.

No que diz respeito ao tabagismo nos homens, o risco de tabagismo é praticamente duas vezes superiores nos homens com ensino básico ou sem educação em comparação com os homens com ensino secundário ou superior (Figura 6), sem grande diferença face aos dados de 2005. Nas mulheres, persiste a tendência contrária, ou seja, um maior risco do tabagismo nas mulheres com maior nível de educação. Nos homens, o consumo arriscado de álcool também é superior nos níveis

de educação inferior, ao contrário do que acontece nas mulheres. Finalmente, a atividade física é mais comum nos grupos mais desfavorecidos, tanto nos homens como nas mulheres.

No que diz respeito à utilização de cuidados de saúde, observámos tendências opostas para os cuidados de saúde primários e os especializados (Figura 7). A utilização de cuidados de saúde primários diminuiu com o nível de educação, enquanto a utilização de cuidados aumenta.

Figura 7. Número de consultas por nível de educação em Portugal.



Fonte: INSA, 2005/2006 e 2014 (elaboração própria).

3. DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE

Conclui-se que as desigualdades nos estilos de vida, no consumo de tabaco e álcool, poderão explicar parte das desigualdades em saúde nos homens. Conclui-se ainda que, apesar do carácter universal e tendencialmente gratuito do Serviço Nacional de Saúde, os cuidados de especialidade estão desigualmente distribuídos na população, a favor dos mais educados. Este facto também poderá contribuir para as desigualdades em saúde.

7. Estratégias para combater as desigualdades em saúde

Os resultados a partir das três bases de dados permitem retirar três grandes conclusões:

1. Existem fortes desigualdades relacionadas com o nível de educação em Portugal na saúde, na utilização de cuidados especializados e, para os homens, no tabagismo e consumo de álcool;

2. As desigualdades em saúde em Portugal têm persistido ao longo da última década, mantendo uma evolução relativamente estável, apesar de aumentos pontuais;

3. As desigualdades em saúde em Portugal têm sido sistematicamente superiores na última década às observadas noutros países europeus.

Estes resultados indicam claramente que o Serviço Nacional de Saúde, apesar dos seus grandes e demonstrados benefícios para a saúde da população, e do seu carácter universal e tendencialmente gratuito, não é suficiente para combater as desigualdades em saúde.

Com base na ampla evidência que existe sobre a efetividade das intervenções para reduzir as desigualdades, apontamos aqui algumas pistas para o combate às desigualdades em Portugal.

1. As desigualdades em saúde devem ser avaliadas sistematicamente.

A avaliação das desigualdades deve ser realizada juntamente com a medição da prevalência e incidência das doenças, e tida em conta na medição do impacto das políticas de saúde. Noutros termos, devemos monitorizar não apenas a carga da doença, mas também a sua distribuição na população. O exemplo da diabetes pode ilustrar este ponto.

De acordo com o INS 2014, a prevalência da diabetes em Portugal, na população de mais de 15 anos, era de 11,3%. No entanto, esse valor sobe para 24,1% se consideramos as pessoas sem educação. Este valor é tão ou mais relevante do que o valor global, e pode apontar para estratégias alternativas para combater a prevalência desta doença.

Adicionalmente, vários estudos demonstram que intervenções de saúde pública podem ser menos efetivas nos grupos mais desfavorecidos, tendo como efeito adverso o aumento das desigualdades (Victora, Vaughan, Barros, Silva, & Tomasi, 2000). É o caso em particular para intervenções que requerem uma forte adesão e participação do público-alvo, habitualmente mais elevada nas populações mais educadas ou favorecidas.

O caso das políticas de luta contra o tabagismo também ilustra claramente este propósito. De acordo com uma revisão sistemática de 2014, os impostos sobre o tabaco são mais efetivos na redução do tabagismo dos mais desfavorecidos, e portanto diminuem as desigualdades (Brown, Platt, & Amos, 2014).

Em comparação, a interdição total de fumar nos locais públicos é neutra em termos de desigualdades, e pode mesmo aumentar as desigualdades quando aplicada de forma parcial ou voluntária.

Assim, a monitorização epidemiológica e a avaliação do impacto das estratégias em saúde deverá no futuro incluir a medição sistemática das desigualdades em saúde.

2. As estratégias ao nível “macro” são as que funcionam melhor.

A tipologia mais conhecida de intervenções de combate às desigualdades, proposta por Whitehead (2007), indica que as disparidades em saúde são explicadas em grande parte pelas condições macroeconómicas, culturais e ambientais dos países. Por isso, devem ser encorajadas políticas que melhorem as condições de vida, reduzam as desigualdades de rendimento e a pobreza, melhorem a segurança do emprego e, de forma mais geral, que promovam a igualdade de oportunidades. Estas políticas a larga escala poderão também incluir estratégias focadas para problemas de saúde específicos como o tabagismo,

3. DESIGUALDADES SOCIAIS EM SAÚDE

incluindo por exemplo as taxas sobre o tabaco ou processos contra a indústria do tabaco. Também são efetivas as estratégias em larga escala, que protejam contra condições de vida adversas ou de situações de trabalho perigosas, tornando as alternativas saudáveis como a norma. Aqui incluem-se políticas como o acesso a alimentação saudável, a proibição do tabaco em locais públicos, o acesso aos cuidados e a habitação adequada.

Estas intervenções têm maior impacto nas desigualdades do que intervenções ao nível individual porque focam na sociedade no seu conjunto e atacam as causas, em vez dos sintomas. Intervenções que focam os indivíduos de forma a melhorar as competências em saúde e capacidade de fazer face às situações “não saudáveis”, por exemplo, através do aconselhamento e da literacia em saúde, têm menor impacto (ou até aumentam) as desigualdades. As estratégias ao nível macro tentam que as situações saudáveis passem a ser a norma por defeito, através do contexto cultural, social e económico, ao contrário das estratégias que procuram mudança individual de comportamento,

muito mais provável nas pessoas mais favorecidas.

3. Já existem estratégias definidas ao nível europeu.

Em 2012, foi publicado o *“Review of Social Determinants of Health and the Health Divide”*, comissionado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)-Gabinete Regional para Europa, no seguimento dos trabalhos da Comissão sobre os Determinantes Sociais em Saúde, para identificar ações de luta contra as desigualdades em saúde (Marmot, Allen, Bell, Bloomer, & Goldblatt, 2012). As recomendações deste relatório vão ao encontro do que foi exposto acima, focando as políticas ao nível macro. Importa resumir brevemente as principais recomendações, que poderão ser relevantes para o contexto português:

Ação ao longo da vida, com um foco específico nos primeiros anos de vida. Atuar no início da vida permite aumentar as oportunidades futuras de melhor saúde e condição SE, e quebrar a transmissão intergeracional da desigualdade em saúde. É fundamental o acesso a cuidados de qualidade antes e

após o nascimento, e a um sistema de educação de alta qualidade desde os primeiros anos de vida. É necessário um sistema de proteção social e um mercado laboral que protejam as crianças da pobreza e do *stress* nos primeiros anos de vida. As desigualdades na idade adulta devem ser combatidas em particular através de empregos de qualidade (estáveis, pagos de forma justa, onde é limitada a exposição aos riscos ocupacionais), e da luta contra o desemprego de longa duração. As desigualdades nos idosos devem ser combatidas através da luta contra o isolamento, de pensões adequadas, das oportunidades de atividade física e de melhores condições de vida.

Ação ao nível da sociedade. A proteção social atenua as desigualdades em saúde, através de transferências e redistribuição, direitos sociais, e salários justos. As comunidades locais devem promover boas condições de vida, lutando contra a poluição, a criminalidade, a proteção contra riscos ambientais, e fomentando serviços e infraestruturas de qualidade. Os mais vulneráveis – imigrantes ilegais, sem abrigo, minorias étnicas – devem

ser particularmente protegidos, garantindo o respeito dos direitos fundamentais à saúde, emprego, alojamento e educação.

Ação nas políticas económicas.

Os últimos anos demonstram que as políticas de cortes orçamentais acarretam riscos, em particular para as áreas sociais. A luta contra as desigualdades passa também pela definição de políticas macroeconómicas que protejam os orçamentos públicos, como instrumentos contracíclicos. O crescimento sustentável, em termos ambientais, é também um instrumento de luta contra as desigualdades.

Ação na política de saúde. As políticas de saúde pública devem focar os comportamentos de risco – álcool, tabagismo, sedentarismo, dieta inadequada – através de instrumentos económicos (impostos) e da regulação (por exemplo das gorduras, do sal ou do açúcar). Os programas de rastreio devem ser acessíveis a todos, assim como os cuidados de saúde.

4. A VULNERABILIDADE EM SAÚDE MENTAL

4. A VULNERABILIDADE EM SAÚDE MENTAL

1. Enquadramento

Como já referido em relatórios anteriores a carga da doença mental tem vindo a aumentar, representando 22% da carga das incapacidades na Europa e 22,55% em Portugal, enquanto o peso da patologia mental no conjunto das doenças considera-

das pelos restantes Programas de Saúde Prioritários da Direção-Geral da Saúde (DGS), contribui para uma sobrecarga maior que o total da sobrecarga das restantes doenças combinadas (DGS, 2015a).

À questão da dimensão da doença acresce a vulnerabilidade da pessoa com perturbação mental, cuja doença tem consequências não só ao nível individual, mas também ao nível do grupo e da comunidade onde a pessoa está inserida, reduzindo a sua capacidade para exercer e interpretar os papéis sociais que lhe estão atribuídos (Silva *et al.*, 2013) e com uma rede social limitada, muito marcada pelo estigma e pela baixa densidade associativa (DGS, 2013) que tem dificultado a sua presença assertiva na reivindicação de direitos.

Naturalmente nos momentos de crise os grupos mais vulneráveis veem aumentadas as suas dificuldades, particularmente se falarmos de crianças, adolescentes, mulheres - onde o risco de pobreza tem aumentado (OCDE, 2015) - e idosos, com um agravamento se tivermos em conta a elevada taxa de desemprego, com repercussões a nível individual e familiar. Talvez este aspeto possa, parcialmente, justificar o aumento de consumo de medicamentos para o sistema nervoso e, de alguma forma, o aumento do número de casos de suicídio em Portugal. Concomitantemente com a

crise económica, a reforma da rede de cuidados de saúde mental impõe um olhar mais atento para os cuidados de saúde primários, onde a elevada prevalência da doença mental faz emergir a necessidade de novas respostas.

Foi tendo em conta este cenário, o impacto da crise na saúde mental, a saúde mental nos cuidados de saúde primários, o suicídio e as demências serão analisados mais em detalhe neste relatório.

2. Impacto da Crise na Saúde Mental

A saúde mental tem sido uma das áreas mais fustigadas pela crise económica nos últimos anos. Um dos maiores problemas registados tem sido o aumento do total de suicídios em idade ativa (<65 anos) (Portugal, 2015). O *Health and Financial Crisis Monitor* (European Observatory, 2016) refere isso mesmo no seu tópico dedicado a esta problemática, sublinhando que, após um declínio considerável no número de suicídios na União Europeia (UE) (Stuckler *et al.* 2011), observa-se neste período de crise, um aumento acentuado, sobretudo nos homens

4. A VULNERABILIDADE EM SAÚDE MENTAL

em idade laboral (Barr *et al.*, 2012, Kondilis *et al.*, 2013). Na maioria dos estados-membro o pico de suicídios verificou-se entre 2009 e 2010 (Economou *et al.*, 2013), sendo possível identificar uma forte associação com a perda de emprego (Barr *et al.*, 2012).

Por outro lado, estudos realizados no sul da Europa apontam também para um aumento marcado dos problemas de ansiedade e depressão (Economou *et al.*, 2013), devido, não só à perda de emprego, mas também à execução de hipotecas por parte dos bancos (Gili *et al.*, 2013).

Zivin (2011) reconhece a crise económica como causa do aumento do stress psicológico, do internamento em serviços de saúde mental e do aumento de suicídios. No mesmo estudo é referido que os grupos sociais mais vulneráveis, as pessoas com perturbações mentais pré-existent, os de baixo estatuto socioeconómico e os desempregados, constituem as principais vítimas do impacto negativo da crise.

Gili *et al.* (2013) conclui que a recessão económica provocou o aumento da prevalência de doenças mentais

e do consumo excessivo de álcool, nomeadamente em famílias marcadas pelo desemprego.

Na maioria dos países, os períodos de crise económica levam também à diminuição dos orçamentos destinados à saúde, particularmente à saúde mental. Esta área é ainda subestimada por alguns decisores, devido sobretudo ao estigma da doença mental, entre outros fatores (Sicras-Maniar, 2015). Economou *et al.* (2013) consideram que a grande difusão do impacto da crise económica na saúde mental dos cidadãos deveria conduzir os serviços de saúde a uma tomada de posição que considerasse a prevenção, diagnóstico e tratamento como prioridades fundamentais.

A escassez de estudos especialmente dedicados à análise do impacto da crise na saúde dos cidadãos faz com que, relativamente aos seus congéneres Europeus, nomeadamente, Grécia, Espanha, Itália e Irlanda, Portugal apresente menos dados e informação, deixando assim uma lacuna no que respeita ao diagnóstico de situação e à possibilidade de planeamento de intervenções e medidas de prevenção e tratamento.

Embora em alguns relatórios recentes haja já um esforço complementar, no sentido de perceber quais os principais problemas de saúde decorrentes do período de crise financeira e económica que atravessamos, cremos que existe ainda muito trabalho por fazer. Nomeadamente importa (OPSS, 2015): identificar necessidades terapêuticas de saúde mental nos Cuidados de Saúde Primários (CSP); fomentar a prevenção do suicídio, pela melhoria de capacidade de diagnóstico de situações depressivas nos CSP; combater o aumento do consumo de substâncias psicoativas, em particular nos mais jovens; promover a prevenção do consumo de álcool e drogas, lícitas e ilícitas; promover a articulação efetiva entre os diferentes setores (saúde e social), procurando, em simultâneo, estabelecer parcerias profícuas com as instituições de saúde e sociais sediadas na comunidade, com vista à promoção da sustentabilidade social e a um acesso efetivo dos cidadãos aos cuidados de saúde e, em particular, de saúde mental. E, por último, garantir uma avaliação contínua do impacto da crise, bem como das medidas adotadas.

3. Saúde Mental: Cuidados Primários e Demências

O “Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental”, realizado no âmbito do *World Mental Health Survey Initiative* (Caldas de Almeida *et al.*, 2013), mostrou que:

a) em Portugal existe uma das mais elevadas prevalências de doenças mentais da Europa;

b) uma percentagem importante das pessoas com doenças mentais graves permanece sem acesso a cuidados de saúde mental e;

c) muitos dos que têm acesso a cuidados de saúde mental continuam a não beneficiar dos modelos de intervenção (programas de tratamento e reabilitação psicossocial) hoje considerados essenciais.

Diferentes razões determinam a necessidade de melhorar a articulação entre os serviços e departamentos de psiquiatria e saúde mental (DPSM) e os CSP, sendo a primeira delas contribuir para uma melhor prestação de cuidados de saúde.

4. A VULNERABILIDADE EM SAÚDE MENTAL

A vertente assistencial ambulatoria psiquiatrica passa obrigatoriamente por uma intervencao na comunidade, tanto mais importante quando as dificuldades de acesso aos cuidados de saude sao uma realidade, como acontece em todo o interior do pais. Os objetivos gerais da implementacao de fluxogramas de referenciacao sao:

a) melhorar a efetividade dos servicos;

b) melhorar o contexto organizacional e a interface entre os servicos de psiquiatria e saude mental e os CSP;

c) aumentar a prevalencia de necessidades respondidas das perturbacoes mentais comuns que acedem aos CSP e aos servicos de psiquiatria;

d) melhorar o diagnostico e o tratamento das perturbacoes *minor* pelos medicos de Medicina Geral e Familiar;

e) viabilizar a organizacao da prestacao de cuidados a doentes com patologia mental grave atraves da regulacao do acesso aos servicos de psiquiatria e saude mental e;

f) diminuir a taxa de suicidalidade na area assistencial e;

g) recorrer a boas praticas com base na evidencia medica. (Gusmao, 2007; Matos-Pires, 2016)

Compete aos DPSM, de acordo com o preconizado pela Organizacao Mundial de Saude (OMS) e pelo PNSM (que sera alargado ate 2020), assumir a inteira responsabilidade pelo tratamento dos doentes mentais graves; partilhar responsabilidades clinicas no que respeita ao tratamento das perturbacoes mentais comuns; definir as regras de referenciacao de doentes e de resposta aos pedidos; reforcar e melhorar o estabelecimento de esquemas de ligacao (consultoria e canais de comunicacao escrita ou verbal); e organizar acoes de formacao dirigidas ao diagnostico e tratamento das perturbacoes mentais comuns, com enfase na depressao (WHO, 2014; Resolucao do Conselho de Ministros n.º 49/2008 de 3 de marco, PNSM 2007-2016).

Os Projetos Inovadores em Saude Mental, da Administracao Central dos Sistemas de Saude (ACSS) e da Coordenacao Nacional da Saude Mental (CNSM) (ACSS, 2009), que

decorreram entre 2010 e 2012, tiveram como objetivo geral garantir a continuidade de cuidados de Psiquiatria e Saúde Mental na comunidade com ações nos Centros de Saúde ou no domicílio e deixaram frutos, permitindo a constituição de diferentes equipas nalguns pontos do país, tornando-se necessário alargar esta prática a todo o território. Melhorar a articulação com os cuidados primários, nomeadamente no que diz respeito a programas *stepped-care* (cuidados por etapas) alicerçados num modelo de *task-shifting* (transferência de tarefas) e em atividades programadas de consultoria, deve constituir-se como um objetivo primário.

Em 2005 a então Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da DGS constituiu o grupo de trabalho sobre “Saúde Mental no Envelhecimento e Pessoa Idosa” de onde resultou um conjunto de recomendações a serem postas em prática até 2010 “Psiquiatria e Saúde Mental das Pessoas idosas: Recomendações”. DGS, 2005).

Lê-se no referido documento “Com mais de um milhão e meio de pessoas de 65 ou mais anos, o nosso

País tem em cada momento pelo menos 60 mil pessoas portadoras de demência, e mais de 100 mil idosos com depressão, muitos dos quais mal diagnosticados e insuficientemente tratados. (...). É imprescindível admitir o desafio que implica enfrentar uma mudança de atitudes face ao envelhecimento e à saúde mental, ou seja, passar de uma conceção de cuidados generalistas para uma conceção de cuidados especializados, nomeadamente cuidados de Psiquiatria Geriátrica designação que neste momento preconizamos para esta área da Medicina.”

Apesar dos esforços desenvolvidos e dos propósitos definidos no Programa Nacional para a Saúde Mental, nomeadamente no que diz respeito a “Colaborar na reativação do Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, em particular no sector relativo às perturbações demenciais” (alínea n), pág. 7 do PNSM), todos estes pressupostos se mantêm em 2016.

De acordo com dados da OMS, mais de 35,6 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de demência e as previsões apontam para que este valor duplique até 2030 e tripli-

4. A VULNERABILIDADE EM SAÚDE MENTAL

que até 2050. A mesma organização publicou, em 2012, o relatório “Demência: Uma Prioridade de Saúde Pública” em que recomenda o diagnóstico preventivo e a necessidade de existir uma sensibilização pública para esta doença e para a melhoria dos cuidados e do apoio aos cuidadores (WHO, 2012).

O desenvolvimento do Plano Nacional para as Demências é um objetivo antigo. Em outubro de 2015, António Leuschner, que preside ao Conselho Nacional de Saúde Mental, referia “Há duas recomendações da Assembleia da República já com cinco anos” nesse sentido e “estão a ser desenvolvidos pela Direção-Geral da Saúde e pelo Programa Nacional de Saúde Mental estudos no terreno, nas áreas de Lisboa, Coimbra e Norte, no sentido de definir estratégias que possam funcionar como guias de orientação, mas ainda não está nada definido em relação a quando se prevê que possa ser aprovado um diploma sobre esse assunto”.

O número de serviços e consultas especializadas é escasso, em particular na zona Sul do país. No Alentejo e no Algarve existe apenas uma equipa de Psiquiatria Geriátri-

ca na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, cujas atividades se iniciaram em janeiro último e que luta com acentuada falta de recursos humanos e de apoio logístico, nomeadamente para dar resposta a um apoio de proximidade e à desejável articulação com os CSP, fundamental, dada a elevada prevalência de comorbilidades.

O Alentejo apresenta uma das maiores taxas de envelhecimento da Europa, que se acentua ainda mais se observarmos os maiores de 80 anos (EuroStat, 2012), com elevada taxa de isolamento e um grande número de famílias unipessoais. Em 2013, 90% dos doentes que chegavam aos CSP devido a perturbações mentais, nesta região, apresentavam alguns “sinais de demência” (Portugal, 2014). Desta forma, importa atender a estes números, não só pela atenção que estes indivíduos deverão ter, mas também pela sensibilização às respostas de apoio social no que se refere à incapacidade crescente, nomeadamente para atividades básicas da vida diária. Uma preocupação especial deve ser tida perante os cuidadores, que constituem uma população de risco no que diz respeito à doença mental.

Vão nesse sentido as orientações gerais dadas pelo “Demência: Uma Prioridade de Saúde Pública” (WHO, 2012): necessidade de coordenar uma aproximação multissectorial; necessidade de os programas serem acessíveis e de garantirem cuidados sociais e de saúde de qualidade que respondam às necessidades e expectativas das pessoas com demência e às suas famílias; e necessidade de proteção ética, social, legal e financeira a estas pessoas. Citando a Associação Encontrar-se “Uma patologia como esta implica gastos avultados (cerca de 460 milhões de euros por ano), nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde, gastos sociais e ao nível do apoio aos cuidadores. No entanto, e contrariamente ao que seria expectável, os governos ainda não parecem estar devidamente atentos a este facto. Só assim se consegue explicar que em apenas oito países se estejam a desenvolver programas dedicados à demência” (UPA, 2012)¹.

Um apontamento final sobre a importância da articulação dos cuidados especializados de psiquiatria e saúde mental com os CSP diz respeito ao consumo e utilização inapropriada de psicofármacos, em particular de benzodiazepinas (BZDs).

Sem querer diabolizar esta classe farmacológica, útil e necessária, é preciso assumir a existência de um problema de saúde pública na prescrição de benzodiazepinas. As BZDs estão sob controlo e vigilância internacional, contudo não estão disponíveis até à data métodos eficazes e de fácil acesso que permitam a monitorização destas substâncias na comunidade. Num estudo apresentado em abril deste ano nas 17ª Jornadas de Psiquiatria do Algarve (Isaac *et al.*, 2016), os autores referiram que “Já em 2004 a Organização Internacional de Controlo de Estupefacientes referia Portugal como estando no topo da lista dos países Europeus” e a situação não melhorou, antes se agravou como nos mostra o “Saúde Mental em Números 2015”, recentemente

¹ Associação Encontrar-se <http://www.encontrarse.pt/>

4. A VULNERABILIDADE EM SAÚDE MENTAL

dado à estampa (Portugal, 2016). O referido estudo avaliou uma amostra de doentes internados, ao longo de um ano, num serviço de psiquiatria nacional a quem foram doseadas BZDs na altura do internamento e mostrou que 4/5 dos sujeitos apresentavam valores superiores a 2000ng/ml, que corresponde a uma dose média de oito comprimidos de 10 mg de diazepam por dia – 80mg/dia é deveras preocupante.

Além de uma atenção redobrada e de uma estreita articulação entre os serviços é absolutamente necessário estudar este problema e perceber, por exemplo, se a “venda livre” destas substâncias continua a acontecer.

4. Suicídio

Os comportamentos suicidários são um problema de saúde pública (WHO, 2014) muitas vezes negligenciado. A análise do número de suicídios terá de considerar sempre a baixa fiabilidade das estatísticas dada a subnotificação registada a nível global (Tollefsen, Hem & Ekeberg, 2012). Também em Portugal os números do suicídio têm sido, desde que há registos, subnotificados (Ferreira de Castro, Pimenta &

Martins, 1989; Portugal, 2016), evidência clara no contexto dos países ocidentais (Pitchard & Hansen, 2015). Todavia, apesar desta limitação, os registos existentes continuam a ser a forma mais correta de os estudar, porque o viés introduzido ter-se-á, no essencial, mantido e a possibilidade do estabelecimento empírico das regularidades estatísticas deve entender-se em referência a esse viés (Freitas, 1982). O Sistema de Informação de Certificados de Óbito (SICO), generalizado em Portugal a partir de 2014, visava, entre outros aspetos, diminuir esta situação e melhorar a fiabilidade dos registos e, por essa via, permitir uma leitura mais próxima da realidade. Esta alteração de registos dificulta e desaconselha uma leitura comparativa entre os anos anteriores e o ano de 2014.

Além da subnotificação, persiste um elevado número de mortes por causa indeterminada, de resto um dos maiores da Europa só comparável com a Estónia (Varnik *et al.*, 2010). Facto que se traduz num claro afastamento do valor considerado ideal de 0,2 na relação entre o *ratio* dos eventos de intenção indeterminada e o número de suicídios (Varnik *et al.*, 2012), estando Portugal com

7,2 (DGS, 2016a). Esta relação atesta a fragilidade dos números, assim como a noção de que o SICO ainda não produziu os efeitos esperados na diminuição do registo de mortes por causa não identificada que, em 2014, foi de 882 casos, número excessivo tendo em conta o total de suicídios de 1154. Importa, pois, recordar a escassez de realização de autópsias psicológicas, não se assistindo ao seu incremento, como o preconizado no Plano Nacional de Prevenção de Suicídio 2013-2017, o que poderia reduzir o número de mortes por causa não identificada, sobretudo mortes por causa violenta e, por aí, aumentar o rigor e, crê-se, um número mais real de mortes por suicídio.

A taxa padronizada de morte por suicídio, em 2014, foi de 8,9 por 100.00 habitantes, com uma taxa bruta de mortalidade de 11,7. Esta diferença deve-se ao facto de a mortalidade por suicídio ocorrer, em grande parte, em pessoas com idade superior a 65 anos, faixa etária pouco considerada nas taxas padronizadas. Esta particularidade dificulta a comparação com as taxas internacionais, mas no global podemos afirmar que as taxas em

Portugal (8,9) ficam abaixo da média da União Europeia (10,2). Todavia, quando consideramos o grupo etário acima dos 65 anos, Portugal regista uma média superior de 36,1 em Homens, comparando com os 29 da União Europeia.

Santana *et al.* (2015), numa análise estatística do número de suicídios nos últimos anos, concluíram que a dicotomia norte/sul desapareceu, havendo uma fronteira menos evidente entre regiões, mas aumentando a diferença entre zonas rurais e urbanas, com predominância clara nas zonas rurais quando associadas com privação material. Por outro lado, registaram um aumento do número de suicídios coincidente com o período de crise (2008-2012).

Por região, embora se tenha esbatido a relação norte/sul, continua a ser a norte que se observa a menor taxa padronizada de suicídios registados no global, mas particularmente em homens (11,8). Em mulheres a região Centro tem a taxa mais reduzida (3,4). A taxa padronizada mais elevada para os homens regista-se na região do Algarve (20,7), enquanto para as

4. A VULNERABILIDADE EM SAÚDE MENTAL

mulheres a taxa mais elevada é de 6,8 no Alentejo. Refira-se que o Algarve não apresenta taxas para as mulheres. A relação homem/mulher cifra-se em cerca de 3,5 o que acompanha a esmagadora maioria dos países a nível mundial (DCS, 2016a).

Quando analisamos os grupos etários merece particular destaque a elevada taxa bruta de suicídio nos jovens (15-24 anos) nos Açores e acima dos 25. Dado tanto mais grave quanto o isolamento e as dificuldades de acesso a cuidados de saúde especializados específicos do arquipélago.

Quanto aos métodos de suicídio, tem havido alguma estabilidade nos mesmos após a década de 90, com o envenenamento a diminuir e o enforcamento, estrangulamento e sufocação a aumentarem, sendo o enforcamento principal método em ambos os géneros. A arma de fogo é o segundo método mais comum entre os homens, sendo residual entre as mulheres onde a autointoxicação, o afogamento e a precipitação são mais comuns. Nos homens, a precipitação de um lugar elevado, a autointoxicação e o afogamento são também comuns.

Registe-se o número considerável de mortes por meios não especificados.

O aumento do número de mortes por suicídio em Portugal não favorece o cumprimento dos objetivos da OMS de reduzir a taxa global de suicídio em 10% até 2020.

5. Perspetivando o Próximo Plano Nacional de Saúde Mental

Apesar dos grandes desenvolvimentos que temos vindo a assistir a nível mundial na implementação de políticas de saúde mental, a maioria das pessoas com problemas mentais continua a não ter um acesso adequado aos serviços de saúde, sociais e outros, que podem ajudar a colmatar as necessidades destes doentes. De acordo com Dlouhy (2014), citado por Uustalu *et al.* (2015) esta realidade não está apenas relacionada com o investimento financeiro (embora se denote que em alguns países da União Europeia o financiamento da saúde mental se situa abaixo dos 5% da despesa pública do setor da saúde), mas também com o modo como se concebem e implementam serviços de saúde que as pessoas com problemas mentais queiram

verdadeiramente utilizar e, ainda, em como podemos alcançar o desafio de desenvolver serviços que ajudem a promover e proteger a saúde mental de toda a população. Mostra-se assim imperativo que no sector da saúde, e para além dele, se desenvolvam abordagens inovadoras que procurem dar resposta a estes desafios.

Neste âmbito, a OMS destaca, como fatores chave para o desenvolvimento de políticas e planos dirigidos à saúde mental, a importância da existência de uma liderança forte e de um compromisso expresso dos governos, o envolvimento dos *stakeholders* relevantes, a elaboração clara das áreas de ação, a afetação dos recursos financeiros com base na evidência científica, bem como um foco especial nas questões relacionadas com a equidade, respeito pela dignidade e direitos humanos das pessoas com perturbações mentais e incapacidades psicossociais e na proteção dos grupos vulneráveis e marginalizados (UE, 2016).

É entendido que o planeamento, organização e financiamento do sistema se revelam complexos e envolvem múltiplos parceiros e dife-

rentes níveis administrativos. Como guardiões últimos da população com perturbações mentais, os governos devem liderar a responsabilidade de colocar em funcionamento todos os recursos necessários (institucionais, legais e financeiros), que garantam a satisfação das necessidades sentidas e promovam a saúde mental de toda a população (UE, 2016).

Em alinhamento com estes princípios, o plano de ação para a saúde mental da OMS 2013-2020 definiu quatro metas globais dos Estados membros, nomeadamente:

- (1)** o desenvolvimento ou atualização das políticas/planos de saúde mental (80%) e das suas leis de saúde mental (50%);
- (2)** o aumento da cobertura dos serviços para as doenças mentais graves (20%);
- (3)** o funcionamento de, pelo menos, dois programas multissetoriais de promoção e prevenção nacionais na área da saúde mental (80%) e a diminuição da taxa de suicídio (10%);

4. A VULNERABILIDADE EM SAÚDE MENTAL

(4) a recolha rotineira bianual de, pelo menos, um conjunto de indicadores nucleares de saúde mental, através dos seus sistemas nacionais de informação nas áreas da saúde e de apoio social (80%) (UE, 2016; WHO, 2013).

A nível nacional, o percurso da saúde mental nas últimas décadas tem sido sujeito a diversos avanços e recuos, assistindo-se à criação, em 2006, da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (CNRSSM)², cujo objetivo foi analisar a prestação dos cuidados de saúde mental a nível nacional e propor um plano de ação para a reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental. O trabalho desenvolvido por esta comissão acabou por culminar na definição do Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) 2007-2016, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros 49/2008, de 6 de março, que também criou a Coordenação Nacional de Saúde Mental (CNSM), para garantir a implementação do PNSM, e unidades de coordenação regionais, com

coordenação e acompanhamento da execução pelo Alto Comissariado da Saúde.

Este plano tinha, entre outros, como principais objetivos: completar a rede nacional de Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM), impulsionando a diferenciação de cuidados prestados por estes últimos; o desenvolvimento de serviços e programas para a recuperação e desinstitucionalização de pessoas com doenças mentais graves e de Serviços de Saúde Mental Regionais (SSMR) e a coordenação da reestruturação dos hospitais psiquiátricos, na passagem das respostas para outros serviços na comunidade (UE, 2015).

De acordo com a avaliação realizada ao PNSM pela CNSM, em 2010, é denotado que a complexidade deste requeria autonomia e capacidade de decisão para a sua implementação (UE, 2015). Em alinhamento com estas conclusões, a avaliação realizada em 2011 pela OMS/Europa (WHO, 2011) identifica problemas ao nível da «sectorização

² Despacho n.º 11 411/2006, de 26 de abril

dos serviços locais de saúde mental em algumas zonas do país, manutenção do *treatment gap*, ligação aos cuidados de saúde primários (CSP), tipo de respostas disponibilizadas pelos serviços (escassez de programas psicossociais) e modelo de financiamento».

Neste período assistia-se ao início da crise económica e consequentes restrições financeiras seguindo-se, em 2011, a aprovação da Lei Orgânica do Ministério da Saúde³ que determinou a extinção dos quatro coordenadores nacionais dos programas verticais de saúde, entre eles da saúde mental, bem como da criação do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) e, conseqüentemente, a extinção do Instituto da Droga e da Toxicod dependência, passando para as Administrações Regionais de Saúde (ARS) a componente de operacionalização das políticas de saúde (ERS, 2015; UE, 2015).

A CNSM é assim substituída pelo Programa Nacional de Saúde Mental, sob coordenação da DGS, o que implicou uma ainda maior perda de autonomia (administrativa e financeira) e de capacidade de decisão face à anterior Coordenação Nacional. Em 2012 é apresentada uma nova atualização ao PNSM, com prioridades, entre outras, da criação de um novo modelo de financiamento e de gestão dos serviços de saúde mental, a definição dos princípios orientadores para a afetação dos fundos gerados na venda dos hospitais psiquiátricos, o lançamento de programas inovadores e o aprofundamento dos cuidados integrados de saúde mental de longa duração (UE, 2015). A Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental - RCCISM (criação de estruturas residenciais, fóruns e equipas de intervenção no domicílio), apenas em 2011, com a aprovação de toda a legislação que regula esta área da saúde mental e a respetiva finalização do orçamento e planeamento, ficou pronta para ser implementada de forma sistemática (UE, 2015).

3 Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, alínea b) do n.º 1 do art.º 23.º

4. A VULNERABILIDADE EM SAÚDE MENTAL

Numa avaliação intercalar ao PNSM 2007-2016, realizada pela DGS (2012a), é evidenciado o atraso na sua implementação (iniciou um ano após o previsto). Tendo, ainda, sido identificados alguns problemas, como a elevada prevalência das doenças mentais, as dificuldades de acesso a cuidados de saúde mental por pessoas com doenças mentais graves e a dificuldade sentida pelos utentes de beneficiar de modelos de intervenção (programas de tratamento e reabilitação psicossocial).

Também nos relatórios realizados pela ERS (2015) e pela ACSS (2015), é enfatizado que a maioria dos objetivos preconizados em 2012 não foram alcançados e que a maioria das ações não foram implementadas, incluindo as medidas para substituir os hospitais psiquiátricos por serviços de base comunitária, que não foram efetivadas. Apesar de terem sido encontradas opções residenciais para os doentes internados nos hospitais psiquiátricos encerrados, esta transição não foi acompanhada pela criação de novas estruturas, nem pela implementação da RCCISM. Em alinhamento com estas conclusões também Palha & Costa (2015) citados pelo

OPSS (2015) referem no seu estudo que no encerramento dos três hospitais psiquiátricos - Hospital Miguel Bombarda, Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes e Hospital do Lorvão - não foi garantido o compromisso assumido pela CNSM (2007) de que estes «(...) não seriam encerrados sem que, entretanto, tivessem sido criadas instituições de prestação de cuidados de saúde mental alternativas, sem que o orçamento alocado aos hospitais psiquiátricos fosse realocado a serviços comunitários e, ainda, sem que o aumento do número de profissionais não médicos a trabalhar na área da saúde mental estivesse assegurado». Corroborando este estudo, o relatório da ACSS (2015) manifesta preocupação com «a situação respeitante à admissão de doentes em estruturas compatíveis com internamentos de longa duração, em que unidades, quer públicas, quer sociais, de grande capacidade substituem as desejáveis estruturas residenciais, de várias tipologias, que deveriam integrar a rede de cuidados continuados de saúde mental, ainda não implementada e que se restringe às unidades criadas no âmbito do já citado Despacho 407/98».

Sendo Portugal um dos países com maior prevalência de perturbações psiquiátricas, e de acordo com os diversos relatórios e avaliações realizadas ao PNSM, apesar de se ter verificado alguma progressão, nomeadamente pela integração dos serviços de saúde mental em hospitais gerais (por ex. Hospital de Loures e Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, na Região de Lisboa e Vale do Tejo) e na comunidade, pelo desenvolvimento de novos serviços de saúde mental da infância e da adolescência e, pela aprovação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017, há ainda um longo caminho por percorrer, denotando-se ainda alguns aspetos menos positivos que importa salientar. Estes estão amplamente descritos na análise efetuada a Portugal pela UE (2015), na qual é evidenciado que, entre as várias avaliações efetuadas ao PNSM, permanecem «obstáculos e as barreiras (...) em cada avaliação (...) sem alterações significativas durante a implementação do PNSM» (pág. 54), especificamente, entre outros, no que concerne à «Incapacidade de implementação continuada e efetiva das leis, políticas e planos nacionais de saúde mental» (pág. 58) o parco desenvolvimento de

serviços na comunidade e a «distribuição assimétrica dos recursos atribuídos à saúde mental e exiguidade de recursos humanos não médicos que inviabiliza, à partida, o desenvolvimento de recursos na comunidade» (pág. 59).

A mesma fonte salienta ainda a falta de «apoio político forte (...) ao desenvolvimento dos serviços na comunidade», das dificuldades «de articulação e colaboração de cuidados especializados de saúde mental com cuidados de saúde primários» (pág. 60), a «falta de mecanismos de apoio social a pessoas com problemas de saúde mental» (pág. 60), da existência de um «modelo de governação eficaz a nível nacional, regional e local» e a definição de um «orçamento de saúde mental» (pág. 59) e de um modelo de financiamento adequado. A questão do financiamento revela-se preocupante dado que, conforme referido num estudo promovido pela ENSP (2016), a desadequação do financiamento aos prestadores de cuidados de saúde é motivada por três razões principais, a saber: a falta de incentivos e recursos para prevenir, monitorizar e tratar as perturbações mentais comuns nos CSP e as perturbações mentais graves em estrutura com

4. A VULNERABILIDADE EM SAÚDE MENTAL

base na comunidade, bem como a falta de incentivos para garantir a coordenação e continuidade de cuidados entre prestadores.

Conclui-se que, em alinhamento com as várias recomendações assinaladas pelas diferentes análises que têm vindo a ser realizadas a nível nacional e internacional e ao discutido e analisado na Conferência Nacional de Saúde Mental (22 e 23 de março de 2016), que contou com a presença de especialistas de topo da saúde mental e de *stakeholders* estratégicos do setor da saúde e de outros setores, importa considerar como prioridades estratégicas: a atualização da legislação, seguindo os princípios das abordagens orientadas para o *recovery* e considerando as recomendações da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Incapacidades; a implementação do PNSM no contexto do EU *Framework for Action on Mental Health and Wellbeing* e da nova evidência científica; a criação de uma plataforma conjunta entre a saúde mental e os CSP, com vista à criação de um programa comum; e a melhoria do sistema de governação e do modelo de financiamento adequado à prestação de cuidados

baseado em princípios de contractualização (ERS, 2015). Neste âmbito, é premente a criação de Centros de Responsabilidade Integrada nos Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) dos Hospitais Gerais, sendo necessário ainda garantir às unidades e equipas responsáveis pela implementação de estratégias de saúde mental, em termos nacionais e regionais, o nível de autonomia necessário à implementação de estratégias (a nível organizacional, financeiro, técnico e dos recursos humanos) e os recursos técnicos necessários. Além disso os DPSM deverão igualmente passar também a gerir a relação com a segurança social e com a comunidade.

De acordo com a OMS (2003) citada pelo OPSS (2014), o financiamento representa um fator crítico para a prossecução de um sistema de saúde mental viável, onde os planos e as políticas são traduzidos em ação através da afetação de recursos. As reformas da saúde mental devem assim fazer parte das reformas *major* do sistema de saúde (OMS, 2001 citado pelo OPSS, 2014), atentando sempre que a definição do pagamento dos serviços de saúde mental garante um aces-

so justo, e que considere o grande desafio das atuais e futuras necessidades dos cuidados de longa duração (Mheen, 2008 citado pelo OPSS 2014). Neste sentido, importa também melhorar os sistemas de informação e monitorização da saúde mental, pela melhoria dos indicadores atualmente utilizados, predominantemente hospitalares (por ex. consultas, internamentos). Mais ainda, parece ser importante considerar a necessidade de criar incentivos (que poderão não ser financeiros) que estimulem o desenvolvimento de projetos no terreno que promovam a saúde mental e a continuidade dos cuidados aos doentes, nomeadamente na reabilitação após o internamento por episódio agudo, dado que parece ainda existir um desequilíbrio na concentração dos recursos humanos e materiais hospitalares entre a comunidade e os hospitais. Neste âmbito, importa também referir a oportunidade do reinvestimento na saúde mental dos valores que deixaram de ser gastos com os três hospitais encerrados, bem como a inclusão nos contratos-programa de experiência de gestão autónoma, com avaliação dos resultados, e a necessidade de um modelo de

pagamento integrado, que vá além da doença e do internamento e acompanhe os cuidados continuados integrados e seja transversal a todo fluxo de cuidados entre os diferentes níveis. Por último, poderá também ser uma oportunidade considerar na saúde mental a compra centralizada dos medicamentos de psiquiatria, principalmente os de toma prolongada.

Consideram-se também como prioridades estratégicas: o foco na melhoria da distribuição de estruturas e de profissionais de Saúde Mental, na promoção e na prevenção e na reforma do modelo de financiamento e gestão dos Serviços Locais de Saúde Mental, pelo desenvolvimento de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, para garantia de uma melhor qualidade da saúde mental a nível nacional (Portugal, 2016); a necessidade do tratamento dos doentes mentais grave através de um modelo integrado que inclua o *case management*, dado que é praticamente inexistente a nível nacional. Parece também importante incluir todos os *stakeholders*, numa plataforma comum de entendimento que mobilize os doentes, as famílias e a

4. A VULNERABILIDADE EM SAÚDE MENTAL

comunidade (Segurança Social, autarquias, voluntariado, IEFP, sociedade civil), que garanta um sistema de suporte social efetivo para os doentes mentais, cuidadores informais e famílias; e, por último, importa melhorar a produção da evidência científica a nível nacional, bem como apostar na promoção da prevenção da saúde, pela implementação de intervenções, com base na vasta evidência internacional que tem vindo a comprovar o custo benefício deste tipo de programas.

De referir ainda a oportunidade recentemente anunciada pelo governo da criação de 300 camas no âmbito dos cuidados continuados de saúde mental (de apoio domiciliário e de unidades residenciais), bem como de unidades pediátricas piloto, ainda no primeiro semestre deste ano, conforme foi comunicado pelo coordenador da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), e o objetivo de reforçar a articulação entre as equipas de cuidados continuados integrados e de apoio domiciliário da Segurança Social, estando também prevista a criação de lugares de promoção de autonomia e a capacitação dos cuidadores.

6. Considerações Finais e alguns aspetos fundamentais

Apesar de algumas melhorias registadas ao nível da informação, de que é exemplo a edição anual do 'Saúde Mental em Números' pela DGS, ainda são escassos os dados, baseados em estudos empíricos sobre o impacto da crise socioeconómica na saúde mental dos portugueses. Os dados epidemiológicos conhecidos de uma elevada prevalência de doença mental, implicam um financiamento mais ajustado ao verdadeiro impacto da doença mental, não se excluindo novas formas de financiamento dos Serviços Locais de Saúde Mental. O aumento registado do número de suicídios, afastando-nos do compromisso de redução junto da OMS, e o elevado número de mortes por causa não identificada, justificam esforços concertados para o seu estudo e prevenção.

Apesar de ter havido nos últimos anos uma diminuição, ainda continuam a verificar-se grandes assimetrias quanto aos recursos humanos, mais evidentes no interior do país, o que obviamente dificulta a acessibilidade aos cuidados especializados, podendo justificar, pelo menos parcialmente, o elevado consu-

mo de medicamentos para o sistema nervoso central.

Apesar de planeados, os Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental apresentam lacunas graves no seu desenvolvimento, bem como a criação e desenvolvimento de estruturas comunitárias que promovam o suporte social de doentes, cuidadores e famílias.

Assim, no âmbito do PNSM importa considerar:

- 1.** Melhorar e reforçar a liderança e a capacidade de governação do sistema da saúde mental e o acesso aos decisores políticos;
- 2.** Garantir um orçamento nacional para a saúde mental, que tenha em conta a dimensão do impacto da mesma, reduzindo assimetrias;
- 3.** Melhorar o modelo de gestão, financiamento e pagamento, que permita a implementação das ações preconizadas no PNSM, protagonizadas também por não médicos, acompanhando a integração e o contínuo de cuidados;
- 4.** Rever as leis de saúde mental e atualizar o PNSM;
- 5.** Estabelecer um setor transetorial no programa de saúde mental;
- 6.** Garantir a formação dos profissionais de saúde e o acesso a serviços de cuidados de saúde e sociais compreensivos e integrados com base na comunidade;
- 7.** Aumentar a capacidade de tratamento dos doentes mentais graves até 2020;
- 8.** Implementar medidas multisectoriais que reduzam a taxa de suicídio até 2020;
- 9.** Implementar estratégias multisectoriais que promovam e previnam a doença mental de forma articulada e integrada;
- 10.** Melhorar o sistema de informação que garanta a recolha de informação de todos os prestadores de cuidados de saúde mental e projectos em curso, de forma sistemática, rotineira e fiável, permitindo a avaliação da efectividade das medidas implementadas;
- 11.** Melhorar e incentivar a formação, as práticas baseadas na evidência e a investigação científica na área da saúde mental.

5. A PARTICIPAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES NAS POLÍTICAS DE SEGURANÇA DO DOENTE

5. A PARTICIPAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES...

Introdução

A Recomendação do Conselho da União Europeia de 9 de Junho de 2009 (2009/C 151/01) sobre a Segurança do Doente preconiza que os Estados-Membros responsabilizem os cidadãos e os doentes e os informem:

- a)** Envolvendo as associações e os representantes dos doentes no desenvolvimento de políticas e programas para a segurança dos doentes a todos os níveis adequados;
- b)** Divulgando informações aos doentes sobre:
 - I. As normas de segurança dos doentes em vigor,
 - II. Os riscos, as medidas instituídas para reduzir ou prevenir erros, incluindo as boas práticas e o direito a um consentimento informado para o tratamento, por forma a facilitar ao doente a sua escolha e tomada de decisão,
 - III. Os procedimentos de reclamação, as soluções existentes e as vias de recurso, bem como sobre as condições aplicáveis;
- c)** Ponderando as possibilidades de desenvolver competências de base para os doentes, relacionadas com a sua segurança (isto é, os conhecimentos, atitudes e aptidões de base necessários para alcançar cuidados mais seguros).

No relatório de seguimento, a Comissão (Comissão Europeia, 2014) concluiu que até 2012, tinham sido tomadas medidas insuficientes de responsabilização dos doentes, tanto em termos de envolvimento das associações de doentes na elaboração de políticas, como de informação sobre medidas de segurança. Vinte e quatro estados membros afirmaram, em 2014, ter envolvido as associações de doentes no desenvolvimento de políticas de segurança dos dentes (20 em 2012, o que revela uma evolução muito lenta). Na maior parte dos países, as associações podem fazer comentários, a maioria das vezes em reuniões organizadas pelas autoridades competentes ou através de consultas públicas.

Segundo as autoavaliações dos países, a recomendação de 2009 sensibilizou para a segurança dos doentes em contextos de prestação de cuidados de saúde, mas apenas metade dos países considerou que a Recomendação teve impacto na responsabilização das associações de doentes e dos próprios doentes.

A Comissão realizou ainda uma consulta pública sobre esta matéria, cujos resultados revelam que na opinião de 65% dos inquiridos, a recomendação de 2009 contribuiu para melhorar a segurança dos doentes, confirmando assim uma maior sensibilização a nível político, mas aponta para baixos níveis de sensibilização nos contextos de prestação de cuidados de saúde, em especial no que diz respeito à responsabilização dos doentes e consequentemente das associações que os representam.

O Eurobarómetro (Comissão Europeia, 2014) revelou ainda, que a Recomendação não alterou a perceção que os cidadãos da UE têm sobre a segurança dos cuidados de saúde. Tal como em 2009, mais de 50% dos inquiridos consideraram que os doentes podem ser prejudicados pelos cuidados hospitalares e não hospitalares.

Adicionalmente, no âmbito do Relatório de Primavera de 2015, onde se inquiriram as associações de doentes sobre o nível de implementação desta Recomendação, chegou-se às seguintes conclusões:

5. A PARTICIPAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES...

“A recomendação não teve impacto na responsabilização dos doentes e das associações de doentes. A resposta de apenas sete associações de doentes, das quase 100 contactadas para resposta ao inquérito, permite concluir que os doentes e as associações não têm consciência da temática, não estão envolvidos nas decisões, nem participam na definição das políticas públicas nacionais da Segurança do Doente” (OPSS, 2015).

Com estes pressupostos, é imperativo conhecer o nível de envolvimento do cidadão no processo de decisão, nas áreas da Segurança do Doente. Para tal, o OPSS solicitou à Direção-Geral da Saúde (DGS), à Autoridade Nacional para o Medicamento e os Produtos de Saúde (INFARMED), e à Entidade Reguladora da Saúde (ERS), a seguinte informação:

A. Direção-Geral da Saúde

1. De que forma os cidadãos são incluídos no processo de elaboração de normas e/ou orientações relacionadas com a Segurança do Doente?

2. De que forma os cidadãos são incluídos no processo de revisão e atualização de normas e/ou orientações relacionadas com a Segurança do Doente?

3. Tendo em conta que a DGS emana uma série de normas e orientações:

a. Que normas estiveram em discussão pública?

b. Para as que estiveram em discussão pública, que contributos foram recebidos por parte dos cidadãos, individualmente ou através de associações de doentes, antes da sua publicação?

c. Após a sua publicação, que contributos, comentários, sugestões ou reclamações foram recebidos por parte dos cidadãos, individualmente ou através de associações de doentes?

4. Quantas notificações foram efetuadas por parte dos cidadãos no NOTIFICA no ano 2015?

Não tendo sido obtida resposta em tempo útil por parte da DGS às questões colocadas, foi efetuada uma análise documental das nor-

mas identificadas, através da sua consulta no sítio da internet da DGS, com o objetivo de identificar de que forma os contributos dos cidadãos se refletem nas normas, bem como de que forma as normas enquadram o cidadão na sua aplicação.

Da análise aos documentos, apenas na Orientação n.º 014/2015 de 17/12/2015: Processo de Gestão da Medicação fica explícita a necessidade de “Promover a participação do doente no seu processo de cuidado, disponibilizando informação/formação adequada sobre a sua medicação; Sempre que possível ou adequado envolver a família ou o cuidador” (DGS, 2015b).

Na Norma n.º 014/2015 de 06/08/2015: Medicamentos de alerta máximo, o foco é colocado ao nível da formação, podendo ler-se: “Promover formação para os doentes sobre estes medicamentos e as suas formas de administração (e.g. manuseamento de dispositivos de medição e inalação de medicamentos, canetas de insulina, equipamentos para monitorização da glicemia)” (DGS, 2015c).

Nas restantes normas, não é explícito de que forma o doente participa/contribui na sua aplicação,

assumindo um papel passivo, limitando-se a receber informação das instituições de saúde, cumprindo regras/recomendações que lhe são transmitidas.

Os relatórios de progresso de monitorização no âmbito das notificações registadas no NOTIFICA revelam que num total de 1.834 notificações, desde o início do sistema até ao final de 2015, apenas 159 (8.7%) foram efetuadas pelos cidadãos, tendo as restantes, sido efetuadas por profissionais de saúde. As notificações efetuadas pelos cidadãos prendem-se, na sua maioria, com incidentes ao nível do processo/procedimento clínico (36%), processo administrativo, nomeadamente admissão, marcações, referenciação, entre outros (16%) e acidentes do doente (16%) (DGS, 2015d). Verifica-se, portanto, ainda uma adesão residual por parte dos cidadãos a esta plataforma para a notificação de incidentes durante a prestação de cuidados de saúde, apesar da sua disponibilização no sítio da internet da DGS, inclusivamente com um conjunto de documentos de apoio disponíveis, particularmente o Manual do Cidadão Notificador.

5. A PARTICIPAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES...

B. INFARMED

1. De que forma os cidadãos são incluídos no Sistema Nacional de Farmacovigilância?
2. Quantas notificações foram efetuadas por parte dos cidadãos no Portal RAM (reações adversas a medicamentos) no ano 2015?

Para além da possibilidade da notificação de reações adversas através da internet – Portal RAM, formulário em papel, correio eletrónico ou por carta, não se identificam mecanismos adicionais de envolvimento dos cidadãos no desenvolvimento/divulgação deste sistema de notificação. Tal como acontece com o NOTIFICA, apesar da muita informação disponível no sítio da internet do Portal RAM, não é clara de que forma a sua existência é dada a conhecer aos cidadãos.

Por essa razão (entre outras, seguramente), também a este nível se verifica um valor residual de notificações de reações adversas medicamentosas, 215 (7.5%) num total de 2,864 notificações recebidas no Sistema Nacional de Farmacovigilância em 2015 (INFARMED, 2015).

C. Entidade Reguladora da Saúde

1. De que forma os cidadãos são incluídos no processo de avaliação de procedimentos de segurança, no âmbito do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS)?
2. De que forma os cidadãos são incluídos no processo de seleção de indicadores de eventos adversos, no âmbito do SINAS?
3. Quantas reclamações foram efetuadas por parte dos cidadãos no Livro de Reclamações no ano 2015, relacionadas com a Segurança do Doente?

Da resposta recebida por parte da ERS, destaca-se que apesar dos cidadãos serem “o seu fim último, na medida em que a implementação dos procedimentos de segurança nas instituições, bem como os indicadores de eventos adversos e seus resultados, visam a tomada de medidas por parte das organizações que minimizem e previnam os danos que possam ocorrer aos utentes das unidades prestadoras de cuidados de saúde”, “não são diretamente incluídos no processo de avaliação da dimensão Segurança do Doente do SINAS@Hospitais”.

Do total de ocorrências registado no Livro de Reclamações no ano de 2015 (8.970), 93% (8.346) dizem respeito a cuidados de saúde e segurança do doente, destacando-se as seguintes categorias:

- Adequação e pertinência dos cuidados de saúde/procedimentos (4.629 - 55.5%);

- Qualidade técnica dos cuidados de saúde/procedimentos (2.697 - 32.3%);

- Sistemas de triagem (371 - 4.4%);

- Sistema de identificação de relatórios/resultados de MCDT (106 - 1.3%);

- Quedas/acidentes (102 - 1.2%).

5. A PARTICIPAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES...

Objetivos

Para colmatar a falta de informação disponível e disponibilizada, traçamos os seguintes objetivos:

Identificar e consensualizar os constrangimentos à participação das Associações de Doentes no desenvolvimento de políticas e programas para a Segurança do Doente;

Identificar e consensualizar medidas para a correção dos constrangimentos à participação das Associações de Doentes no desenvolvimento de políticas e programas para a Segurança do Doente;

Definir medidas para corrigir os constrangimentos à participação das Associações de Doentes no desenvolvimento de políticas e programas para a Segurança do Doente.

Metodologia

Para dar resposta a estas questões, recorreu-se a um grupo de peritos, constituído por representantes das associações de doentes e utilizou-se a Técnica de Grupo Nominal (TGN). A TGN é um método que combinando técnicas qualitativas e quantitativas, permite identificar e

caracterizar problemas para desenvolver soluções, e que tem como objetivo consensualizar informação relevante sobre uma determinada matéria ou questão, no sentido de apoiar e facilitar a tomada de decisão, priorizando as medidas a adotar.

O processo que lhe está subjacente consiste numa reunião estruturada com especialistas próximos da área em estudo e com conhecimento relevante sobre a matéria em análise, que gera individualmente um conjunto de ideias, as quais são posteriormente analisadas no seio do grupo e devidamente priorizadas.

Para tal, foram convidados a estar presentes na sessão, 15 representantes de associações de doentes, selecionadas aleatoriamente, tendo confirmado a participação 9 mas, efetivamente apenas compareceram 6. Assim, participaram a Associação Portuguesa de Insuficientes Renais; a Associação Abraço; a Associação Portuguesa de CDC e outras Doenças Metabólicas Raras; a Associação Positivo; a Associação GAT – Grupo de Ativistas em Tratamento e a Associação Acreditar, o que representa uma taxa de adesão de 40%.

A aplicação da TGN envolve quatro etapas (Escoval, s.d.; Dunham, 1998; USA. *Department of Health and Human Services*. CDS, 2006) designadamente,

(1.^a) Geração de ideias;

(2.^a) Registo de ideias;

(3.^a) Discussão de ideias;

(4.^a) Votação de ideias. A TGN pode, ainda, envolver duas etapas suplementares, de forma a consolidar o consenso dos participantes na discussão, designadamente,

(5.^a) Breve discussão de ideias;

(6.^a) Nova votação de ideias.

Os trabalhos foram conduzidos através da seguinte metodologia:

1. Notas chave, com apresentação da evidência nacional e internacional sobre a matéria em análise;

2. Reflexão de um grupo fechado de peritos;

3. Consensualização pelo grupo fechado de peritos;

Foram colocadas à discussão duas questões:

1) Que constrangimentos são colocados à participação das Associações de Doentes no desenvolvimento de políticas e programas para a segurança do doente?

2) Que medidas podem ser implementadas para corrigir os constrangimentos à participação das Associações de Doentes no desenvolvimento de políticas e programas para a Segurança do Doente?

Resultados

Para facilitar a compreensão serão apresentados os resultados pela mesma ordem em que foram colocadas as questões aos peritos. Cada questão foi posta à discussão, não excedendo os 45 minutos, todos os membros conheciam as regras e deram o seu consentimento, tanto para a sua participação como para a gravação da sessão, possibilitando um posterior complemento da informação. Todas as opiniões aqui expressas resultam da reflexão tida no grupo de peritos, membros das associações, sendo eles membros da direção da associação ou elemento em representação da direção.

5. A PARTICIPAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES...

1. Constrangimentos à participação das Associações de Doentes no desenvolvimento de políticas e programas para a segurança do doente

Como constrangimentos à participação das Associações de Doentes no desenvolvimento de políticas e programas para a Segurança do Doente, o grupo de peritos identificou e consensualizou sete ideias prioritárias das vinte e uma produzidas durante a sessão, apresentadas de seguida, por ordem decrescente de importância, segundo o grupo:

1. Falta de mecanismos formais de participação, monitorização, avaliação e divulgação dos resultados por parte das entidades responsáveis pela execução das políticas;

2. Insuficiência dos meios humanos e financeiros nas associações, quer na área da promoção da literacia, quer no trabalho de advocacia, para influenciarem as políticas;

3. Não é entendido como relevante a simples vivência da doença enquanto *aport* nos processos decisórios (esperam “técnicos”, não doentes), inexistindo o conseqüente reconhecimento legal do doente “perito”;

4. Falta de literacia na patologia e área da saúde;

5. Falta de colaboração e coordenação de recursos e esforços entre associações da mesma área;

6. Falta de representatividade a nível de “associações-chapéu” (associações que englobam várias patologias);

7. Falta de reconhecimento (de uma participação significativa, com reflexo nos resultados) dos doentes como elementos chave para o desenvolvimento dos programas e políticas pelos seus responsáveis e da importância do seu contributo.

A tabela 1 permite evidenciar as 21 ideias resultantes das opiniões dos peritos, após votação e consensualização.

Tabela 1. Constrangimentos (identificados e priorizados) à participação das Associações de Doentes

Medida	Pontos
Falta de mecanismos formais de participação, monitorização, avaliação e divulgação dos resultados por parte das entidades responsáveis pela execução das políticas	24
Insuficiência dos meios humanos e financeiros nas associações, quer na área da promoção da literacia, quer no trabalho de <i>advocacy</i> , para influenciarem as políticas	18
Não é entendido como relevante a simples vivência da doença enquanto <i>aport</i> nos processos decisórios (esperam "técnicos", não doentes), inexistindo o consequente reconhecimento legal do doente "perito"	14
Falta de literacia na patologia e área da saúde	6
Falta de colaboração e coordenação de recursos e esforços entre associações da mesma área	5
Falta de representatividade a nível de "associações-chapéu" (associações que englobam várias patologias)	5
Falta de reconhecimento (de uma participação significativa, com reflexo nos resultados) dos doentes como elementos chave para o desenvolvimento dos programas e políticas pelos seus responsáveis e da importância do seu contributo	5
Participação dos doentes vista como "intromissão" nos processos decisórios (não como colaborador e parceiro)	4
Comunicação e informação entre as partes interessadas (associações e entidades competentes e responsáveis, nos dois sentidos).	3
Indefinição e ambiguidade do contributo que se pretende com a participação dos doentes, quer da parte dos doentes, associações e instituições que os devem integrar nos processos de decisão	3
Ceticismo perante o convite a participar, dado que, pela experiência, não se espera que a participação seja efetiva	2
Situação social dos doentes (idade, estrato socioeconómico, fragilidade psicológica, o doente não quer ser ajudado)	1
Características de algumas doenças, que afetam grupos pequenos, são doenças heterogéneas e de elevada especificidade	0
Falta de mobilidade de alguns doentes, naturalmente impedidos de participar através dos mecanismos tradicionais	0
Elevada rotatividade dos dirigentes (sem tempo para adquirir e consolidar conhecimentos)	0
Falta de vontade dos dirigentes (não proatividade)	0
Abordagens institucionais à promoção e facilitação da participação das associações não têm tido continuidade, têm sido inconsistentes e contraditórias	0
Dificuldade na criação das associações e entendimento da sua Missão dentro e fora da associação	0
Ações de sensibilização junto da sociedade em geral sobre a própria patologia, necessidades dos doentes	0
Falta de colaboração entre os próprios médicos e outros profissionais de saúde	0
Estigma associado às características de algumas doenças, que inibem a participação de alguns doentes	0

5. A PARTICIPAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES...

2. Medidas para corrigir os constrangimentos à participação das Associações de Doentes no desenvolvimento de políticas e programas para a Segurança do Doente

Como medidas para corrigir os constrangimentos à participação das Associações de Doentes no desenvolvimento de políticas e programas para a Segurança do Doente, o grupo de peritos identificou e consensualizou cinco ideias das oito produzidas durante a sessão, apresentadas de seguida, por ordem decrescente de importância, segundo o grupo:

1. Criação de mecanismos formais e oficiais pelas entidades competentes para o envolvimento das associações de doentes, com poder de voto equiparado ao das restantes partes interessadas;
2. Envolvimento das associações no desenvolvimento e implementação de um programa ou políticas de capacitação e literacia para chegar a decisões concertadas e efetivas;
3. Criação de linhas de financiamento para a resolução dos constrangimentos identificados;

4. Tornar obrigatório o envolvimento dos doentes no processo de operacionalização da sua participação;

5. Criação de uma estrutura que envolva associações de doentes com o intuito de definir o estatuto legal do doente perito.

Na tabela 2, consta o conjunto de medidas produzidas durante a sessão e a pontuação atribuída pelos peritos às respetivas medidas, por forma a corrigir os constrangimentos à participação das Associações de Doentes no desenvolvimento de políticas e programas para a Segurança do Doente.

Tabela 2. Medidas para corrigir os constrangimentos à participação das Associações de Doentes

Medida corretiva	Pontos
Criação de mecanismos formais e oficiais pelas entidades competentes para o envolvimento das associações de doentes, com poder de voto equiparado ao das restantes partes interessadas	21
Envolvimento das associações no desenvolvimento e implementação de um programa ou políticas de capacitação e literacia, para chegar a decisões concertadas e efetivas	15
Criação de linhas de financiamento para a resolução dos constrangimentos identificados	11
Tornar obrigatório o envolvimento dos doentes no processo de operacionalização da sua participação	9
Criação de uma estrutura que envolva associações de doentes com o intuito de definir o estatuto legal do doente perito	8
Inclusão nos procedimentos de avaliação das instituições indicadores sobre o grau e significado do envolvimento das associações	7
Criação de uma plataforma <i>online</i> para divulgação da informação (boas práticas, benefícios) para implementação de estratégias comuns	4
Construção de um Banco de boas práticas do envolvimento das associações	0

3. Exequibilidade, temporalidade e responsabilidade das medidas para corrigir os constrangimentos à participação das Associações de Doentes no desenvolvimento de políticas e programas para a Segurança do Doente

De forma a uma melhor compreensão deste fenómeno, e com vista a conhecer a opinião dos peritos em relação à necessidade de envolvimento dos vários atores da saúde (Responsabilidade), ao grau

de dificuldade na implementação das medidas (“Exequibilidade”) e ao tempo necessário para a sua concretização (“Temporalidade”), foi solicitado aos peritos para as classificarem. O resultado pode ser observado na tabela 3.

5. A PARTICIPAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES...

Tabela 3. Responsabilidade, temporalidade e exequibilidade das medidas para corrigir os constrangimentos à participação das Associações de Doentes

Medida	Responsabilidade	Temporalidade (até 1 ano; 1 a 3 anos; 3 a 5 anos; 5 a 10 anos; mais de 10 anos)	Exequibilidade (de 1 a 10)
Criação de mecanismos formais e oficiais pelas entidades competentes para o envolvimento das Associações de Doentes, com poder de voto equiparado ao das restantes partes interessadas	AD ¹ ; MS ² ; ACSS ³ ; DGS ⁴ ; ARS ⁵ ; ERS ⁶	1-3 anos (60%)	5
Criação de linhas de financiamento para a resolução dos constrangimentos identificados	AD ¹ ; União Europeia; Governo; MS ² ; MF ⁷ ; ACSS ³ ; Industria Farmacêutica	até 1 ano (60%)	7
Tornar obrigatório o envolvimento dos doentes no processo de operacionalização da sua participação	AD ¹ ; MS ² ; DGS ⁴ ; AR ⁸	até 3 anos (80%)	5
Criação de uma estrutura que envolva associações de doentes com o intuito de definir o estatuto legal do doente perito	AD ¹ ; MS ²	1-3 anos (75%)	3
Criação de uma plataforma online para divulgação da informação (boas práticas, benefícios) para implementação de estratégias comuns	AD ¹ ; MS ² ; DGS ⁴ ; outros stakeholders	até 3 anos (80%)	3
Construção de um Banco de boas práticas do envolvimento das associações	AD ¹ ; MS ² ; DGS ⁴ ; outros stakeholders	até 3 anos (80%)	3
Envolvimento das associações no desenvolvimento e implementação de um programa ou políticas de capacitação e literacia para chegar a decisões concertadas e efetivas	AD ¹ ; MS ² ; DGS ⁴ ; INFARNED; outros stakeholders	1-3 anos (60%)	5
Inclusão nos procedimentos de avaliação das instituições indicadores sobre o grau e significado do envolvimento das associações	AD ¹ ; MS ² ; DGS ⁴ ; ARS ⁵ ; outros stakeholders	1-5 anos (80%)	3

Notas: 1 Associações de Doentes; 2 Ministério da Saúde; 3 Administração Central do Sistema de Saúde; 4 Direção Geral da Saúde; 5 Administração Regional de Saúde; 6 Entidade Reguladora da Saúde; 7 Ministério das Finanças; 8 Assembleia da República

Discussão de Resultados

Numa primeira análise sobre os constrangimentos (identificados e priorizados) à participação das Associações de Doentes no desenvolvimento de políticas e programas para a segurança do doente, verifica-se que todos os participantes valorizaram a importância de uma participação efetiva e da capacitação de representantes dos doentes no âmbito dos processos de tomada de decisão em saúde, a nível institucional e político.

Apesar da Recomendação do Conselho de 9 de Junho de 2009 sobre a Segurança do Doente, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde (2009/C 151/01) defender o envolvimento das associações e dos representantes dos doentes no desenvolvimento de políticas e programas para a Segurança do Doente, foi consensual que existem grandes constrangimentos nos processos formais de participação das respetivas Associações de Doentes, tendo sido enfatizada a falta de reconhecimento dos doentes como elementos chave para o desenvolvimento dos programas e políticas e da importância do seu contributo.

Para este facto foram apontadas razões, como a insuficiência de meios humanos e financeiros que suportem as atividades das Associações de Doentes, a falta de coordenação entre associações, mas também a necessidade de melhorar os níveis de literacia dos doentes que, para além de poderem dar contributos e influenciar políticas, poderão contribuir para que seja reconhecido em Portugal a importância do doente perito na definição dessas mesmas políticas.

Salienta-se, nas medidas consensualizadas, a importância do papel das entidades oficiais no envolvimento das associações enquanto parceiras de pleno direito na questão da Segurança do Doente. A segunda medida consensualizada, ao apontar para o envolvimento das associações no desenvolvimento e implementação de programas ou políticas de capacitação e literacia, emerge como uma importante linha de ação no momento em que o atual governo lançou as bases programáticas do Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidado (Despacho n.º 3618-A/2016). Ou seja, as associações podem e devem ser parceiros privilegiados da e na concretização

5. A PARTICIPAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES...

desse programa, nomeadamente no que respeita à Segurança do Doente.

Perante as difíceis condições de funcionamento com que se debatem muitas das Associações de Doentes no país, compreende-se a importância atribuída às linhas de financiamento para enfrentar os constrangimentos associados à sua participação no desenvolvimento de políticas e programas para a Segurança do Doente. Considera-se, no entanto, que esse financiamento deverá estar sempre associado à maturidade das associações e depender do estrito cumprimento de indicadores superiormente estabelecidos, sob pena da ineficácia do financiamento atribuído, com claro prejuízo para os associados e para a promoção da Segurança do Doente.

À atenção da tutela fica uma outra medida corretiva consensualizada que aponta para a definição do estatuto legal do doente perito, conceção que pode e deve ser discutida e trabalhada pelas entidades competentes com as associações e merecer uma cuidada ponderação, face ao potencial que encerra. Apesar deste potencial, não pode

deixar de se alertar para o esforço que envolve esta medida, porque se bem que muitos doentes sejam auto gestores da sua condição, também sabemos que em Portugal a Segurança do Doente não está tradicionalmente associada a toda a formação sobre a gestão e autogestão da doença, realizada pelos profissionais. Assim, alcançar a “expertise” (competências e habilidades) promotoras da literacia em Segurança do Doente exige muito tempo de formação.

Já sobre a medida corretiva consensualizada, de tornar obrigatório o envolvimento dos doentes no processo de operacionalização da sua participação, não pode deixar de se alertar para o carácter de normatividade absoluta expressa pela medida e ainda para o facto de nem todos os doentes dispõem dos mesmos meios e recursos, em termos de literacia ou de literacia em saúde, para efetivarem, em condições de igualdade, o seu envolvimento nas questões da Segurança do Doente.

Em termos de responsabilidade, temporalidade e exequibilidade das medidas corretivas, numa primeira análise salienta-se o envolvimento das Associações de Doentes em todas as medidas apresentadas como prioritárias, indo ao encontro do que foi anteriormente identificado pelos peritos como estrangimentos. Por outro lado, transparece a imagem de que a execução destas medidas passa pela vontade política. A participação nas decisões que dizem respeito à Segurança do Doente aparece, para estes peritos, como uma exigência, pelo que se devem constituir como uma preocupação para as organizações de saúde, bem como para os decisores políticos.

Por um lado, sobressai a prioridade da criação de mecanismos oficiais que promovam a participação efetiva das Associações de Doentes, com o mesmo nível de decisão de outras estruturas e por outro, no que diz respeito à participação dos doentes nas questões que têm a ver com a forma de operacionalizar a sua participação, a mesma foi considerada como obrigatória, acompanhada também da necessidade de criação do estatuto do “doente perito”. Outro aspeto a

sublinhar prende-se com a necessidade de promoção da literacia. Desde há muito que se defende a participação ativa e informada do cidadão nas decisões inerentes à sua saúde.

Quanto à temporalidade, apenas para a criação de linhas de financiamento, uma das medidas prioritárias, foi considerado como suficiente/adequado o período de 1 ano, não obstante ser a que apresenta maior dificuldade de implementação, eventualmente pelo envolvimento de estruturas Europeias. Para todas as outras medidas é previsível um período de tempo até 3 anos, exceção feita para a inclusão de indicadores na avaliação acerca do grau e significado do envolvimento das Associações de Doentes, que pode ir até 5 anos, o que é singular pois, para a sua implementação o grau de dificuldade considerado é relativamente baixo. As questões relacionadas com a Segurança do Doente são sem qualquer dúvida variáveis relevantes para a qualidade em saúde daí que, para estas associações, indicadores desta natureza possam ser objeto de avaliação.

5. A PARTICIPAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES...

De referir que as 5 medidas que obtiveram maior pontuação foram identificadas como sendo as de mais difícil implementação, independentemente de previsivelmente poderem ser implementadas num prazo máximo de 3 anos. É exceção a criação do estatuto legal do doente “perito” que se reveste de maior exequibilidade, na perspetiva das Associações.

Por fim destaca-se o reduzido número de Associações presentes e o desconhecimento da Recomendação sobre Segurança do Doente, o que que não significa necessariamente uma falha inerente ao associativismo. Às entidades oficiais cabe a divulgação da referida Recomendação. Resta saber se isso foi adequadamente feito. Também se salienta o interesse e as contribuições que foram dadas pelas Associações presentes. Este facto revela que o movimento associativo é central na divulgação das questões da Segurança do Doente e representa uma importante via para chegar aos doentes e respetivas famílias. Cabe à tutela saber usar este potencial, numa questão tão sensível e onde Portugal ainda tem tanto para fazer, comparativamente aos restantes países da União Europeia.

Nota Final

A disponibilidade e o desejo expressos de intervenção dos cidadãos através das suas Associações representativas, seja na vida das pessoas doentes, seja nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, é sem dúvida o culminar da concretização de cuidados centrados nos cidadãos e um garante da segurança dos mesmos. Porém, esta demonstração de cidadania, para que seja credível e efetiva exige necessariamente legislação realista, equilibrada, centrada na transparência e nos objetivos que se pretendam alcançar.

6. UMA VEZ MAIS, O ACESSO AO MEDICAMENTO...

6. UMA VEZ MAIS, O ACESSO AO MEDICAMENTO...

Entrámos agora num novo ciclo político. O texto do Relatório da Primavera 2015 tinha como tema o “Acesso ao medicamento por parte do cidadão” no ano pós-troika.

Não sendo ainda muito claro qual o rumo que o Governo pretende tomar na área do medicamento, fo-

ram anunciadas pelo atual Ministro da Saúde algumas medidas para o sector, sendo que o acesso ao medicamento, mesmo se considerarmos apenas o seu nível mais básico, isto é, o da oferta (que depende apenas da disponibilidade) continua para nós a ser uma preocupação *major*.

Até à data, foram apresentados três planos de reforma por parte da tutela: um relativo à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (I), outro relativo à Saúde Pública (II) e outro aos Cuidados de Saúde Primários (III). Este último tem por missão a expansão e melhoria da capacidade da rede de cuidados de saúde primários, o que compreende não só alterações legislativas à rede de gestão das várias instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS) como também às demais entidades prestadoras de cuidados de Saúde, nomeadamente as farmácias comunitárias (Ministério da Saúde, 2016).

Em Abril de 2016 foi apresentado pela Direção Geral de Saúde, um Documento Estratégico para apreciação e discussão pública, intitulado “Promover a saúde através de uma nova ambição para a Saúde Pública”. Este documento pretende agilizar medidas centralizadas para que elas cheguem à população, incidindo sobre seis eixos (DGS, 2015e). Um deles, Prevenção e Gestão da Doença, parece ser particularmente importante visto enquadrar aquele que será o tema central deste capítulo, a infeção VIH/SIDA. Neste

âmbito, é de referir algumas ações positivas, como o recomeço do programa de troca de seringas nas farmácias e registo dos *kits* de seringas trocados, permitindo posterior avaliação no âmbito do SiNATS (Sistema Nacional de Avaliação de Tecnologias da Saúde), bem como a possível integração do sistema de vigilância epidemiológica em vigor com o alargamento dos locais de distribuição de medicamentos antirretrovirais. Alerta-se no entanto, para a atual dificuldade de acesso ao SiVIDA (Sistema de Informação sobre doentes com VIH/SIDA), que não facultou os seus dados ao OPSS, limitando obviamente a capacidade de análise.

Ainda na área do medicamento, refere-se também que embora não se conhecendo ainda qual a posição da nova direção do INFARMED sobre o plano de implementação do SiNATS, foi recentemente publicado (Abril 2016) o regulamento da CATS – Comissão de Avaliação de Tecnologias de Saúde, que poderá garantir a continuação do projeto (Deliberação n.º 662/2016 de 13 de abril).

6. UMA VEZ MAIS, O ACESSO AO MEDICAMENTO...

São de destacar também, e porque no entender do OPSS, poderão melhorar o acesso ao medicamento por parte do cidadão, as medidas já concretizadas da desmaterialização da receita eletrónica e da alteração do período para o qual é feita a dispensa de terapêutica antirretroviral em ambulatório, bem como as propostas ainda não implementadas de renovação de receitas para doentes crónicos e o projeto-piloto de dispensa em farmácia comunitária de terapêutica antirretroviral.

Desmaterialização da receita eletrónica

A desmaterialização da receita eletrónica surge através do Despacho n.º 2935-B/2016 de 15 de março, do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, onde a prescrição por receita desmaterializada, isto é sem documento escrito, se tornou obrigatória a partir de 1 de abril em todo o SNS. Com esta medida, o governo pretende conferir ao processo de prescrição e dispensa uma maior autenticidade, segurança e fiabilidade, contribuindo eficazmente para o combate à fraude e promovendo a implementação no SNS de práticas ambientalmente sustentáveis (Diário da República

n.º 39/2016 de 25 de fevereiro). Para além destes objetivos, a aplicação deste documento poderá também diminuir, ao Serviço Nacional de Saúde, os custos com a prescrição, garantindo um maior controlo no acesso ao medicamento, sem diminuir a qualidade dos serviços de saúde prestados aos utentes.

Alteração do período de dispensa de terapêutica antirretroviral em ambulatório

Em Novembro de 2015, reconhecendo ser a terapêutica antirretroviral o elemento fulcral do controlo da epidemia do vírus de imunodeficiência humana/síndrome de imunodeficiência adquirida (VIH/SIDA) e a adesão à mesma como um fator crítico para o seu sucesso, foi revisto o Despacho n.º 2175/2013, de 30 de Janeiro que estipulava que a dispensa de medicamentos antirretrovirais deveria ser efetuada para um período de 30 dias.

Foi assim publicado, no dia 20 de Novembro de 2015, o Despacho n.º 13447-B/2015 que alterou o período de dispensa de terapêutica antirretroviral para 90 dias (Despacho n.º 13447-B/2015 de 20 de novembro).

Com a aplicação das orientações deste documento prevê-se uma menor frequência das idas às instituições de saúde por parte dos doentes, o que se estima contribuirá para aumentar a adesão à terapêutica antirretroviral e diminuir a taxa de falência terapêutica. No entanto, esta medida pode também propiciar o aumento da distribuição ilegal destes medicamentos, situação cuja dimensão real em Portugal é ainda desconhecida e deverá ser, num futuro próximo, alvo de monitorização.

Renovação de receitas para doentes crónicos

De acordo com o anúncio feito a 24 de Fevereiro de 2016 pelo secretário de Estado adjunto e da Saúde, Fernando Araújo, o MS pretende dar aos médicos que acompanham doentes crónicos a possibilidade de renovar a prescrição sem que seja necessária a marcação de uma consulta e a subsequente deslocação do doente a uma instituição de saúde. Estes médicos terão a possibilidade de prescrever por via eletrónica no processo do utente, que apenas necessitará de se deslocar a uma farmácia e fornecer os seus dados. A farmácia poderá consultar o

processo do utente, avaliar a prescrição e dispensar os medicamentos. Esta medida irá facilitar o acesso à medicação crónica, especialmente para os doentes mais idosos ou com maiores dificuldades de acesso às instituições de saúde. Embora esta medida possa permitir uma redução da não-adesão à terapêutica e a diminuição das listas de espera na rede de cuidados de saúde primários, deve ser tida em conta a possibilidade de um seguimento mais espaçado destes doentes por parte dos médicos que os acompanham.

Projeto-piloto de dispensa em farmácia comunitária de terapêutica antirretroviral

No final do mês de Março foi também anunciado pelo Ministério da Saúde que, durante o primeiro semestre de 2016, será iniciado o projeto-piloto de dispensa de terapêutica antirretroviral em farmácia comunitária em algumas zonas do país. Este projeto, que ainda se encontra na fase de conceção, está a ser definido pelo MS, juntamente com a Associação Nacional de Farmácias, a Associação de Farmácias Portuguesas e a Ordem dos Farmacêuticos, sob acompa-

6. UMA VEZ MAIS, O ACESSO AO MEDICAMENTO...

nhamento de uma equipa científica externa do *Imperial College of London*. Os principais objetivos da iniciativa são o de facilitar o acesso dos doentes à medicação e evitar longas deslocações aos hospitais onde estes doentes estão a ser seguidos. No entanto, acredita-se que o sucesso desta medida depende da adaptação da cadeia de distribuição e dos sistemas informáticos, certamente em adaptação.

Através da análise das medidas referidas, podemos concluir que a estratégia adotada pelo atual Governo é marcada por um foco na diminuição da burocracia no processo de dispensa do medicamento e na redistribuição da carga sobre o SNS. Estas medidas incidem, sobretudo, sobre a terapêutica antirretroviral, facilitando o acesso dos doentes à medicação e mitigando um dos principais fatores de falência da terapêutica. Além disso, estas ações demonstram ainda uma maior tendência de integração das farmácias na rede de cuidados de saúde primários, que assumem, assim, uma maior participação e relevância na prestação de cuidados de saúde ao doente. É importante ressaltar que a diminuição da carga

burocrática e a facilitação do acesso à terapêutica através destas medidas não poderá acarretar uma fragilização do acompanhamento dos doentes por parte das equipas médicas. Para tal a intervenção farmacêutica a delinear pelas entidades designadas deverá versar essa questão para que o farmacêutico possa, de facto, ser o elo de proximidade da comunidade que garanta o devido acompanhamento.

Tendo em conta o foco na terapêutica antirretroviral de várias das medidas anunciadas pelo atual Governo para a área do medicamento, e reiterando a nossa preocupação relativa ao acesso aos cuidados de saúde (entendido, de acordo com o conceito apresentado no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, como “a obtenção de cuidados de qualidade necessários e oportunos, no local apropriado e no momento adequado”), nos quais está obviamente incluído o medicamento, decidiu-se analisar este tópico de forma mais aprofundada.

Vigilância epidemiológica da infecção por VIH/SIDA em Portugal

A vigilância epidemiológica da infecção por VIH/SIDA em Portugal é da responsabilidade do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge I.P. (INSA) e resulta atualmente da convergência de dois sistemas de informação: o Sistema de Informação para o VIH/SIDA (SI.VIDA) e o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE), ambos sob a égide da Direção-Geral da Saúde (DGS).

Entre 1983 e 2014 foram diagnosticados 52 694 casos de infecção por VIH, que resultaram em 10 377 óbitos. De acordo com os últimos dados de 2014 existem cerca de 42 317 casos de infecção por VIH em Portugal (INSA,2015).

Dados apresentados no último relatório do SI.VIDA em 31 de dezembro de 2014 indicam que se encontravam em seguimento ambulatorio 30 956 pessoas infetadas por VIH em Portugal. Tendo em conta que o sistema SI.VIDA foi implementado, até à data, em 25 unidades hospitalares do SNS e que, segundo o referido relatório, o sistema abrange 93% do total de doentes em segui-

mento em Portugal Continental, podemos prever que existiam, no nosso País, no final de 2014, 33 286 pessoas infetadas por VIH elegíveis para seguimento ambulatorio (DGS, 2015f).

Ainda de acordo com a informação publicada no relatório atrás referenciado, verifica-se que dos 30 956 casos infetados por VIH em seguimento, 4 376 (14,1%) não têm dados disponíveis sobre a terapêutica antirretroviral combinada (TARc) e/ou avaliação virológica. Dos restantes 26 580 casos em seguimento, 17,2% (n=4575) não se encontram sob TARc. (DGS, 2015f).

Não havendo informação disponível em Portugal sobre a proporção de pessoas infetadas pelo VIH elegíveis para terapêutica antirretroviral e que não a recebem, solicitou-se esta mesma informação à DGS, na qualidade de entidade responsável pelo Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA e Tuberculose. Não foi possível obter qualquer informação por parte da DGS, pelo que não sabemos que proporção destes indivíduos infetados por VIH e sem tratamento seriam elegíveis para terapêutica antirretroviral combinada.

6. UMA VEZ MAIS, O ACESSO AO MEDICAMENTO...

Não esquecendo que o sistema SI.VIDA tem como objetivo fazer o seguimento dos doentes em ambulatório, esta proporção de indivíduos infetados por VIH sem tratamento (17,2%) está acima da de outros países europeus (Public Health England, 2015). Apresentam-se em seguida algumas considerações que poderão justificar a ausência de TARc em 4575 pessoas infetadas pelo VIH em seguimento hospitalar em Portugal em 2014:

- Ausência de critérios clínicos e imunológicos para início da TARc, de acordo com as recomendações vigentes (DGS, 2012b);
- Doentes que recusam a terapêutica combinada por ainda não apresentarem manifestações clínicas que o justifiquem e conhecerem os efeitos secundários da mesma;
- Abandono da terapêutica devido a outras patologias (por ex. alcoolismo, toxicod dependência);
- Morte e/ou emigração dos doentes não registados na base de dados SI.VIDA.

Do exposto, apenas podemos constatar que ainda há um caminho a percorrer ao nível da vigilância epidemiológica da infeção por VIH/SIDA em Portugal. Este caminho inicia-se com um diagnóstico precoce e uma célere referenciação hospitalar, como já estabelecido no Despacho n.º 13447-C/2015.

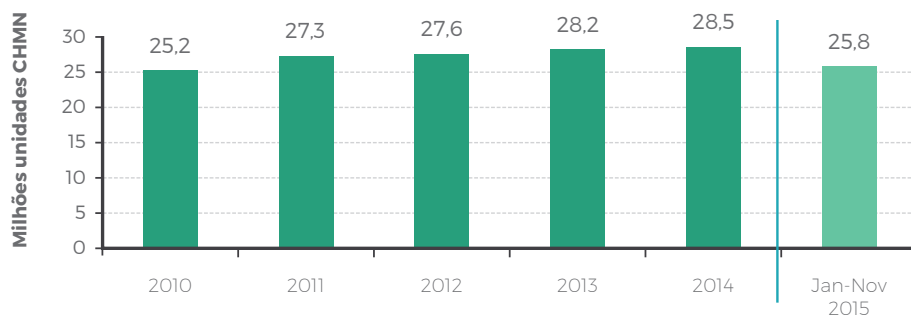
Salienta-se contudo, e sem descuidar a importância da concatenação e exaustivo preenchimento dos dados, que é da maior relevância a validação das diferentes fontes de informação que compõem a vigilância epidemiológica da infeção VIH/SIDA em Portugal, por forma a serem atingidos os indicadores estabelecidos pela ONUSIDA (90% de diagnósticos, 90% em tratamento e 90% com carga viral não detetável) (Diário da República n.º 228/2015 de 20 de novembro; UNAIDS, 2014).

Dispensa de medicamentos antirretrovirais nos hospitais Portugueses

Nos últimos 5 anos tem-se registado, em Portugal, um aumento constante de dispensa de medicamentos antirretrovirais nos hospitais SNS, de 25,2 milhões de unidades em 2010 para 28,5 milhões em 2014 (que corresponde a um aumento de 13,3%) (Figura 1).

Se, em termos de quantidade, a tendência tem sido crescente ao longo dos anos, já em termos de valor verifica-se uma nítida redução em 2013 e 2014 (Figura 2). Considerando o período disponível de dados, observa-se ainda assim um aumento de 6,9% entre 2010 e 2014.

Figura 1. Medicamentos Antirretrovirais dispensados nos Hospitais SNS (2010-2015) - Quantidade

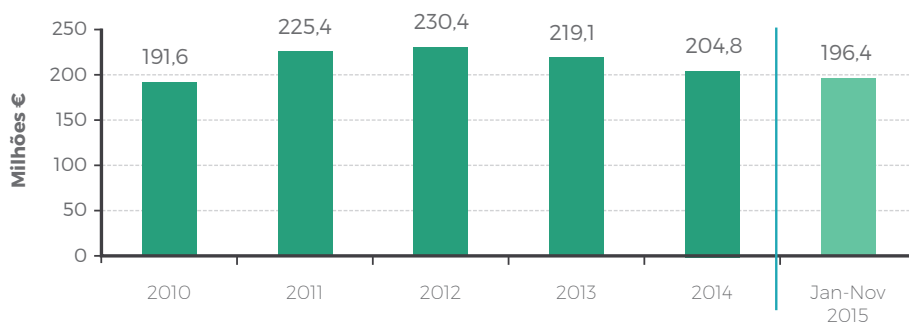


Fonte: Adaptado INFARMED / CHNM (Código Hospitalar Nacional de Medicamentos).

Notas: Quantidades expressas em unidades de CHNM (comprimidos, canetas, solução injetável, etc.) referentes aos hospitais do SNS com gestão pública; dados de janeiro-novembro de 2015 último período disponível.

6. UMA VEZ MAIS, O ACESSO AO MEDICAMENTO...

Figura 2. Medicamentos Antirretrovirais dispensados nos Hospitais SNS (2010-2015) - em Valor



Fonte: Adaptado INFARMED / CHNM (Código Hospitalar Nacional de Medicamentos).

Nota: dados de janeiro-novembro de 2015 último período disponível.

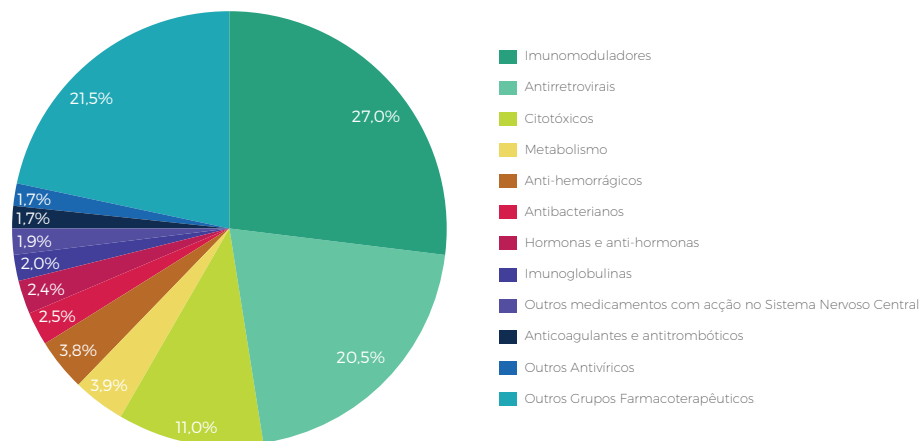
Os medicamentos antirretrovirais constituem um dos grupos farmacoterapêuticos com maior peso na despesa com medicamentos nos hospitais do SNS, totalizando 20,5% da despesa global de 2015, apenas ultrapassado pelo grupo dos imunomoduladores que representam 27% da despesa total (Figura 3).

Do total de 31 DCIs pertencentes ao grupo dos antirretrovirais dispensadas em 2015, os dez mais dispensados representam 90,0% em valor e 65,8% em quantidade, liderado pela associação de

'Emtricitabina+Tenofovir', seguida pela substância 'Darunavir' e pela associação de 'Abacavir+Lamivudina' (Tabela 1).

É de assinalar que a associação mais dispensada é a preconizada como terapêutica de primeira linha pela DGS, o que é indicativo de uma prescrição racional em Portugal (DGS, 2012b).

Figura 3. Medicamentos dispensados nos Hospitais SNS (Janeiro-Novembro 2015) - em Valor



Fonte: Adaptado INFARMED / CHNM (Código Hospitalar Nacional de Medicamentos).

Nota: dados de janeiro-novembro de 2015 último período disponível.

Tabela 1. Top 10 medicamentos antirretrovirais mais dispensados nos Hospitais SNS (Janeiro-Novembro 2015) por Denominação Comum Internacional (DCI) - em Valor

DCI	Valor €	%	Quantidade	%
EMTRICITABINA + TENOFOVIR	52.103.191	26,5%	3.478.795	13,5%
DARUNAVIR	25.974.198	13,2%	2.433.831	9,4%
ABACAVIR + LAMIVUDINA	23.126.718	11,8%	1.903.573	7,4%
EFAVIRENZ + EMTRICITABINA + TENOFOVIR	18.713.657	9,5%	878.047	3,4%
RALTEGRAVIR	18.092.993	9,2%	2.257.322	8,7%
ATAZANAVIR	13.105.701	6,7%	1.098.047	4,3%
EMTRICITABINA + RILPIVIRINA + TENOFOVIR	11.197.738	5,7%	547.794	2,1%
LOPINAVIR + RITONAVIR	8.706.113	4,4%	2.929.375	11,4%
TENOFOVIR	7.863.455	4,0%	912.134	3,5%
ETRAVIRINA	3.840.382	2,0%	536.430	2,1%
TOTAL	196.395.152	100,0%	25.802.818	100,0%

Fonte: Adaptado INFARMED / CHNM (Código Hospitalar Nacional de Medicamentos).

Notas: dados de janeiro-novembro de 2015 último período disponível.

6. UMA VEZ MAIS, O ACESSO AO MEDICAMENTO...

Em termos regionais, mais de metade da quantidade de medicamentos antirretrovirais foi dispensada nos hospitais do SNS da Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo (58,7% em 2015), seguida pela ARS do Norte

(26,6%) e pela ARS Centro (8,6%), com distribuição homogénea ao longo dos anos (Tabela 2).

Este padrão verifica-se, igualmente, quando analisados os dados em valor (Tabela 3).

Tabela 2. Medicamentos Antirretrovirais dispensados nos Hospitais SNS (2010-2015) por Administração Regional de Saúde (ARS) - em Quantidade

Período	ARS Norte		ARS Centro		ARS Lisboa e Vale do Tejo		ARS Alentejo		ARS Algarve		TOTAL Quantidade
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%	
2010	7.026.980	27,9%	2.124.883	8,4%	14.520.343	57,6%	400.837	1,6%	1.118.820	4,4%	25.191.862
2011	7.315.045	26,8%	2.181.383	8,0%	16.247.143	59,5%	392.514	1,4%	1.174.978	4,3%	27.311.062
2012	7.394.116	26,8%	2.266.220	8,2%	16.264.176	59,0%	421.920	1,5%	1.226.477	4,4%	27.572.908
2013	7.539.148	26,7%	2.349.280	8,3%	16.611.561	58,9%	434.175	1,5%	1.292.688	4,6%	28.226.852
2014	7.666.383	26,9%	2.417.949	8,5%	16.728.475	58,6%	443.860	1,6%	1.281.815	4,5%	28.538.481
Jan-Nov 2015	6.857.184	26,6%	2.207.589	8,6%	15.135.492	58,7%	383.905	1,5%	1.218.648	4,7%	25.802.818

Fonte: Adaptado INFARMED / CHNM (Código Hospitalar Nacional de Medicamentos).

Notas: Quantidades expressas em unidades de CHNM (comprimidos, canetas, sol. injetável, etc) referentes aos hospitais do SNS com gestão pública.

Tabela 3. Medicamentos Antirretrovirais dispensados nos Hospitais SNS (2010-2015) por Administração Regional de Saúde (ARS) - em Valor

Período	ARS Norte		ARS Centro		ARS Lisboa e Vale do Tejo		ARS Alentejo		ARS Algarve		TOTAL Valor €
	Valor €	%	Valor €	%	Valor €	%	Valor €	%	Valor €	%	
2010	50.632.981	26,4%	17.505.500	9,1%	109.951.693	57,4%	3.058.192	1,6%	10.463.511	5,5%	191.611.878
2011	57.371.578	25,5%	19.346.610	8,6%	134.266.019	59,6%	3.125.089	1,4%	11.301.369	5,0%	225.410.664
2012	59.097.260	25,6%	20.186.802	8,8%	136.641.796	59,3%	3.366.397	1,5%	11.156.848	4,8%	230.449.103
2013	55.181.724	25,2%	19.162.409	8,7%	130.630.947	59,6%	3.226.244	1,5%	10.937.355	5,0%	219.138.680
2014	53.048.219	25,9%	18.111.737	8,8%	120.063.089	58,6%	3.009.458	1,5%	10.520.625	5,1%	204.753.128
Jan-Nov 2015	48.823.460	24,9%	18.218.191	9,3%	116.437.408	59,3%	2.873.270	1,5%	10.042.821	5,1%	196.395.152

Fonte: Adaptado INFARMED / CHNM (Código Hospitalar Nacional de Medicamentos).

Acessibilidade aos antirretrovirais: revisão da literatura

Apesar do reconhecimento do direito ao acesso a medicamentos definidos pela Organização Mundial de Saúde como medicamentos essenciais, a literatura científica evidencia, com expressão ao nível dos países da Europa, iniquidades entre grupos socioeconómicos com impacto ao nível da sua utilização (Vogler, Österle & Mayer, 2015a).

Diferenças socioeconómicas ao nível da utilização de terapêutica estão associadas a vários fatores tais como, as desigualdades no acesso a recursos de saúde (farmácias, profissionais de saúde), as estratégias de tratamento médico, as barreiras de comunicação e a variabilidade nas estratégias de autogestão ou de adesão ao aconselhamento médico associadas a preferências individuais ou a barreiras financeiras (Mayer & Österle, 2015).

Diversos estudos realizados na Europa sugerem existir uma relação inversa entre o nível socioeconómico e a adesão à terapêutica (Vogle, Österl & Mayer, 2015a, 2015b). O padrão invertido para o estatuto so-

cioeconómico da população na utilização de medicamentos é identificado em diversos estudos (Mayer & Österle, 2015; Nielsen, Hansen & Rasmussen, 2003). A classificação legal do medicamento poderá ser também importante na adesão à terapêutica antirretroviral, eventualmente pelo nível de participação associado, visto ter-se evidenciado uma probabilidade acrescida para utilizar medicamentos prescritos entre os indivíduos com níveis socioeconómicos mais baixos (Mayer & Österle, 2015).

Estudos desenvolvidos no âmbito da infeção por VIH/SIDA, concretizados um pouco por todo o mundo, revelam que também existe uma relação aparente entre o nível de adesão à terapêutica em doentes com VIH/SIDA e a aquisição de conhecimentos sobre a doença (Rikard, Thompson, Head, McNeil & White, 2012; Remien, Mellins, Robbins, *et al*, 2013), no sentido de que o aumento do nível de literacia em saúde destes doentes e o seu conhecimento sobre a doença estão associados a uma melhor adesão à terapêutica e a melhores resultados em saúde (Jones, Cook, Rodriguez & Waldrop-Valverde, 2013; Nelsen, Trautner, Petersen, *et al*,

6. UMA VEZ MAIS, O ACESSO AO MEDICAMENTO...

2012; Nachega, Morroni, Zuniga JM, *et al*, 2012; Ownby, Waldrop-Valverde, Hardigan, *et al*, 2013).

Várias medidas têm sido adotadas para reduzir desigualdades na utilização e consumo de medicamentos (por ex. copagamentos, despesa privada, participações). Em relação ao VIH/SIDA as iniciativas existentes centram-se, em geral, no aumento da proximidade geográfica à população dos serviços e bens de consumo terapêuticos. No domínio da medicação, as iniciativas enquadram experiências diversas, desde a simples descentralização da dispensa hospitalar para passar a incluir a farmácia comunitária, até à especialização do farmacêutico e da farmácia comunitária para prestação de serviços específicos, nomeadamente os programas de adesão e de gestão da terapêutica (Lelubre, Clerc, Grosjean, Vriese, Bugnon & Schneider, 2015; Schranz, Brady, Momplaisir, Metlay, Stephens & Yehia, 2015; Murphy, Cocohoba, Tang, Pietrandoni, Hou & Guglielmo, 2012; Monte, Passafiume & Kufel, 2016; Kauffman, Nair, Herist, Thomas & Weidle, 2012; Hirsch, Rosenquist, Best, Miller & Gilmer, 2015) Os resultados indicam que estas iniciativas aumentam a adesão à terapêutica

e a qualidade da oferta de cuidados de saúde. A formação e aquisição de competências, o desenvolvimento de sistemas de partilha, o acesso e o registo de informação, bem como o reconhecimento dos modelos de pagamento e financiamento adequados foram identificados como os principais determinantes do sucesso destas iniciativas.

Locais de aquisição de medicamentos antirretrovirais: um estudo de campo

Num inquérito realizado *online* com o objetivo de identificar os canais de distribuição de medicamentos antirretrovirais no mundo, foram contactados representantes de 26 países, identificados através de algumas organizações internacionais (Pharmaceutical Care Network Europe, European Directorate on the Quality of Medicines, International Society for Pharmacology Epidemiology) ligadas à investigação, recorrendo-se primariamente a uma amostra de conveniência e subsequentemente a uma amostra de bola de neve, que foi sendo alargada com a solicitação que reenviassem o *link* ao colega mais habilitado na área, para além do próprio.

Foram obtidas respostas de 12 países (46,2%). De referir que do Canadá foram obtidas 2 respostas de províncias diferentes (Ontário e Quebec), visto terem legislação específica sobre esta matéria. Participaram no estudo os seguintes países: Alemanha, Austrália, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Espanha, Holanda, Itália, Moldávia, Nova Zelândia, República Checa e Sérvia.

Verificou-se que o canal de distribuição mais comum para os antirretrovirais é a farmácia hospitalar, não sendo o caso apenas na Moldávia. No entanto, em 4 destes países trata-se de farmácias hospitalares especializadas. Em 58,3% dos países (n=7) foi também referida a farmácia comunitária (Tabela 4). Foram ainda referidos outros locais de distribuição, as clínicas

Tabela 4. Canais de distribuição de medicamentos antirretrovirais em 12 países

País	Farmácia Hospitalar	Farmácia Comunitária	Clínicas Especializadas
Alemanha	✓ (*)	✓	✓
Austrália	✓ (*)	✓	✓
Bélgica	✓	✓	✓
Canadá	✓	✓	✓ (**)
Dinamarca	✓		
Espanha	✓		
Holanda	✓	✓	
Itália	✓ (*)		✓
Moldávia			✓
Nova Zelândia	✓ (*)	✓	
República Checa	✓		✓
Sérvia	✓	✓	

(*) Farmácia Hospitalar especializada

(**) Apenas na Província do Quebec

6. UMA VEZ MAIS, O ACESSO AO MEDICAMENTO...

especializadas e, ocasionalmente, médicos de família ou no Quebec as Organizações Não Governamentais (ONGs).

Na maioria dos países foi referido que a situação tem sido assim “desde sempre”. No entanto, verificaram-se alterações na Nova Zelândia (2010) e mais recentemente na Austrália (2015), sendo ainda referido para a Dinamarca alterações próximas previstas (Maio/2016) em que será alargada a distribuição para além do hospitalar à farmácia comunitária, à semelhança do que se verificará em Portugal no corrente ano (Diário da República n.º 4/2016 de 7 de janeiro). Em 83,3% dos países o canal de distribuição era idêntico para todos os antirretrovirais, sendo que na Nova Zelândia e na Austrália dependia dos fármacos estarem integrados nas *guidelines* nacionais.

Na maioria dos países (75,0%), os doentes não pagam os seus medicamentos, sendo totalmente cobertos pelo estado ou seguradora. No Canadá depende da cobertura acordada com a seguradora e também da província sendo, por exemplo, na província da *British Columbia*

cobertos a 100%. Na Sérvia a cobertura depende do medicamento, sendo 14 (em 19) pagos a 100% pela seguradora, exceto se usados para uma indicação não aprovada pela mesma seguradora. Na Nova Zelândia os não residentes têm de pagar o medicamento a 100% e os residentes pagam uma taxa fixa por medicamento (igual para todos, \$5; cerca de 3€). Na Austrália, o doente paga igualmente uma taxa fixa por medicamento (\$38; cerca de 26€) no regime geral e \$6,20 (cerca de 4€) para os pensionistas, exceto em *New South Wales*, em que o SNS cobre esse valor. Na Alemanha a cobertura depende do local de aquisição, sendo cobrado um valor fixo por medicamento adquirido na farmácia comunitária (10€).

Como complemento desta informação foram referidos serviços adicionais desempenhados pelos farmacêuticos nalguns destes países (33,0%), nomeadamente a monitorização da adesão (Nova Zelândia, algumas províncias do Canadá, e Espanha), a monitorização dos efeitos adversos (Canadá), a seleção e a otimização do tratamento conjuntamente com as equipas médicas (Canadá, Espanha

e República Checa), e a possibilidade de realização de testes rápidos de despiste (Canadá e País Basco).

Um quarto dos respondentes considerou que existem problemas de acessibilidade à terapêutica antirretroviral no seu país, sendo apresentadas citações de algumas das razões referidas:

“Although the medicines are free of charge, people have to travel (usually quarterly) to get them from the clinic and not all can afford paying for travel, as there are only regional ARV clinics in the country”. (Moldova)

“Because of the great regional variability in drug coverage, patients in one part of Canada may have greater or less access to antiretrovirals”. (Canada)

“These are quite expensive products, and the Insurer needs to give permission for reimbursement. If permission is granted, products are for free for the patient. If for one or another reason, certain conditions are not met, the insurance does not cover the cost of medicine, and this is detrimental for - pharmacist,

who already might have dispensed the product for free - patient, who is almost never willing to pay full cost”. (Belgium)

O inquérito para os países onde os antirretrovirais estão disponíveis em farmácia comunitária (n=7) foi complementado com uma pergunta sobre a disponibilidade real em *stock* de antirretrovirais quando o doente apresentava uma prescrição. *Apenas 3 países referiram existir sempre em stock (Sérvia, Canadá e Nova Zelândia). Os restantes referiram que geralmente não estavam disponíveis, voltando o doente mais tarde (em geral no próprio dia) para receber a medicação (Austrália, Bélgica, Espanha, Alemanha). No caso da Alemanha tal situação não se verifica em farmácias especializadas e na Nova Zelândia só ocorre com novos tratamentos.*

Foi ainda perguntado se eram necessários alguns requisitos específicos para os farmacêuticos comunitários poderem dispensar medicamentos antirretrovirais, tendo sido os respondentes unânimes ao indicar que “No, antiretrovirals are treated as any other drug!” No entanto, foi referido que na Nova Zelândia os

6. UMA VEZ MAIS, O ACESSO AO MEDICAMENTO...

farmacêuticos eram encorajados a frequentar cursos e seminários para se manterem atualizados. Na Austrália, na sequência da alteração legislativa, foi emitido pela Pharmaceutical Society of Australia um livro de consulta e orientações para auxiliar os farmacêuticos comunitários nessa tarefa (Crooks, 2015).

Em Portugal, a distribuição de determinados medicamentos tem sido restrita à farmácia hospitalar, como tem sido o caso dos medicamentos antirretrovirais. No entanto, como já acima referido, foi este ano aprovado um despacho que prevê a “valorização do papel das farmácias comunitárias enquanto agentes de prestação de cuidados, apostando no desenvolvimento de medidas de apoio à utilização racional do medicamento e aproveitando os seus serviços, em articulação com as unidades do SNS, para nelas se ensaiar a delegação parcial da administração de terapêutica oral em oncologia e doenças transmissíveis” (Diário da República n.º 4/2016 de 7 de janeiro).

Aguardam-se os resultados do ensaio piloto em que a medida será testada com grande expectativa,

tanto no sentido de verificar questões processuais, mas sobretudo as potenciais implicações na acessibilidade e na adesão à terapêutica.

Chama-se a atenção para a necessidade de ir ainda mais além e de se desenvolver estudos/ensaios que permitam conhecer não só o desempenho dos doentes com VIH/SIDA em termos de adesão, mas também de gestão da terapêutica, tendo em conta as alterações cognitivas que estes doentes crónicos podem apresentar (Heaton, Marcotte, & Mindt, 2004; Albert, Flater, Clouse, Todak, Stern & Marder, 2003).

Seria ainda essencial capacitar os doentes, mas também os profissionais de saúde, nomeadamente os que irão começar a efetuar a dispensa destes medicamentos, para que possam prestar um melhor serviço e acompanhamento aos doentes VIH/SIDA.

Seria importante ver alargado este tipo de ensaio à terapêutica oncológica oral, como referido no Despacho n.º 199/2016. No Plano Nacional de Saúde, revisão e extensão a 2020, atualmente em discussão, são identificadas as metas para 2020,

as quais se centram na mortalidade prematura, na vida saudável e nos hábitos de vida, nomeadamente o tabaco e sedentarismo, não sendo a infeção VIH/SIDA referida como uma preocupação prioritária (DCS, 2016b). Sendo o cancro um dos claros determinantes para a mortalidade prematura, não seria expectável ter sido o acesso à terapêutica oncológica a área identificada como prioritária?

Como recomendações, sugere-se que as medidas legislativas que venham a ser adotadas tenham sempre a preocupação da melhoria no acesso ao tratamento, contando para isso com todos os elos da cadeia do sistema de saúde, tentando eliminar todo o tipo de desigualdades, e que todas, sem exceção, sejam devidamente monitorizadas, de forma a evidenciar os seus resultados positivos e negativos e permitir uma correta e esclarecida tomada de decisões.

Concretamente propõem-se:

- Garantia no acesso ao SI.VIDA por parte do farmacêutico comunitário, a partir do momento em que se torne parte da rede de cuidadores dos casos de infeção VIH/SIDA.
- Obrigatoriedade por parte do farmacêutico da monitorização da adesão à terapêutica antirretroviral com reporte eletrónico periódico ao médico assistente. Alargamento das iniciativas de articulação dos dados para que o cuidado ao cidadão não fique desfragmentado entre os vários níveis de cuidados de saúde, permitindo uma adequada e célere avaliação das medidas implementadas, nomeadamente em termos de cuidados primários e dispensa de medicamentos.
- Alargamento das funções do farmacêutico, para que passe a contribuir de forma ativa para o diagnóstico da infeção VIH/SIDA através da realização de rastreios na farmácia comunitária. O diagnóstico e tratamento precoce da infeção VIH/SIDA são a melhor forma de prevenir a sua transmissão (Ratmann, Sighem, Bezemer, *et al*, 2016)

7. OS CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

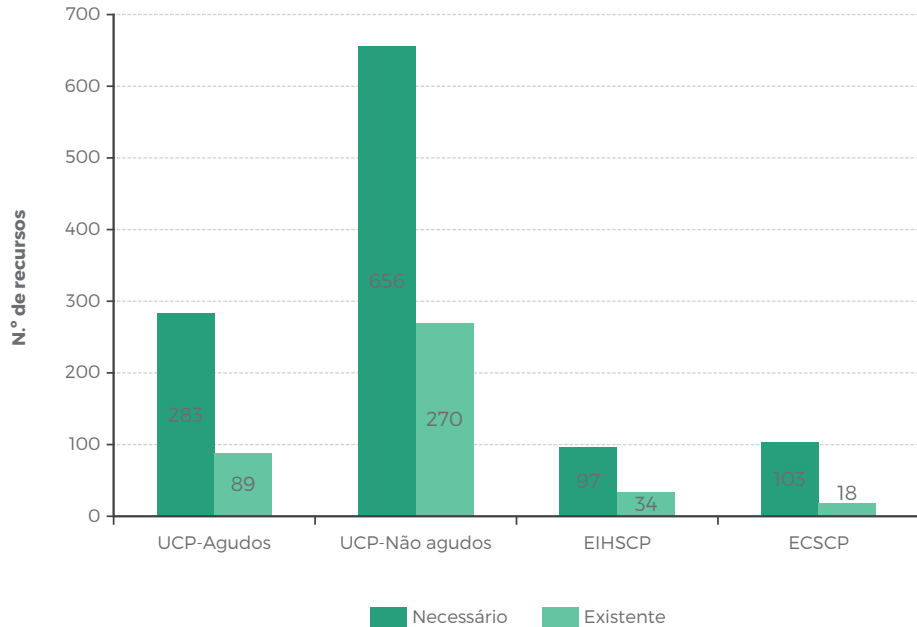
7. OS CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

Cobertura de necessidades

Portugal tem aproximadamente 10,5 milhões de residentes, sendo que por ano morrem cerca de 105 mil pessoas, a grande maioria por doenças crónicas que poderiam beneficiar de cuidados paliativos. Dados recentemente divulgados através de um aplicativo gratuito online do Observatório Português de Cuidados Paliativos mostram

que 1 em cada 3 mortes é causada por doenças cardiovasculares, 1 em 4 por cancro e 1 em 10 por doenças respiratórias. A maior parte (62%) das pessoas morre no hospital. Isto significa que há cerca de 65 mil mortes por ano a ocorrer em contexto hospitalar no país. 30% ocorre no domicílio e 8% ocorre noutros lugares incluindo locais públicos.

Figura 1. Comparação entre a necessidade de recursos (em média) e os existentes: (dados das UCP em n.º de camas), 2016



Para responder a estas necessidades, fazendo um rastreamento apenas pelo sistema público de saúde em todo o território nacional (incluindo regiões autónomas), existem 27 Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) as quais representam 89 camas de tipologia de doentes agudos e 270 camas de não agudos, 34 Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e 18 Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP). Estes números refletem taxas de cobertura de 38,2% (UCP),

35,1% (EIHSCP) e 17,5% (ECSCP), o que transformados em rácios de acordo com as diretivas internacionais geram valores de 34,6 camas/10⁶ habitantes (8,6/10⁶ habitantes de tipologia de doentes agudos; 26/10⁶ habitantes de não agudos), 0,4 EIHSCP/Hospital e 0,17 ECSCP/10⁵ habitantes. São valores consideravelmente abaixo do recomendado, 80-100 camas/10⁶ habitantes (30% de agudos e 70% de não agudos), 1 EIHSCP/Hospital, no mínimo 1/cada hospital com 250 ou mais camas e 1 ECSCP/10⁵ habitantes.

7. OS CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

A estes dados acresce a assimetria geográfica, pois alguns dos distritos do país não possuem qualquer recurso de cuidados paliativos, outros possuem só algumas das tipologias e outros estão acima das necessidades.

Prevalência de doentes com necessidades paliativas

Num estudo que envolveu 11 hospitais nacionais do serviço público de saúde, onde foram questionados 182 médicos relativamente a 1273 doentes (erro amostral de 2,78%), para procurar definir a prevalência de doentes paliativos nos serviços de internamento, obteve-se que esta era de 51,4% (IC_{95%}: 48,5-54,2), com 16,1% (IC_{95%}: 14,4-18,6) dos doentes internados a apresentarem prognóstico de vida estimado igual ou inferior a 15 dias. Por ordem decrescente das prevalências absolutas, temos os serviços de oncologia (79,3%), medicina (62,3%), especialidades médicas (53,4%), unidades de cuidados intensivos (50,0%), cirurgia (35,2%) e especialidades cirúrgicas (31,1%).

Numa outra perspetiva 67,2% (IC_{95%}: 60,1-74,3) dos doentes oncológicos eram paliativos, assim como 48,7% (IC_{95%}: 45,6-51,8) dos não oncológicos e 45,5% (IC_{95%}: 16,7-76,6) dos com patologia mista.

Do total de doentes paliativos apenas 6,6% (IC_{95%}: 4,5-8,6) estavam referenciados para cuidados paliativos, e 9,8% (IC_{95%}: 5,5-14) dos com 15 ou menos dias de vida estimados. Continuam a ser os doentes paliativos oncológicos os mais referenciados, com 15,1% (IC_{95%}: 8,3-22) em contraste com os não oncológicos, dos quais apenas 4,6% (IC_{95%}: 2,7-6,5) estavam referenciados.

Independentemente do tempo de sobrevivência estimado, as cinco principais razões apontadas pelos médicos para a não referência para cuidados paliativos, por ordem decrescente são: “ainda está a fazer tratamento ativo”, “ainda podemos fazer alguma coisa do ponto de vista curativo”, “doente controlado sintomaticamente”, “ainda não está a morrer” e “os cuidados paliativos não seriam uma mais-valia para este doente”.

Formação sobre cuidados paliativos nos currículos conducentes ao exercício de profissões na área da saúde

Num estudo realizado pelo Observatório Português dos Cuidados Paliativos acerca da inclusão de uma unidade curricular especificamente dedicada aos cuidados paliativos nos planos de estudo dos cursos conducentes ao exercício de profissões na área da saúde (i.e., Medicina, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Fisioterapia, Gerontologia, Terapia Ocupacional), verificou-se que a mesma era escassa. De entre um total de 133 planos de estudo analisados e acreditados pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3Es), somente 17% incluíam a referida unidade curricular. Estes planos de estudos eram relativos a cursos de Medicina e Enfermagem. No que se refere aos cursos conducentes ao exercício da Medicina, 3 de 8 planos de estudo analisados (37,5%) incluíam uma unidade curricular de cuidados paliativos de cariz meramente optativo. Tal significa que depende do livre arbítrio do estudante de medicina inscrever-se e frequentar esta unidade curricular.

Relativamente aos cursos conducentes ao exercício de Enfermagem, a percentagem de cursos que inclui uma unidade curricular específica de cuidados paliativos sobe ligeiramente para 39,5% com 15 de 38 planos de estudos analisados a incluir este tipo de formação. Note-se que, no caso da Enfermagem, a grande maioria destas unidades curriculares (60%) é de cariz obrigatório.

Cuidados paliativos pediátricos

Em relação aos cuidados paliativos pediátricos (CPP - cuidados prestados desde o diagnóstico a crianças com doenças crónicas complexas, limitantes ou ameaçadoras da vida) o panorama para as cerca de 6 a 12 000 crianças com necessidades paliativas no país é ainda muito pobre, dada a escassez de formação (pré e pós graduada) dos profissionais de saúde, as assimetrias relativas ao apoio domiciliário (presente apenas em alguns dos grandes centros urbanos) e a resposta inadequada dada pela RNCCI / RNCP, devido à falta de preparação dos profissionais e das estruturas.

7. OS CUIDADOS PALIATIVOS EM PORTUGAL

Um importante passo foi dado em 2015, após a disseminação do Relatório “CPP”, elaborado por um Grupo de Trabalho indicado pelo Gabinete do SEAMS, que recomendava um modelo de governação assente em quatro pilares: a formação de todos os profissionais envolvidos nos cuidados a crianças com necessidades paliativas, a promoção da prestação de cuidados domiciliários, a reorganização das instalações pediátricas existentes e a articulação eficaz entre todos os prestadores de cuidados de saúde.

Fruto do trabalho desenvolvido desde 2013 pelos Grupos da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos e da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2015 marcou também a promoção de Portugal para o nível 3 (de 5) no mapa global da International Children’s Palliative Care Network – evidência de provisão localizada, com formação disponível – quando até 2013 o país se encontrava no nível mais baixo (5).

8. CONCLUSÕES

8. CONCLUSÕES

Depois de iniciado um novo ciclo político, com as mudanças inerentes na área da saúde, o OPSS apresenta o seu Relatório Primavera de 2016. Neste RP não fizemos uma análise detalhada das iniciativas políticas já encetadas, nem daquelas que foram anunciadas ou estão previstas. Embora o RP não tome posição sobre as agendas políticas de cada ciclo de governação, isso não impede

que analise e se pronuncie sobre as medidas e os rumos adoptados para a saúde em Portugal. Neste ano, no entanto, os tempos de realização do RP e os tempos políticos não foram compatíveis com uma análise do exercício governamental na saúde - mediaram sete meses entre a posse do governo e a conclusão do RP 2016.

Este RP centrou-se na importância da procura de novos caminhos para a saúde em Portugal que assegurem a acessibilidade, a igualdade de direitos, a qualidade dos serviços e cuidados e a sustentabilidade do próprio SNS, depois de experienciados os duros anos da crise económico-financeira que o país atravessou e que se traduziram em políticas de austeridade que deixaram importantes marcas na saúde, que urge ultrapassar.

A **retrospectiva histórica** (últimos 6 anos) com que iniciámos este trabalho visou justamente evidenciar que, anualmente, o OPSS através dos seus RP foi alertando sucessivamente a tutela e a própria sociedade para os impactos que a crise e as políticas de austeridade adoptadas tanto na saúde como no sector social estavam a ter na saúde (e vida) dos portugueses e na sua relação com o SNS. Se durante anos o SNS, apesar das suas fragilidades sempre latentes, foi cumprindo os seus objetivos, os tempos de crise fragilizaram-no e ameaçaram-no. Hoje, a sua sustentabilidade apesar de ter desaparecido da agenda mediática, continua a ser motivo de preocupação. É necessário encon-

trar novos rumos que garantam o seu funcionamento pleno com efetiva igualdade de acesso e qualidade de atendimento para todos os portugueses.

Portugal é um país que historicamente apresenta **desigualdades sociais em saúde** pronunciadas. Nos últimos anos essas desigualdades foram perpetuadas e agravadas. A análise realizada sobre as desigualdades sociais em saúde permitiu revelar que no nosso país as desigualdades em saúde têm sido sistematicamente superiores às observadas noutros países europeus, na última década, e continuam a estar intimamente associada aos fatores socioeconómicos (rendimento, educação, género, exclusão, idade – crianças e idosos).

Os riscos de adoecer aumentam significativamente com a ausência de escolaridade, na presença de baixos rendimentos ou nos idosos. Continuam a ser os mais pobres os mais doentes, e os mais doentes os mais pobres, num ancestral e inquebrável ciclo de pobreza e de doença a que urge pôr fim quer por uma questão de direitos humanos, que pelo custo económico que este

8. CONCLUSÕES

ciclo representa para a sociedade portuguesa. Este é um desafio que fica lançado ao atual executivo.

A análise realizada para além de revelar as desigualdades em saúde e de estilos de vida existentes em Portugal, aponta estratégias e rumos para evitar e reduzir essas mesmas desigualdades. Nesse sentido recomenda-se que:

- As desigualdades sociais em saúde sejam objeto de uma avaliação sistemática e regular, em linha com a monitorização sistemática e regular das doenças;

- A avaliação das desigualdades sociais em saúde reconheça que estas representam uma injustiça social; representam um peso económico elevado para a sociedade e para o Serviço Nacional de Saúde; e que os fatores sociais são a verdadeira causa de inúmeros problemas de saúde;

- As desigualdades sociais em saúde sejam combatidas através de políticas de saúde pública, políticas sociais, de educação, de emprego, de planeamento urbano, e não encaradas apenas como uma questão de acesso aos cuidados de saúde;

- As políticas de saúde pública tenham em conta o impacto não apenas na saúde, mas também na distribuição da saúde pela sociedade;

- As políticas mais efetivas de redução das desigualdades sociais em saúde sejam aquelas que alteram as condições de vida e de trabalho, e que transformam as escolhas saudáveis em norma. Exemplo disso são as taxas sobre tabaco ou refrigerantes açucarados, a proibição de fumar nos locais públicos ou a disponibilização de espaços verdes para realização de exercício físico;

- O acesso aos cuidados de saúde não seja esquecido, porque também contribui para atenuar as desigualdades em saúde. Em particular, devem ser combatidas as desigualdades na prevenção e rastreios, através de programas sistemáticos ao nível nacional ou regional;

- Sejam privilegiados os programas de apoio aos pais durante a gravidez e primeiros anos de vida, e os programas de apoio e proteção das crianças mais vulneráveis ou em situação de risco (é na infância que existem maiores possibilidades de redução das desigualdades em saúde, com impacto ao longo da vida).

No terceiro capítulo, o RP analisou as políticas de **saúde mental**, ou a sua ausência. O aumento registado do número de suicídios, afastando Portugal do compromisso de redução junto da OMS e o elevado número de mortes por causa não identificada, exigem da tutela esforços concertados e uma ação continuada para o seu estudo e prevenção.

As consequências da doença mental têm impactos que extravasam o nível individual, manifestando-se ao nível do grupo e da comunidade onde a pessoa está inserida. Apesar disso, continua a existir uma rede social de apoio limitada e fortes dificuldades na reivindicação de direitos, por parte deste indivíduos e respetivas famílias. A reforma da rede de cuidados de saúde mental, que continua adiada, tem que contemplar novas respostas de proximidade para doentes e famílias, centrando-se na comunidade e nos cuidados de saúde primários. Da mesma forma, as lacunas operacionais nos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental permanecem, tal como a ausência de estruturas comunitárias que promovam o suporte social de doentes, cuidadores e famílias, em todo o país.

Para que os doentes, familiares e cuidadores encontrem novos caminhos/respostas no âmbito da Saúde Mental, recomenda-se:

- Melhorar e reforçar a liderança e a capacidade de governação do sistema da saúde mental e o acesso aos decisores políticos;
- Garantir um orçamento nacional para a saúde mental, que tenha em conta a dimensão do impacto da mesma, reduzindo assimetrias;
- Melhorar o modelo de gestão, financiamento e pagamento, que permita a implementação das ações preconizadas no PNSM, protagonizadas também por não médicos, acompanhando a integração e o contínuo de cuidados;
- Rever as leis de saúde mental e atualizar o PNSM;
- Estabelecer um setor transetorial no programa de saúde mental;
- Garantir a formação dos profissionais de saúde e o acesso a serviços de cuidados de saúde e sociais compreensivos e integrados com base na comunidade;

8. CONCLUSÕES

- Aumentar a capacidade de tratamento dos doentes mentais graves até 2020;

- Implementar medidas multisectoriais que reduzam a taxa de suicídio até 2020;

- Implementar estratégias multisectoriais que promovam e previnam a doença mental de forma articulada e integrada;

- Melhorar o sistema de informação que garanta a recolha de informação de todos os prestadores de cuidados de saúde mental e projetos em curso, de forma sistemática, rotineira e fiável, permitindo a avaliação da efetividade das medidas implementadas;

- Melhorar e incentivar a formação, as práticas baseadas na evidência e a investigação científica na área da saúde mental.

A análise realizada às questões da **Segurança do Doente**, visou manter na agenda da saúde um tema que é uma preocupação crescentes dos diferentes sistemas de saúde a nível mundial. As questões com a Segurança do Doente são estruturais e uma ameaça constante à sustentabilidade dos sistemas de saúde, nos países mais desenvolvidos. Portugal não foge a essa regra e, no contexto europeu, confronta-se com a maior prevalência de infeções associadas aos cuidados de saúde, o que implica graves consequências de saúde e financeiras. A análise realizada este ano incidiu no envolvimento das associações de doentes nas políticas e programas para a Segurança do Doente, pois a *Recomendação do Conselho de 9 de Junho de 2009* sobre a Segurança do Doente, que inclui a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde (2009/C 151/01) defende o envolvimento das associações e dos representantes dos doentes no desenvolvimento de políticas e programas para a Segurança do Doente.

Verificou-se que existem múltiplos constrangimentos à participação das associações no desenvolvimento de políticas e programas para a Segurança do Doente, que vão desde a falta de mecanismos formais de participação, monitorização, avaliação e divulgação dos resultados por parte das entidades responsáveis pela execução das políticas; à insuficiência dos meios humanos e financeiros nas associações, quer na área da promoção da literacia, quer no trabalho de advocacia, para influenciarem as políticas; e à falta de literacia em saúde ou ao não reconhecimento dos doentes como elementos chave para o desenvolvimento dos programas e políticas pelos seus responsáveis e da importância do seu contributo.

O fraco envolvimento das associações, pelas entidades oficiais, enquanto parceiras de pleno direito na questão da Segurança do Doente, a falta de reconhecimento e a ausência de estatuto legal do doente perito e dos seus contributos na definição das políticas de Segurança do Doente, foram igualmente salientados com constrangimentos à ação.

A disponibilidade e o desejo expressos de intervenção dos cidadãos através das suas associações representativas, é fundamental na definição das políticas de Segurança do Doente. No entanto, para que seja credível e efetiva exige necessariamente novos caminhos trilhados a partir de legislação realista, equilibrada, centrada na transparência da informação financeira e nos objetivos que se pretendam alcançar.

Recomenda-se ao nível da Segurança do Doente:

- Reconhecer a legítima participação dos doentes/cidadãos e associações que os representam, como elementos chave para o desenvolvimento dos programas e políticas, identificando mecanismos formais de envolvimento e participação das Associações que os representam;
- Definir o estatuto legal do doente perito, conceção que pode e deve ser discutida e trabalhada pelas entidades competentes com as associações e merecer uma cuidada ponderação, face ao potencial que encerra;

8. CONCLUSÕES

- Chamar as Associações de Doentes a participar nas decisões que dizem respeito à Segurança do Doente demonstrando cabalmente que constitui uma preocupação para as organizações de saúde, bem como para os decisores políticos;

- Criar mecanismos formais e oficiais para o envolvimento das Associações de Doentes, com poder de voto equiparado ao das restantes partes interessadas;

- Envolver as Associações de Doentes no desenvolvimento e implementação de programas ou políticas de capacitação e literacia em saúde;

- Facilitar, simplificar e tornar mais amigável os sistemas de notificação, nomeadamente o de reações adversas ao medicamento, de modo a que o cidadão se sinta motivado a participar;

- Identificar mecanismos de resposta às reclamações, mais céleres, eficazes e que demonstrem verdadeiro empenho na resolução do problema.

No capítulo sobre o acesso ao **medicamento** analisaram-se as questões relacionadas com as garantias de adesão à terapêutica antirretroviral, tendo por base o despacho n.º 4/2016 de 7 de janeiro que valoriza o papel das farmácias comunitárias enquanto agentes de prestação de cuidados e do desenvolvimento de medidas de apoio à utilização racional do medicamento para nelas se ensaiar a delegação parcial da administração de terapêutica oral em oncologia e doenças transmissíveis. Em Portugal, a distribuição de determinados medicamentos tem sido restrita à farmácia hospitalar, como no caso dos medicamentos antirretrovirais. O ensaio piloto está a ser aguardado com grande expectativa, pois permitirá verificar as questões processuais e as potenciais implicações na acessibilidade e na adesão à terapêutica por parte dos doentes.

Neste contexto, a necessidade de capacitar os doentes e os profissionais de saúde, nomeadamente os que irão começar a efetuar a dispensa destes medicamentos, para que possam prestar um melhor serviço e acompanhamento aos doentes VIH/SIDA, é premente.

Alerta-se ainda neste capítulo para a importância de alargar este tipo de ensaio à terapêutica oncológica oral, em conformidade com o preconizado no Plano Nacional de Saúde, revisão e extensão a 2020, onde são identificadas as metas para 2020, que se centram nomeadamente na mortalidade prematura. Ora sendo o cancro um dos claros determinantes para a mortalidade prematura, seria expectável que o acesso à terapêutica oncológica fosse identificado como prioritário.

Sugere-se também que os novos caminhos nesta área passem por medidas legislativas promotoras da melhoria no acesso ao tratamento, envolvendo todos os elos da cadeia do sistema de saúde, eliminando todo o tipo de desigualdades, e exigindo uma monitorização contínua que permita uma correta e esclarecida tomada de decisão.

Recomenda-se ainda:

- A definição clara de uma política para a área do medicamento, que permita a todos os agentes do sector ganhar confiança, planear e investir;

- A implementação por parte do INFARMED do SiNATS em termos efectivos, com definição clara e sustentada das regras a aplicar, para maximizar os ganhos em saúde e a qualidade de vida dos cidadãos, garantir a sustentabilidade do SNS e a utilização eficiente dos recursos públicos em saúde;

- A criação de ferramentas informáticas que permitam a troca eficaz de informação entre as várias instâncias do Sistema de Saúde, incluindo as farmácias comunitárias, para que o cuidado ao cidadão não fique desfragmentado entre os vários níveis de cuidados de saúde. Este ponto é essencial caso venha a ser adotada a nível nacional a distribuição em farmácia comunitária dos medicamentos antirretrovirais, ou outro tipo de medicamentos até agora apenas dispensados em meio hospitalar;

- O alargamento de dispensa em farmácia comunitária a outros grupos terapêuticos, nomeadamente à terapêutica oncológica oral, de forma a facilitar o acesso dos doentes a este tipo de medicação.

8. CONCLUSÕES

No sétimo capítulo foi feito um mapeamento sobre os cuidados paliativos em Portugal. A abordagem desta temática decorre de uma parceria entre o OPSS e o Observatório Português do Cuidados Paliativos. Tem um carácter mais descritivo, mas apesar disso permite alertar para as carências que se fazem sentir a este nível, com uma clara falta de investimento político de saúde nesta área. Existe um grupo de nomeação ministerial responsável pela reforma da RNCCI, que integra os cuidados paliativos, e atualmente aguarda-se com elevada expectativa as medidas que serão tomadas para que em Portugal o acesso aos cuidados paliativos (intra-hospitalares ou comunitários) sejam um direito de todos os cidadãos, sempre que deles necessitarem.

Por fim salientar que para o ano cá estaremos de novo, aí sim, para analisar as medidas implementadas pelo atual governo.

9. BIBLIOGRAFIA

9. BIBLIOGRAFIA

ACSS (2015) *Relatório Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área de Saúde Mental*. Lisboa, Ministério da Saúde.

Adler, E., & Stewart, J. (2010). Health disparities across the lifespan: Meaning, methods, and mechanisms. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1), 5-23.

Aguar, P. (2007). *Guia prático Climepsi de estatística em investigação epidemiológica: SPSS*. Lisboa: Climepsi Editores.

Aizer, A., & Currie, J. (2014). The intergenerational transmission of inequality: Maternal disadvantage and health at birth. *Science*, 344(6186), 856-861.

Albert, S.M., et al. (2003). Medication Management Skill in HIV: I. Evidence for Adaptation of Medication Management Strategies in People with Cognitive Impairment. II. Evidence for a Pervasive Lay Model of Medication Efficacy. *AIDS and Behavior*.7(3).

Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, McKee M, Stuckler D. (2012) Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ*;345:e5142.

Brown, T., Platt, S., & Amos, A. (2014). Equity impact of population-level interventions and policies to reduce smoking in adults: A systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 138, 7-16.

Campos-Matos, I., Russo, G., & Perelman, J. (2016). Connecting the dots on health inequalities—a systematic review on the social determinants of health in Portugal. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 1.

Case, A., Fertig, A., & Paxson, C. (2005). The lasting impact of childhood health and circumstance. *Journal of Health Economics*, 24(2), 365-389.

Chen, E., Martin, A. D., & Matthews, K. A. (2006). Socioeconomic status and health: Do gradients differ within childhood and adolescence? *Social science & medicine*, 62(9), 2161-2170.

Chetty, R., Stepner, M., Abraham, S., Lin, S., Scuderi, B., Turner, N., Cutler, D. (2016). The association between income and life expectancy in the United States, 2001-2014. *JAMA*, *Published online April 10*.

Comissão Europeia (2014) Eurobarómetro 80.2. *Resultados para Portugal*. Consultado em abril de 2016, em http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/ebs_411_factsheet_pt_pt.pdf.

Comissão Europeia (2014) *Segundo Relatório da Comissão ao Conselho relativo à aplicação da recomendação 2009/C 151/01 COM(2014)371, Bruxelas 19.06.2014*. Consultado em abril de 2016, em http://ec.europa.eu/health/patient_safety/docs/ec_2ndreport_ps_implementation_pt.pdf

Crooks, L. (2015). Community Pharmacy and HIV. Pharmaceutical Society of Australia Ltd.

Cutler, D., & Lleras-Muney, A. (2006). Education and health: evaluating theories and evidence. *National Bureau of Economic Research, Working Paper 12352*.

De Walque, D. (2007). Does education affect smoking behaviors?: Evidence using the Vietnam draft as an instrument for college education. *Journal of Health Economics*, 26(5), 877-895.

Deliberação n.º 662/2016 – Diário de República n.º 72/2016, Série II de 2016-04-13.

Despacho N.º 3618-A/2016 - Diário da República N.º 49/2016, 1º suplemento, série II DE 2016-03-1073833508. <https://dre.pt/application/file/73833787>

9. BIBLIOGRAFIA

Diário da República n.º 228/2015, 1º Suplemento, Série II de 2015-11-20. Despacho 13447 C/2015.

Diário da República n.º 39/2016, 1º Suplemento, Série II de 2016-02-25.

Diário da República n.º 4/2016, Série II de 2016-01-07. Despacho 199/2016, de 7 de Janeiro.

DGS (2005). *Psiquiatria e Saúde Mental das Pessoas Idosas: Recomendações. Versão de Trabalho de 13.9.05*. Direção-Geral da Saúde.

DGS (2012a). *Programa Nacional para a Saúde Mental: Orientações Programáticas*. Lisboa. Direção-Geral da Saúde.

DGS (2012b). Abordagem terapêutica inicial da infeção por vírus de imunodeficiência humana de tipo 1 (VIH-1), em adultos e adolescentes. Norma n.º27/2012. Direção-Geral da Saúde.

DGS (2015a). *Saúde Mental em Números*. Programa Nacional para a Saúde Mental. Direção Geral de saúde. Lisboa

DGS (2016a). *Saúde Mental em números*. Programa Nacional para a Saúde Mental. Direção Geral de Saúde. Lisboa

DGS (2015b). *Processo de Gestão da Medicação*. Orientação n.º 014/2015 de 17/12/2015. Direção-Geral da Saúde.

DGS (2015c). *Medicamentos de alerta máximo*. Norma n.º 014/2015 de 06/08/2015. Direção-Geral da Saúde.

DGS (2015d). *Sistema Nacional de Notificação de Incidentes. Relatório de Progresso de Monitorização, 4º Trimestre de 2015*. Direção-Geral da Saúde Consultado em 18 de abril 2016 em [file:///C:/Users/afcoelho/Downloads/i022130%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/afcoelho/Downloads/i022130%20(2).pdf)

DGS (2015e). *Portugal – Saúde Pública, Uma Nova ambição para a Saúde Pública*, DGS, 2016. *Infeção por VIH, SIDA e Tuberculose em números – 2015*. Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA e Tuberculose. Direção-Geral da Saúde. Consultado em 18 de abril 2016 em <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/uma-nova-ambicao-para-a-saude-publica.aspx>

DGS (2015f). *Portugal - Infeção por VIH, SIDA e Tuberculose em números – 2015*. Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA e Tuberculose. Direção-Geral da Saúde. 26-30.

DGS (2016a). *Saúde Mental em números. Programa Nacional para a Saúde Mental*. Direção Geral de Saúde. Lisboa

DGS (2016b). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020*. Direção-Geral da Saúde.

Dlouhy M. (2014) Mental health policy in Eastern Europe: a comparative analysis of seven mental health systems. *BMC Health Services Research*;14:42.

Dunham, R. B. (1998) Nominal group technique: a user's guide. Madison: *University of Wisconsin School of Business*.

Economou, M., Peppou, L., Fousketaki, S., Theleritis, C., Patelakis, A., Alexiou, T., Madianos, M., Stefanis, C. (2013) Economic crisis and mental health: effects on the prevalence of common mental disorders. *Psychiatrike*;24(4):247-61.

ENSP (2016). *Reassessing the Portuguese mental health system: evaluating its performance, and designing a new financial and organizational model aimed at enhancing its equity, efficiency, and quality. A critical evaluation of the mental health financing in Portugal*. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. EEA Grants.

ERS (2015) *Acesso e qualidade nos cuidados de saúde mental*. Entidade Reguladora da Saúde. Setembro 2015.

9. BIBLIOGRAFIA

Escoval, A. (s.d.) Técnica de grupo nominal. Observatório Português dos Sistemas de Saúde.

European Observatory on Health Systems and Policies Health and financial crisis monitor. Consultado em fevereiro de 2016 em <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory>

Eurostat (2012) Active Aging and Solidarity Between Generations - a statistical portrait of European Union. 2.

Exworthy, M., Bindman, A., Davies, H., & Washington, A. E. (2006). Evidence into policy and practice? Measuring the progress of US and UK policies to tackle disparities and inequalities in US and UK health and health care. *Milbank Quarterly*, 84(1), 75-109.

Ferreira de Castro, E., Pimenta, F., Martins, I. (1989) The truth about suicide in Portugal. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80(4), 334-339

Fontes, B. & Portugal, S. (2013) A análise das redes sociais: o caso da saúde mental. In: Saúde, Medicina e Sociedade, Uma visão sociológica. Fátima Alves (ed.). *Factor*, Lisboa.

Freitas, E. (1982) O Suicídio em Portugal no séc XX.

Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M., Stuckler, D. (2013) The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health*;23(1):103-8.

Gusmão, R. (2007). *Manual de Procedimentos, Normas e Instrumentos. Projeto DepAnx—Programa-acção Comunitário de Prevenção e Tratamento das Perturbações Depressivas e de Ansiedade*. Serviço de Psiquiatria de Adultos, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Cascais-Oeiras, Dezembro 9, 2007. doi:10.13140/RG.2.1.3241.3040 2015.

Heaton, R.W., et al. (2004). The impact of HIV-associated neuropsychological impairment on everyday functioning. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 10, 317-331.

Heckman, J.J., & Masterov, D. V. (2007). The productivity argument for investing in young children. *Applied Economic Perspectives and Policy*, 29(3), 446-493.

Hirsch, J. D., Rosenquist, A., Best, B. M., Miller, T. A., & Gilmer, T. P. (2015). Evaluation of the first year of a pilot program in community pharmacy: HIV/AIDS medication therapy management for Medi-Cal beneficiaries. *Journal of Managed Care Pharmacy : JMCP*, 15(1), 32-41. doi:10.18553/jmcp.2009.15.1.32

Infarmed (2015) *Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF): Notificações e Casos de RAM - Ano/2015*. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P. Consultado em abril de 2016, em http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/infarmed/medicamentos_uso_humano/farmacovigilancia/notificacao_de_ram/relatorios_analise_periodica_dados/Relatorio_casuistica_anual_2015_V2.pdf

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2015). *Infeção por VIH/SIDA em Portugal, Situação a 31 de dezembro de 2014*. Doc. 146, pp.31.

Jones, D., Cook, R., Rodriguez, A., & Waldrop-Valverde, D. (2013). Personal HIV knowledge, appointment adherence and HIV outcomes. *AIDS Behav.* 17(1):242-9.

Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*.

Kauffman, Y., Nair, V., Herist, K., Thomas, V., & Weidle, P. J. (2012). HIV medication therapy management services in community pharmacies. *Journal of the American Pharmacists Association : JAPhA*, 52(6), e287-91. doi:10.1331/JAPhA.2012.12063

9. BIBLIOGRAFIA

Kondilis E, Giannakopoulos S, Gavana M, Ierodiakonou I, Waitzkin H, Benos A. (2013) Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. *Am J Public Health*;103(6):973-9.

Lelubre, M., Clerc, O., Grosjean, M., Vriese, C. De, Bugnon, O., & Schneider, M. P. (2015). Design of an implementation study related to an interdisciplinary ART adherence program for HIV patients in community pharmacies. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 37(2), 419–420. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/289577302_Design_of_an_implementation_study_related_to_an_interdisciplinary_ART_adherence_program_for_HIV_patients_in_community_pharmacies

Lleras-Muney, A. (2005). The relationship between education and adult mortality in the United States. *The Review of Economic Studies*, 72(1), 189-221.

Mackenbach, J. P., Kulhánová, I., Menvielle, G., Bopp, M., Borrell, C., Costa, G., Kovacs, K. (2015). Trends in inequalities in premature mortality: a study of 3.2 million deaths in 13 European countries. *Journal of epidemiology and community health*, 69(3), 207-217.

Mackenbach, J. P., Meerding, W. J., & Kunst, A. E. (2010). Economic costs of health inequalities in the European Union. *Journal of Epidemiology and Community Health*, jech. 2010.112680.

Mackenbach, J. P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social science & medicine*.

Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E., & Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*, 380(9846), 1011-1029.

Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives: the Marmot review: Marmot Review*.

Matos-Pires, A. (2016) Plano de Gestão Clínica, concurso de assistente graduado sénior. Lisboa, 2016.

Mayer, S., & Österle, A. (2015). Socioeconomic determinants of prescribed and non-prescribed medicine consumption in Austria. *European Journal of Public Health*, 25(4), 597-603.

McGinnis, J. M., Williams-Russo, P., & Knickman, J. R. (2002). The case for more active policy attention to health promotion. *Health affairs*, 21(2), 78-93.

Ministério de Saúde. (2016). *Relançamento da Reforma Cuidados Saúde Primários: Plano Estratégico e Operacional*. Coordenação Nacional Cuidados de Saúde Primários. Consultado em fevereiro de 2016, em <http://www.portugal.gov.pt/media/18583832/20160224-seas-ref-cuidados-saude-primarios.pdf>

Monte, S. V., Passafiume, S. N., Kufel, W. D., Comerford, P., Trzewieczynski, D. P., Andrus, K., & Brody, P. M. (2016). Pharmacist home visits: A 1-year experience from a community pharmacy. *Journal of the American Pharmacists Association : JAPhA*, 56(1), 67-72. doi:10.1016/j.japh.2015.11.002

Murphy, P., Cocohoba, J., Tang, A., Pietrandoni, G., Hou, J., & Guglielmo, B. J. (2012). Impact of HIV-specialized pharmacies on adherence and persistence with antiretroviral therapy. *AIDS Patient Care and STDs*, 26(9), 526-31. doi:10.1089/apc.2012.0189

Nachega, J.B., Morroni, C., Zuniga, J.M., et al. (2012). HIV treatment adherence, patient health literacy, and health care provider-patient communication: results from the 2010 AIDS treatment for life international survey. *J Int Assoc Physicians AIDS Care*. 11(2):128-33.

Nelsen, A., Trautner, B.W., Petersen, N.J., et al. (2012). Development and validation of a measure for intention to adhere to HIV treatment. *Aids Patient Care STDs*. 26(6):329-34.

Nielsen, M. W., Hansen, E. H., & Rasmussen, N. K. (2003). Prescription and non-prescription medicine use in Denmark: association with socio-economic position. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 59(8-9), 677-84. doi:10.1007/s00228-003-0678-z

9. BIBLIOGRAFIA

OECD. (2015). *In It Together: Why Less Inequality Benefits All*. OECD Publishing, Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264235120-en>

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

OPSS (2015) Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?. Relatório de Primavera. Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). Lisboa.

Ownby, R.L., Waldrop-Valverde, D., Hardigan, P., et al. (2013). Development and validation of a brief computer-administered HIV-related health literacy scale (HIV-HL). *AIDS Behav.* 17(2):710.

Pritchard, C. & Hansen, L. (2015) Examining undetermined and accidental deaths as source of "Under-reported- suicide" by age and sex in twenty western countries. *Community Ment Health J* (2015) 51:365-376

Public Health England. (2015). HIV in the UK – Situation Report 2015 Incidence, prevalence and prevention, England.

Ratmann, O., et al. (2016). Sources of HIV infection among men having sex with men and implications for prevention. *Science Translational Medicine*.8(320), pp. 320.

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

Remien, R.H., Mellins, C.A., Robbins, R.N., et al. (2013). Masivukeni: development of a multimedia based antiretroviral therapy adherence intervention for counselors and patients in South Africa. *AIDS Behav.*17(6):1979-91.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008 - Plano Nacional de Saúde Mental. D. R. 1ª Série 47. (6-03-2008) 1395.

Rikard, R.V., Thompson, M.S., Head, R., McNeil, C., & White, C. (2012). Problem posing and cultural tailoring: developing an HIV/AIDS health literacy toolkit with the African American community. *Health Promo Pract.* 13(5):626–36.

Santana, P.; et. al. (2015) "Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis". *Health and Place*, 35, 85-94.

Schranz, A. J., Brady, K. A., Momplaisir, F., Metlay, J. P., Stephens, A., & Yehia, B. R. (2015). Comparison of HIV outcomes for patients linked at hospital versus community-based clinics. *AIDS Patient Care and STDs*, 29(3), 117–25. doi:10.1089/apc.2014.0199

Sen, Amartya. (2002). Why health equity? *Health economics*, 11(8), 659-666.

Sicras-Mainar A, Navarro-Artieda R. (2015) Use of antidepressants in the treatment of major depressive disorder in primary care during a period of economic crisis. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 30;12:29-40.

Silva, L.; Augusto, A.; Backstrom, B. & Alves, F. (2013) Desigualdades sociais e saúde. In: Saúde, Medicina e Sociedade, Uma visão sociológica. Fátima Alves (ed.). *Pactor*, Lx.

Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. (2011) Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet*;378(9786):124-5

UE (2015) *Análise da Situação em Portugal – 2015*. Versão em Português. Joint Action on Mental Health and Well-being. European Union.

UE (2016) *Linhas de Ação Estratégia para a Saúde Mental e Bem-estar da União Europeia*. Joint Action on Mental Health and wellbeing. European Union.

UNAIDS (2014). 90-90-90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic, England.

9. BIBLIOGRAFIA

USA. Department of Health and Human Services. CDS - Gaining consensus among stakeholders through the nominal group technique. *Evaluation Briefs*. 7 (nov). 2006.

Uustalu et al. (2015) Securing health in Europe: balancing priorities, sharing Responsibilities, Eurohealth. Incorporating Euro Observer. European Health Forum Gastein 2015, *European Observatory on Health Systems and Policies*, Bruxells. 2015, 21(3).

Värnik, P. et al. (2010) Suicide registration in eight European countries: A qualitative analysis of procedures and practices. *Forensic Science International* 202 (2010) 86–92.

Värnik, P. et al. (2012) Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: developing the 2-20 benchmark. *Injury Prevention*, 18:5 321-325.

Victora, C. G., Vaughan, J. P., Barros, F. C., Silva, A. C., & Tomasi, E. (2000). Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *The Lancet*, 356(9235), 1093-1098.

Vogler, S., Österle, A., & Mayer, S. (2015a). Inequalities in medicine use in Central Eastern Europe: an empirical investigation of socioeconomic determinants in eight countries. *International Journal for Equity in Health*, 14(1), 124. doi:10.1186/s12939-015-0261-0

Vogler, S., Österle, A., & Mayer, S. (2015b). Socioeconomic determinants of medicines use in Central Eastern Europe: the role of pharmaceutical policy in reducing inequalities. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 8(Suppl 1), O12. doi:10.1186/2052-3211-8-S1-O12

Whitehead, M. (2007). A typology of actions to tackle social inequalities in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(6), 473-478.

WHO (2011) *WHO Mission to assess the progress of the mental health reforms in Portugal*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

WHO. (2013) *Mental health action plan 2013-2020*. World Health Organization, Geneva.

WHO. (2014) *Preventing suicide: a global imperative*. World Health Organization, Geneva.

Zivin K, Paczkowski M, Galea S. (2011) Economic downturns and population mental health: research findings, gaps, challenges and priorities. *Psychol Med.*;41(7):1343-8.

10. ANEXOS

10. ANEXOS

ANEXO 1 - O OPSS E A REDE OBSERVACIONAL

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) foi fundado em 2000, resultando de uma parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública/Universidade Nova de Lisboa, o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) e o Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE). Posteriormente esta parceria foi alterada, tendo a Universidade de Évora substituído o ISCTE.

O OPSS visa facilitar a formulação e implementação de políticas de saúde efetivas, através da realização e disponibilização de uma análise precisa, periódica e independente sobre a evolução do Sistema de Saúde Português. Incidindo a sua análise de forma objetiva nos processos de governação e ações dos principais atores do setor da saúde, o OPSS não adota posição sobre as agendas políticas da saúde, mas reúne evidência que suporta esses processos, ações e seus resultados. Deste modo, pretende melhorar de

forma contínua a base de conhecimentos sobre gestão em saúde e estimular a análise dos sistemas de saúde e a investigação sobre serviços de saúde.

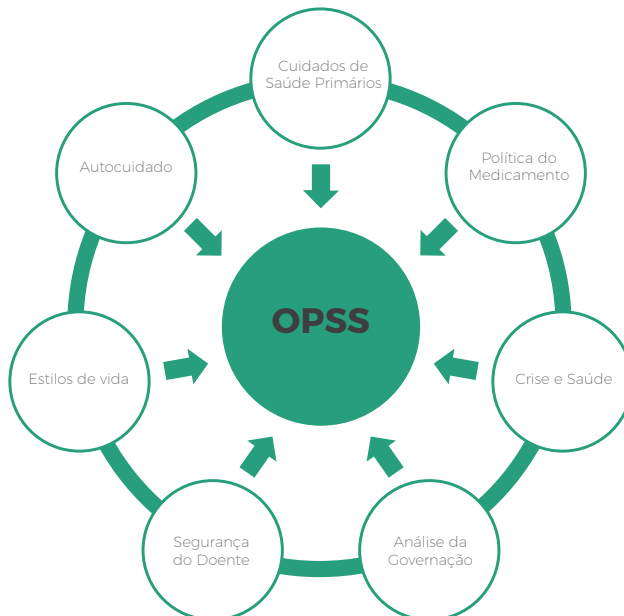
No que diz respeito à sua organização, o OPSS é constituído por uma rede de investigadores, peritos no terreno e instituições académicas dedicadas ao estudo dos sistemas de saúde, proporcionando uma considerável multiplicidade e complementaridade de pontos de vista e capacidades disponíveis. A abordagem metodológica adotada consiste fundamentalmente na definição de conteúdos e modelos analíticos a utilizar e respetiva distribuição dos temas pelos investigadores. Para este efeito, são desenvolvidas reuniões técnicas regulares para aprofundar e orientar a análise dos temas selecionados. Todos os estudos efetuados são sujeitos à apreciação e validação por *referees* e/ou à realização de painéis de peritos, auditorias externas, culminando este processo na

publicação de um relatório anual, denominado “relatório de primavera” que sintetiza as matérias estudadas nesse ano.

Ao longo dos anos, o OPSS tem-se dedicado ao estudo de uma pluralidade de temáticas no âmbito do Sistema de Saúde Português. De entre elas, podem destacar-se, o acesso aos cuidados de saúde, os cuidados de saúde primários, o autocuidado, a segurança do doente, as parcerias público-privadas, a política do medicamento, o financiamento e

contratualização, o planeamento e estratégias locais de saúde, a boa governação e temas e plataformas de informação. Para melhorar a sua capacidade de analisar, organizar e gerir melhor uma base de conhecimentos adequada aos seus objetivos o OPSS, após 13 anos a trabalhar no formato anteriormente referido, em 2013 decidiu suportar o processo de análise em vários núcleos investigacionais, constituídos por uma rede de observadores locais, para o desenvolvimento de temas específicos (Figura 1).

Figura 1. Rede observacional OPSS



10. ANEXOS

Esses núcleos observacionais sempre alicerçados em equipas de investigação académicas ou equipa de profissionais competentes (peritos) com prestígio inter pares, a trabalhar em rede, responsabilizaram-se por ceder ao OPSS evidência obtida a partir dos estudos desenvolvidos em áreas contratualizadas em cada ano. Deste modo, as temáticas abordadas no RP 2016 estão todas alicerçadas em grupos de investigação ligados às parcerias existentes e ainda a outras que se nos juntaram em 2013 e 2014, como a Faculdade de Farmácia. Os núcleos locais podem ser constituídos por todos aqueles que no terreno queiram trabalhar para criar postos observacionais que enriqueçam o conhecimento, desde que cumpram os critérios do OPSS, quanto à credibilidade e à independência. Neste sentido, existe uma abertura plena para a aceitação de contribuições tecnicamente idóneas, desde que aceitem ser sujeitos a auditoria metodológica externa, bem como à realização de contraditórios com as entidades que proporcionam dados ao OPSS e, seja apresentada uma declaração de eventual conflito de interesses.

Para a formalização do compromisso indicado, o OPSS apresentará e discutirá anualmente, em reunião plenária, as áreas que gostaria de ver tratadas, o calendário proposto para o seu desenvolvimento e os peritos que acompanharão e auditarão cada uma das áreas. Cada núcleo observacional responsabilizar-se-á através duma carta de compromisso, pelo cabal cumprimento dos prazos e do rigoroso processo investigacional que permitirá a cedência da informação necessária à elaboração do RP, em tempo útil, com qualidade e profundidade, mantendo total liberdade e independência para a abordagem científica a realizar.

ANEXO 2 - EXPRESSÃO USADA NA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

*Expressão de pesquisa aplicada na página 62: (((Portugal[all fields]) OR (Greece[all fields]) OR (Ireland[all fields]) OR (Spain[all fields]) OR (Italy[all fields])) AND (("economic crisis"[all fields]) OR ("financial crisis"[all fields]) OR ("social crisis"[all fields]) OR ("health crisis"[all fields]) OR ("austerity measures"[all fields]) OR ("government measures"[all fields]) OR ("external intervention"[all fields]) OR ("troika"[all fields]) OR ("European central bank"[all fields]) OR ("international monetary fund"[all fields])) AND (("health indicators"[all fields]) OR ("health measures"[all fields]) OR ("well-being"[all fields]) OR ("health status"[all fields]) OR (medication[all fields]) OR (drugs[all fields]) OR (medicines[all fields]) OR ("drug therapy"[all fields])))).

10. ANEXOS

ANEXO 3 - ABORDAGEM METODOLÓGICA

O objetivo primordial do OPSS é o de proporcionar a todos os *stakeholders* do sector da saúde em Portugal uma análise precisa, periódica e independente da evolução do sistema de saúde português e dos fatores que determinam essa evolução, com a finalidade de facilitar a formulação e a implementação de políticas efetivas de saúde. Para documentar e argumentar os seus resultados e conclusões, o OPSS faz a sua análise a partir de fontes de conhecimento disponíveis, que utilizam informação primária e secundária. Em áreas consideradas particularmente importantes e onde existam fortes lacunas de conhecimento, são promovidas iniciativas específicas para superar essas falhas. Na ausência frequente deste tipo de fontes de conhecimento, o OPSS recorre a fontes de conhecimento com menor nível de evidência, mas com um adequado grau de qualificação. Os critérios de qualificação e a sua aplicação são explicitamente consensualizados pela rede OPSS, com recurso a contributos externos sempre que

necessário. Neste sentido, para a análise da governação em saúde, o OPSS recorre a um conjunto de boas práticas, que passam por:

- Competência, mérito e excelência reconhecida e comprovada ao nível académico para o desenvolvimento rigoroso de estudos, projetos e análises dos sistemas de saúde;
- Rede multidisciplinar;
- Independência e isenção face aos principais *stakeholders* da saúde;
- Critérios explícitos, para os conteúdos prioritários e estratégia de análise;
- Clara distinção entre “agenda política” e “governance”;
- Base de conhecimento explícita e acessível;
- Estratégias efetivas de comunicação;
- Oportunidade para expressar desacordo com os conteúdos do relatório;
- Declaração de conflito de interesses dos investigadores;

- Financiamento diversificado;
- Avaliação interna (matriz de boas práticas).

O OPSS tem vindo a apostar, também, no desenvolvimento da avaliação externa (auditoria), na medida em que considera que este processo contribui para a transparência e para a imparcialidade das suas análises, beneficia a qualidade do produto final e reforça a credibilidade do projeto, na ótica dos diferentes atores sociais. Este ano, as metodologias e técnicas utilizadas pelo OPSS compreenderam: pesquisa documental, exploração da literatura pertinente, análise de dados, avaliação e validação externa dos diferentes temas por peritos. Agradece-se publicamente os importantes contributos das entidades que disponibilizaram e/ou facilitaram o acesso a dados e documentação, dos peritos que participaram na validação externa dos conteúdos das diferentes temáticas do RP 2016:

Entidades

Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS)
 Aliança Portuguesa de Associações das Doenças Raras

Associação Laço
 Associação Nacional das Farmácias (ANF)
 Associação Portuguesa de Neurofibromatose (APNF)
 Associação Portuguesa do Síndrome CDG e outras doenças metabólicas raras (APCDG)
 Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP)
 Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED)
 Centro de Medicina de Reabilitação do Sul
 Centro de Reabilitação do Norte
 Centro Hospitalar da Cova da Beira, E.P.E.
 Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, E.P.E.
 Centro Hospitalar Leiria, E.P.E.
 Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
 Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.
 Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.
 Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.
 Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.
 Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.

10. ANEXOS

Centro Hospitalar Lisboa
Occidental, E.P.E.

Centro Hospitalar Psiquiátrico
de Lisboa, E.P.E.

Centro Hospitalar Tondela Viseu,
E.P.E.

Hospital de Cascais Dr. José de
Almeida

Hospital Distrital da Figueira da
Foz, E.P.E.

Hospital Prof. Doutor Fernando
da Fonseca, E.P.E.

Hospital Vila Franca de Xira

Instituto Português de Oncologia
de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E.

Instituto Português de Oncologia
do Porto Francisco Gentil, E.P.E.

Liga Portuguesa contra as
Doenças Reumáticas

Ordem dos Farmacêuticos

Unidade Local de Saúde do Alto
Minho, E.P.E.

Unidade Local de Saúde do
Nordeste, E.P.E.

Unidade Local de Saúde do
Norte Alentejano, E.P.E.

Peritos

António Palha

Carlos Serqueira

Carlos Gouveia Pinto

Inês Guerreiro

José Amendoeira

Manuela Frederico

Maria Margarida Caramona

Marta Temido

Susana Ramos

10. ANEXOS

ANEXO 4 - RELATÓRIOS DE PRIMAVERA ANTERIORES



RP 2001
Conhecer
os caminhos da saúde



RP 2002
O estado da saúde
e a saúde do Estado



RP 2003
Saúde - que rupturas?



RP 2004
Incertezas...
Gestão da mudança
na saúde



RP 2005
Novo serviço público
de saúde - Novos desafios



RP 2006
Um ano de governação:
Sentidos e Significados



RP 2007
Luzes e sombras.
A governação da saúde



RP 2008
Sistema de Saúde Português:
Riscos e Incertezas



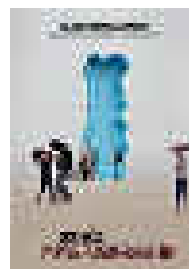
RP 2009
10 / 30 Anos:
Razões para continuar



RP 2010
Desafios em tempos
de crise



RP 2011
Da depressão da crise
para a governação
prospectiva da saúde



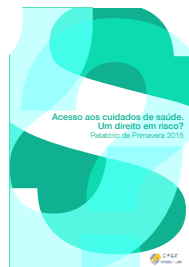
RP 2012
Crise & Saúde
Um país em sofrimento



RP 2013
Duas Faces da Saúde



RP 2014
Saúde.
Síndrome de negação



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

10. ANEXOS

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.

Na elaboração do Relatório de Primavera 2015, em alinhamento com anos anteriores procurou-se, no entanto, evitar que as pessoas envolvidas diretamente em trabalhos em equipas ou serviços no Ministério da Saúde tivessem influência no juízo do OPSS sobre essas mesmas matérias.

Contribuíram para a realização deste relatório:

Coordenação

Pedro Lopes Ferreira
José Aranda da Silva
Felismina Mendes
Sofia de Oliveira Martins
Julian Perelman

Equipa Técnica

Ana Margarida Advinha
Ana Tito Lívio Santos
Eugénia Simões

Investigadores

Ana Maria Forjaz de Lacerda
Ana Margarida Adivinha
Ana Matos Pires

Ana Rita Pedro
Ana Tito Lívio Santos
André Coelho
André Jacinto
Barbara Gomes da Silva
Cristina Furtado
David Monteiro
Felismina Mendes
Fernando Petronilho
Filipa Alves da Costa
Filipa Vaz Serra
Inês Campos Matos
Inês Teixeira
Isaura Serra
Joana Alves
João Aguiar
José Aranda da Silva
José Cabrita
José Carlos Santos
Julian Perelman
Manuel Serrano Alarcon
Manuel Luís Capelas
Margarida Eiras
Margarida Filipe
Margarida Madalena Martins França
Maria Laurência Gemito
Pedro Coelho
Pedro Lopes Ferreira
Rafaela Gomes de Sousa
Rute Simões Ribeiro
Sandra Martins Pereira
Sérgio Vilão
Sofia de Oliveira Martins
Susana Moreira

Teresa Leão
Vanessa Nicolau de Assunção
Albano
Vítor Raposo

Design

Coordenação
Professora Célia Figueiredo
Design Gráfico
Paulo Teles

E das seguintes organizações:

Administração Central do
Sistema de Saúde, I.P.
Associação Nacional das
Farmácias
Autoridade Nacional do
Medicamento e Produtos de
Saúde, I.P.
Departamento de Artes Visuais e
Design da Universidade de Évora
Fundação Calouste Gulbenkian

10. ANEXOS

ANEXO 6 - INVESTIGADORES FUNDADORES DO OPSS

Ana Escoval

Cipriano Justo

Constantino Sakellarides

Jorge Correia Jesuíno

Jorge Simões

José Luís Biscaia

Manuel Schiappa

Paulo Ferrinho

Pedro Lopes Ferreira

Suzete Gonçalves

Teodoro Briz

Vasco Reis

Vítor Ramos

